



HAL
open science

Idéations suicidaires chez les internes de médecine générale

Tanguy Mercier-Albanel

► **To cite this version:**

Tanguy Mercier-Albanel. Idéations suicidaires chez les internes de médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04309367

HAL Id: dumas-04309367

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04309367v1>

Submitted on 27 Nov 2023

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2023-2024

Numéro : 2023 -122.

TITRE DE LA THÈSE :

Idéations suicidaires chez les internes de médecine générale

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DIPLÔME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 3 OCTOBRE 2023

PAR

Tanguy MERCIER-ALBANEL

PRÉSIDENT DU JURY: Monsieur le Professeur Louis JEHEL

MEMBRES DU JURY: Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Monsieur le Professeur Guillaume CHABY

Madame le Docteur Bénédicte MARQUANT

DIRECTRICE: Madame le Docteur Marie-Françoise THIVERNY

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Louis JEHEL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Chef du Service de la consultation de psychiatrie et de psychologie médicale

Merci de m’ avoir fait l’honneur d’ accepter de présider cette thèse.

Veillez trouver ici l’ expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Médecine interne

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Ce fut un plaisir de passer dans le service de médecine interne du CHU d'Amiens au cours de mon externat.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Monsieur le Professeur Guillaume CHABY
Professeur Associé
Dermatologie et Vénérologie

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Ce fut un plaisir de passer dans le service de dermatologie du CHU d' Amiens au cours de mon externat.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Madame le Docteur Bénédicte MARQUANT

Praticien hospitalier

Gériatrie

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Madame le Docteur Marie-Françoise THIVERNY

Maître-Praticien libéral

Médecine Générale

Merci à toi d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Ce fut un plaisir de passer dans ton cabinet lors de l'externat et de l'internat.

Vois ici l'expression de mes sincères et respectueux remerciements.

Merci également :

À ma famille.

À mes amis.

Aux camarades de promotion, co-externes, co-internes, paramédicaux et médecins qui m'ont fait profiter de leur agréable compagnie, de leur soutien, de leurs connaissances ou expériences.

Table des matières

Remerciements	2
<i>I-Introduction</i>	10
<i>II-Matériel et Méthodes</i>	16
II-1)Caractéristiques de l'étude	16
II-2)Objectif principal de l'étude	17
II-3)Objectif secondaire de l'étude	17
II-4)Recueil de données et analyse statistique	17
<i>III-Résultats:</i>	19
III-1)Population	19
III-2) Résultats descriptifs principaux relatifs aux idéations suicidaire	20
III-2-a)Prévalence idéations suicidaires	20
III-2-b)Fréquence idéations suicidaires	20
III-2-c)Propension et freins à confier les idéations suicidaires	21
III-2-d)Existence ou non d'un plan ou scénario suicidaire	23
III-2-e)Existence d'antériorité de tentatives suicidaires	23
III-3)Résultats descriptifs secondaires	25
III-3-a)Signes de mal-être autre que les idéations suicidaires	25
III-3-b)Éventuels suivi psychiatrique et prise de psychotropes	26
III-3-c)Facteurs défavorables sur le plan psychologique	28
III-3-d)Difficultés professionnelles	30
III-3-e)Impact ou non de la crise sanitaire sur la santé mentale	32
III-3-f) Facteurs favorables sur le plan psychologique effectifs ou souhaités	33
III-4) Résultats analytiques liés au sexe	34
III-4-a) Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés aux idéations suicidaires	34
III-4-b)Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	36
III-5) Résultats analytiques liés à l'âge	40
III-5-a) Analyse entre l'âge et les différents paramètres liés aux idéations suicidaires	40
III-5-b)Analyse entre l'âge et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	42
III-6)Analyse entre la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	46
<i>IV-Discussion:</i>	51
IV-1)Caractéristiques, qualités et limites de l'étude	51
IV-1-a)Points relatifs au questionnaire	51
IV-1-b)Relatif aux répondants	54
IV-2) Discussion des résultats descriptifs principaux de l'étude:	55
IV-2-a) Sur l'incidence des idéations suicidaires	55

IV-2-b) Sur la propension et les freins à confier des idéations suicidaires	57
IV-2-c) Sur l'élaboration ou non d'un scénario suicidaire	59
IV-2-d) Sur les tentatives de suicide	60
IV-3) Discussion des résultats analytiques principaux de l'étude	61
IV-3-a) Analyse des paramètres relatifs aux conduites suicidaires selon le sexe	61
IV-3-b) Analyse des paramètres relatifs aux conduites suicidaires selon l'âge	62
IV-3-c) Sur l'impact de la crise sanitaire et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires	63
IV-3-d) Sur le suivi psychiatrique, la prise de psychotropes et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires	63
IV-3-e) Sur les signes de mal-être, les facteurs défavorables sur le plan psychologique et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires	65
IV-3-f) Sur les difficultés professionnelles et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires	66
IV-4) Discussion des résultats descriptifs secondaires de l'étude	67
IV-4-a) Sur l'impact de la crise sanitaire	67
IV-4-b) Sur le suivi psychiatrique et la prise de psychotropes	67
IV-4-c) Sur les signes de mal-être et les facteurs défavorables sur le plan psychologique	68
IV-4-d) Sur les difficultés professionnelles	69
IV-5) Discussion des résultats analytiques secondaires	70
IV-5-a) Selon le sexe	70
IV-5-b) Selon l'âge	71
<i>V-Conclusion:</i>	72
Références bibliographiques	73
Index des tableaux descriptifs	82
Index des tableaux analytiques	83
Liste des abréviations	84
Annexes	85
Annexe 1-Questionnaire	85
Annexe 2-Messages envoyés aux internes	91
Annexe 3-Réponses aux commentaires en saisie libre	92
Résumé	95

I-INTRODUCTION

Les tentatives de suicide et suicides d'internes en médecine français sont des problématiques souvent évoquées.

D'après un communiqué de presse de l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) de Janvier 2021 [1] :

-Un interne en médecine décède par suicide tous les 18 jours environ soit 3 fois le taux de suicide de la population générale.

-Les internes en médecine sont 23 % à déclarer avoir déjà eu des pensées suicidaires et 4 % auraient déjà effectué au moins une TS (tentative de suicide), 66 % d'entre eux déclaraient la présence de troubles anxieux et 28 % la présence d'une symptomatologie dépressive.

Des enquêtes sur la santé mentale des jeunes médecins ont été effectuées par l'ISNI :

-L'enquête de 2017 [2] révélait 23.7 % d'IS (idéations suicidaires) dont 5.8 % durant le mois précédent l'enquête, par ailleurs 66.2 % déclaraient de l'anxiété et 27.7% de la dépression.

-Celle de 2021 [3] révélait 19 % d'IS, 52 à 75 % de trouble anxieux, 18 à 39 % une symptomatologie dépressive et 25 % un épisode dépressif caractérisé.

Dans ces communiqués [1-3] les risques psychosociaux tels que : le temps de travail, les gardes de 24 h, des difficultés interpersonnelles avec parfois suspicion de cas de maltraitance notamment avec la hiérarchie, sont désignés comme des facteurs potentiellement aggravant pour la santé mentale des étudiants en médecine.

Dans son rapport de 2018 [4] sur la qualité de vie des étudiants en filière santé le Dr D.MARRA alerte sur l'importance du taux de suicide et suggère que sa prise en charge devienne l'un des objectifs prioritaires de l'ONS (Observatoire National du Suicide) notamment en faisant un centre national d'appui pour promouvoir la qualité de vie de ces étudiants en filière santé.

Ce centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé est lancé en Juillet 2019 [5].

Une enquête de 2016 du conseil de l'ordre national [6] des médecins par G.LE BRETON-LEROUVILLOIS et sous la direction du Dr MOURGUES J.M. montre également l'inquiétante

place du suicide chez les jeunes médecins car 14 % déclaraient avoir eu des IS.

Si l'on s'intéresse à l'influence de la pandémie Covid-19 l'enquête COSAMe du Cn2r (Centre National de Ressources et de Résilience) [7] montre en Avril-Mai 2020 la présence de 9.1 % d'IS chez les étudiants en santé français dans le mois précédent l'enquête.

En tant qu' IMG (interne en médecine générale) je me suis posé la question de la prévalence des IS dans notre DES (Diplôme d'Études Spécialisées), qui comporte un certain nombre de spécificités par rapport aux autres spécialités avec notamment des stages se partageant entre l'hospitalier et l'ambulatoire et la présence d'un portfolio faisant office de mémoire.

Je n'ai pas trouvé de thèse spécifique à la population des internes de médecine générale sur la problématique des IS ce qui m'a donné l'idée de proposer ce sujet de thèse avec un questionnaire original à la commission de ma faculté qui l'a accepté dans l'optique de tenter un recueil de données à l'échelle nationale.

IS (Idéations suicidaires) en France

La prévalence au cours de la vie a été estimée à 12.4 % environ en 2014 [8] et selon le baromètre de santé publique en 2017 [9] 4.7 % déclaraient avoir présenté des IS dans les douze derniers mois avec un pourcentage de 5.4 % chez les femmes et 4 % chez les hommes.

Les principales causes invoquées pour expliquer les IS selon le baromètre [9] sont d'abord familiales (41.4%) puis sentimentales (32.3%) et ensuite professionnelles (27.6%), financières (23.7%) et de santé (23.7%).

Notons que le fait d'avoir présenté un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année est le premier facteur de risque pour les IS durant cette même année avec un rapport de cote à 8.3 pour les hommes et à 6.6 pour les femmes [9].

Si l'on s'intéresse à l'impact de la pandémie au sars cov 2 :

- L'enquête EpiCov de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale) recherche médicale) et de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en 2020 [10] retrouve 2.8 % d'IS dans l'année, un chiffre qui semble paradoxalement abaissé au regard du contexte défavorable.

-l'enquête CoviPrev de Santé Publique France en 2022 [11] retrouve une incidence des IS dans l'année en recrudescence à 10 % potentiellement consécutive aux suites de la crise sanitaire.

TS (Tentatives de suicide) en France

Selon le baromètre [9] 7.2% déclaraient en avoir réalisé au moins une au cours de leur vie avec des pourcentages respectifs à 9.9 % chez les femmes et à 4.4 % chez les hommes, par ailleurs 0.39 % (0.48 % des femmes et 0.29 % des hommes) déclarent avoir effectué une TS au cours de l'année.

L'âge médian des TS était de 25 ans [8], il existe des disparités régionales pour la prévalence des TS [12] avec les taux les plus élevés dans les Hauts-de-France et les taux les plus bas en Île-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les principales causes invoquées pour expliquer les TS selon le baromètre [9] sont d'abord familiales (49.2%) puis sentimentales (40.8%) et ensuite professionnelles (10.3%), et de santé (10.3%).

Parmi ceux ayant réalisé une TS [9] 59.8 % indiquent s'être rendus à l'hôpital à noter que les 18-34 ans sont moins nombreux à avoir été hospitalisés suite à une TS avec un taux de 45.9 % pour les 18-24 ans et un taux de 51.2% pour les 25-34 ans.

En 2020 dans le contexte de la pandémie l'enquête EpiCov [10] retrouve une incidence annuelle des TS en baisse à 0.2%, ce qui est cohérent en contexte de crise mais fait craindre une augmentation de l'incidence des TS dans les suites de la crise sanitaire.

Dans environ 40 % des cas de TS il y a réitération dont la moitié dans l'année [13] avec une mortalité par suicide chez ceux ayant effectué une TS de 1 % dans l'année et au cours de la vie de 10 %.

Pour information dans le monde l'incidence de une ou plusieurs tentatives de suicides au cours de l'année a été estimée à 0.3 % [14-15].

IS (Idéations suicidaires) et TS (tentatives de suicide) chez les populations professionnellement actives et estudiantines françaises

En 2016 d'après l'ONS [16] il est constaté que 5.3% des actifs occupés déclarent avoir présenté des IS au cours de l'année dont 2.9 % auraient imaginé un scénario suicidaire et 0.5 % auraient effectué une TS dans l'année.

Les raisons professionnelles arrivent au 3ème rang des raisons avancées comme causales d'IS avec un taux de 32 % chez les actifs qui ont des idéations suicidaires [16] derrière les raisons familiales (40%) et sentimentales (36%) mais sont citées comme motif unique d'IS dans 13 % des cas sachant que seul 40 % des actifs ayant des IS n'avaient cité qu'une seule cause.

Les personnes professionnellement actives les plus exposées aux risques psychosociaux déclarent deux fois plus d'IS que la moyenne [16].

Si l'on s'intéresse au secteur hospitalier en 2016 [16] on constate que la fréquence des IS du personnel hospitalier est proche de l'ensemble des actifs occupés avec 4.5 % d'IS dans les douze derniers mois (différence non statistiquement significative) avec cependant une part plus importante (3.2%) à avoir élaboré un scénario suicidaire sans toutefois engendrer un plus fort taux de TS car le taux annuel est également de 0.5 %.

En 2017 dans un communiqué de presse d'une étude de la SPS (l'association des soins aux professionnels de santé) [17] on peut lire que 25 % des soignants ont déjà eu des IS qu'ils imputent au travail et ce peu importe la profession avec toutefois un taux supérieur en milieu rural.

Dans l'enquête de la SPS [17] seulement 42 % se seraient confiés à quelqu'un dont la moitié à un membre de la famille, un peu plus d'un tiers à un psychiatre et un tiers à un confrère ou ami.

Toujours dans cette enquête de la SPS [17] 40 % des soignants déclarent connaître au moins un soignant ayant effectué une TS avec un nombre de TS moyen rapporté de 2.5 dont la moitié se serait soldée par un décès.

Si l'on s'intéresse à la population étudiante de manière générale :

- Une enquête de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche Médicale) [18-19],

menée par M.MACALI et C.TZOURIO sur 5066 étudiants français suivis durant au moins un an entre 2013 et 2019, a mis en évidence que dans l'année [19] 17.1 % d'entre eux déclarent avoir eu des IS et 0.7 % au moins une TS.

Dans cette étude [18-19] 70 facteurs prédictifs des IS ont été mesurés et 4 facteurs sont ressortis comme permettant de prédire 80 % des comportements suicidaires (IS ou TS) il s'agit de l'existence d'IS durant l'année antérieure à l'étude, de la symptomatologie anxieuse, de la symptomatologie dépressive et de la faible estime de soi.

- Une enquête de l'OVE (Observatoire de la vie étudiante) en 2016 [20] retrouvait 8 % d'IS au cours de l'année avec 4 % d'étudiants qui ont confié des IS à quelqu'un et 5 % qui ont imaginé un scénario suicidaire, quand aux TS au cours de la vie elles étaient notifiées par 4 % des répondants.

-Une enquête de la LMDE (La Mutuelle des étudiants) en 2019 [21] retrouvait 30 % d'IS au cours de l'année écoulée dont 6 % « souvent », 11 % « parfois » et 14% « rarement ». Seulement la moitié des étudiants ayant eu des IS se serait confiée.

- une autre enquête de la LMDE de 2022 [22] avec 36 % d'IS dans l'année dont 7 % « souvent », 12 % « parfois » et 17 % « rarement », les causes d'IS imputées [22] sont décrites à 26 % en lien avec la « vie personnelle », 11 % en lien avec la « vie étudiante » et 5 % en lien avec la « vie professionnelle ».

-Si l'on s'intéresse à l'impact de la pandémie sur les étudiants, l'enquête COSAMe du Cn2r (Centre National de Ressources et de Résilience) [7, 23-25] ils se sont intéressés à l'état de santé mentale des étudiants en rapport avec la pandémie sars cov 2 et les confinements en trois temps.

*Premier confinement en Avril-Mai 2020 [23] où est retrouvé 11.4 % d'IS dans le mois précédent l'enquête .

* Un mois post-premier confinement en Juin-Juillet 2020[24] avec 13.2 % d'IS dans le mois précédent l'enquête .

* Après plus d'un an de pandémie en Juillet-Août 2021[25] avec 15 % d'IS dans le mois précédant l'enquête.

Taux de suivi par professionnel de santé et modalités du suivi

Dans le baromètre santé de 2017 [9] environ la moitié des sujets ayant eu des IS en avait fait part à au moins une personne dont 54% en avaient fait part à un professionnel de santé - soit donc environ un quart des sujets ayant déclaré des idéations suicidaires qui en parlent à un professionnel de santé - et 52.3% des sujets ayant fait une TS déclaraient avoir un suivi psychologique ou médical dans les suites.

Si l'on s'intéresse à la population estudiantine dans l'enquête de la LMDE de 2019 [21] la moitié des étudiants concernés par des IS s'est confié à quelqu'un dont 48 % à s'être confiés à un professionnel de santé soit environ un quart d'entre eux comme pour la population plus générale interrogée dans le cadre du baromètre [9].

Si l'on se base sur ses deux sources [9, 21] on peut donc estimer que 75% des sujets ayant des idéations suicidaires n'en ont pas parlé à un professionnel de santé.

Dans les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) de 2000 sur la crise suicidaire [26] est souligné l'intérêt d'une prise en charge psychothérapeutique, un traitement psychotrope est indiqué en cas de comorbidité psychiatrique.

Problématiques et objectifs du travail

Les problématiques relatives à ce travail concernent principalement l'étude des IS et TS chez les IMG (Internes de Médecine générale) :

- Quelle est la prévalence des IS chez les IMG ?
- Dans quelle mesure les IMG éprouvant des IS les confient-t-ils, à qui et quels sont les freins éventuels ?
- Dans quelle mesure les IMG éprouvant des TS imaginent t-ils un scénario suicidaire ?
- Quelle est les prévalence des TS chez les IMG et quelles modalités de prise en charge ?
- Dans quelle mesure les IMG éprouvant des IS bénéficient t ils d'un suivi psychologique ou d'un traitement notamment vis-à-vis de l'ensemble des IMG et quelles sont les modalités de ces prises en charge ?

- Quelles sont les difficultés et facteurs psychologiques prépondérants en terme de mal-être ?
- Quelle est la part des difficultés professionnelles et académiques en terme de mal-être ?
- Quel impact de la crise sanitaire ?
- Quel impact du sexe ou de l'âge ?
- Qu'est ce qu'ont les IMG à commenter sur le sujet ?

Les objectifs sont donc d'interroger les IMG sur la survenue ou non d'IS, le cas échéant de savoir si ils se sont confiés, si ils ont établi un scénario suicidaire et déjà effectué au moins une TS.

Il semble également intéressant de s'enquérir de manière générale des signes de mal-être et des difficultés notamment professionnelles des IMG, de leur suivi éventuel sur le plan psychologique ou de la prise éventuelle de psychotropes pour avoir un tableau global et pouvoir ensuite faire un comparatif entre les internes ayant des idéations suicidaires et ceux n'en ayant pas eu ainsi que des comparatifs sur des caractéristiques telles que le sexe ou l'âge.

Cette étude dont l'objectif principal est d'estimer la prévalence des idéations suicidaires chez les IMG français a donc été effectuée afin de tenter de répondre à ces questionnements.

II-MATERIEL et METHODE

II-1)Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, s'intéressant à la prévalence des idéations suicidaires chez les internes de médecine générale français ainsi qu'à la recherche de risques psychosociaux.

Cette étude a été réalisée sous forme d'un questionnaire « Google Form » (*en Annexe 1*) totalement anonymisé à destination des diverses promotions françaises de médecine générale.

II-2)Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de définir l'ampleur des idéations suicidaires chez les internes français de médecine générale.

II-3) Objectif secondaire de l'étude

Cette étude a également pour but d'évaluer les risques psychosociaux potentiels chez les internes en médecine générale français.

II-4) Recueil de données et analyse statistique

Pour déterminer le nombre d'IMG le nombre de postes par an a été estimé à 3500 par an (en surestimant un peu pour que la marge d'erreur ne soit pas une sous-estimation, à titre indicatif le nombre de postes de médecine générale à l'ECN 2018 était de 3268 places [27]) ce qui en extrapolant sur six ans (les trois années de stages d'internat et les trois années en plus comme délai supplémentaire pour réaliser la thèse) ramène à une population théorique de 21 000 internes de médecine générale.

Le questionnaire a été envoyé par un mail collectif aux différents syndicats locaux de médecine générale avec absence de réponse dans la majorité des cas, certains ont répondu et accepté de diffuser le questionnaire.

Il y a également eu recours aux réseaux sociaux avec partage du questionnaire sur les groupes de promotion d'Amiens et sur divers groupes d'internes (« Internes de France », « Objectif de thèse: partages ton questionnaire »,...).

Un message concis à destination des internes était communiqué avec le questionnaire (*En Annexe 2*), l'interne réalisant cette thèse n'a pas répondu au questionnaire.

Un premier recueil de données a été effectué à l'été 2022 du 01/06/2021 au 17/07/2021 et a été stoppé lors de la stagnation du nombre de réponses, il a permis le recueil de 267 réponses ce qui correspond à une marge d'erreur de 6% pour un intervalle de confiance à 95% et de 8% pour un intervalle de confiance à 99% sur une population estimée à 21000 individus (surestimant sûrement la population réelle d'internes de médecine générale qu'ils soient en stage ou en année

thèse).

Une relance a été effectuée environ un an après pour tenter d'augmenter la significativité du sondage, un mail a été envoyé individuellement aux différents syndicats locaux avec un rendement semblant sensiblement meilleur en terme de réponses, le questionnaire a également de nouveau été partagé sur les réseaux sociaux sur divers groupes d'internes.

Du 17/06/2022 au 06/08/2022 ont été recueillies 265 réponses supplémentaires ce qui donne un nombre de réponses final de 532 réponses, ce qui correspond à une marge d'erreur de 4% pour un intervalle de confiance à 95% et à une marge d'erreur de 6% pour un intervalle de confiance à 99% de la population théorique de 21000 individus.

Le calcul de la marge d'erreur a été effectué par l'interna réalisant la thèse grâce à l'outil de calcul de marge d'erreur du site « SurveyMonkey » [28].

Le questionnaire étant complètement anonyme sans recueil de données nominatives ou d'adresses mail, le fait de compléter des données tel que l'âge, le sexe ou le semestre en cours était facultatif, il a été considéré que les répondants avaient bien compris et respecté les modalités du sondage en étant bien des internes de médecine générale (la population cible du sondage étant bien définie tant dans l'intitulé du sondage que dans le texte explicatif fourni avec le lien du sondage) et répondu honnêtement et une seule fois au sondage.

Les répondants n'avaient pas accès aux résultats statistiques des répondants précédents.

Il n'y a pas eu de sous-traitance pour le recueil et le traitement des données.

Les résultats descriptifs ont été directement relevés sur le questionnaire Google Form et leurs pourcentages arrondis au dixième ce qui fait que parfois l'addition des pourcentages ne tombe pas justement sur 100%.

Les données démographiques des répondants (âge, sexe, semestre en cours) ont été réparties dans un grand tableau, le semestre en cours n'a été demandé qu'à titre indicatif et n'a pas été pris en compte sur le plan analytique.

Pour le reste des questions elles ont bénéficié chacune de tableaux descriptifs, la plupart relevant les effectifs et pourcentages pour chaque propositions et certains tableaux relevant des réponses en saisie libre, les commentaires en saisie libres sont relevés en *Annexe 3*.

Les résultats analytiques ont comparé par groupe de deux selon divers modalités(sexe, âge inférieur ou non à l'âge médian, idéations suicidaires au cours de l'année ou non), les données par groupe ont été recueillies à l'aide d'un tableur Excel, la significativité ou non des différences entre les groupes a été évaluée par l'interne réalisant la thèse par un test exact de Fisher à l'aide du site « BiostatTGV » [29] avec arrondissement de la valeur de p et du rapport de cote et des extremums de l'intervalle de confiance à 95% au centième.

III-RÉSULTATS:

III-1)Population:

532 réponses ont été recueillies par le biais du questionnaire "Google Form".

Une majorité des répondants se déclarent de sexe féminin avec 421 réponses (soit 79.1 % environ du total) soit un sex-ratio d'environ 0.26 pour l'étude.

529 répondants ont mentionné leur âge, il est constaté des extrêmes à 21 ans et 52 ans avec une médiane à 27 ans et une moyenne à 26.949 ans.

531 répondants ont mentionné leur semestre d'internat avec 90.2% ayant encore leurs stages d'internat en cours (dont 36.2% en phase socle).

Caractéristiques	Effectif et proportion correspondante (si unité non précisée correspond au nombre de réponses)/ (pourcentages approximatifs)	Total du nombre de réponses pour chaque caractéristique.
<u>Sexe:</u> -Féminin -Masculin -Non renseigné	421 (79.1%) 110 (20.7%) 1 (0.2%)	532
<u>Age:</u> -Minimum → Maximum -Moyen -Médian	21 ans → 52 ans 26.949 ans 27 ans	Sur 529 réponses (3 réponses sans mention de l'âge)
<u>-Semestre d'internat</u> -1er semestre -2eme semestre -3eme semestre -4eme semestre -5eme semestre -6eme semestre -En disponibilité -En année thèse	2 (0.4%) 190 (35.8%) 6 (1.1%) 141 (26.6%) 6 (1.1%) 131 (24.7%) 3 (0.6%) 52 (9.8%)	531 (1 répondant n'a pas renseigné cette étape)

Tableau 1 : Détail des caractéristiques de base des répondants

III-2) Résultats descriptifs principaux relatifs aux idéations suicidaires

III-2-a)Prévalence idéations suicidaires

Sur les 532 répondants, 169 soit 31.8% environ d'entre eux déclarent avoir déjà eu des IS.

« Avez vous déjà eu des idéations suicidaires ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 réponses
-Oui	169 (31.8%)
-Non	352 (66.2%)
-Ne se prononce pas	11 (2.1%)

Tableau 2 : Antériorité éventuelle d'idéations suicidaires

III-2-b)Fréquence idéations suicidaires

Sur ceux ayant déclaré avoir eu des IS, 120 (soit 71% d'entre eux) déclarent en avoir eu durant l'année passée ce qui correspond à 22.6% de l'ensemble des répondants.

50 répondants (soit 29.7% de ceux ayant déjà eu des IS) déclarent avoir des IS mensuellement soit 9.4% de l'ensemble des répondants.

6 répondants (soit 3.6% de ceux ayant déjà eu des IS) déclarent avoir des idéations suicidaires quotidiennement soit 1.1% de l'ensemble des répondants.

« A quelle fréquence schématiquement avez vous des idéations suicidaires ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Ne se prononce pas	1 (0.6%)	0.2%
-Pas durant l'année passée	48 (28.4%)	9%
*Durant l'année passée	120 (71%)	22.6%
- ≥ 1/an mais < 1/mois	70 (41.4%)	13.2%
*Durant le mois	50 (29.7%)	9.4%
- ≥ 1/mois mais < 1/semaine	30 (17.8%)	5.6%
*Durant la semaine	20 (11.9%)	3.8%
- ≥ 1/semaine mais < 1/jour	14 (8.3%)	2.6%
-Tous les jours	6 (3.6%)	1.1%

Tableau 3 : Fréquence des d'idéations suicidaires

III-2-c) Propension et freins à confier les idéations suicidaires

Parmi ceux ayant des IS 58% les ont confiées à quelqu'un.

« Avez vous déjà confié vos idéations suicidaires à quelqu'un ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants avec des IS
-Oui	98 (58%)
-Non	70 (41.4%)
-Ne se prononce pas	1 (0.6%)

Tableau 4 : Propension à confier les d'idéations suicidaires

Parmi les internes qui déclarent s'être confié 85.7% (soit 49.7% de ceux ayant eu des IS) l'auraient fait avec une personne de leur entourage proche (ami, famille), 60.2% (soit 34.9% de ceux ayant eu des IS) en auraient fait part à un professionnel de santé extérieur à leur lieu de travail (psychiatre, psychologue, médecin traitant...).

Une proportion plus faible (22.4% soit 13% de ceux ayant eu des IS) se confient à des collègues de travail et 8% (soit 4.7% de ceux ayant eu des IS) le confient à la médecine du travail.

« Si vous vous êtes déjà confié par quel(s) moyen(s) ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 98 répondants s'étant confié sur leurs IS	Pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS
-Proche(s) (ami,famille...)	84 (85.7%)	49.7%
-Professionnel(s) de santé (psychiatre,psychologue,médecin traitant...)	59 (60.2%)	34.9%
-Collègue(s) (co-interne,personnel soignant,encadrant...)	22 (22.4%)	13%
- A la médecine du travail	8 (8.2%)	4.7%
-Publiquement (devant de multiples personnes, réseaux sociaux...)	3 (3.1%)	1.8%
-Anonymement (forum, réseaux sociaux, numéro téléphonique d'aide...)	3 (3.1%)	1.8%
-A un syndicat étudiant	2 (2%)	1.2%
-Au département de médecine générale	1 (1%)	0.6%

Tableau 5 : Répartition des interlocuteurs auxquels sont confiées les d'idéations suicidaires

La majorité des internes déclarant avoir des IS expriment des freins à se confier avec 165 répondants sur 169 à cette question soit 97.6% d'entre eux.

Les principaux freins à se confier semblent être de « ne pas inquiéter autrui » (128 répondants soit 77.6%) et un « sentiment de honte ou de culpabilité » (105 répondants soit 63.6%).

« Quels seraient le(s) freins à se confier ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 165 répondants	Pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS
-Ne pas inquiéter autrui	128 (77.6%)	75.3%
-Sentiment de honte ou de culpabilité	105 (63.6%)	62.1%
-Sentiment d'inutilité à se confier/chercher de l'aide	42 (25.5%)	24.9%
-Sentiment d'indifférence de l'entourage vis à vis du mal-être ressenti	38 (23%)	22.5%
-Sentiment que se confier aggraverait la situation	32 (19.4%)	18.9%
-Autre	8 (4.8%)	4.7%

Tableau 6 : Freins à confier des idéations suicidaires

Réponses « Autre » à la question « Quels seraient le(s) freins à se confier ? »
- « Je ne veux pas être interrompue, je veux quitter l'hôpital rapidement »

- « Me confier rendrait les choses plus concrètes »
- « Ne pas montrer ses faiblesses »
- « Le sentiment que se confier ne serait pas utile »
- « Culturellement et la peur aussi »
- « Le changement de regard d'autrui, le jugement d'autrui »
- « Je me raisonne en me disant que je dois rester en vie pour me petits frères et sœurs »
- « Ce serait mal vu par l'entourage et les collègues »

Tableau 7 : Citations des réponses libres classées dans « Autre » sur la question des « Freins à confier des idées suicidaires »

III-2-d) Existence ou non d'un plan ou scénario suicidaire

Sur ceux ayant déclaré avoir des IS, 70 (soit 41.4% d'entre eux) déclarent avoir imaginé un plan plus ou moins précis de réalisation d'un geste suicidaire soit 13.2% des IMG répondants.

« Avez vous déjà établi un scénario plus ou moins précis de suicide(lieu,moyen,moment) ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Oui	70 (41.4%)	13.2%
-Non	90 (53.3%)	Non applicable
-Ne se prononce pas	9 (5.3%)	Non applicable

Tableau 8 : Élaboration ou non d'un scénario suicidaire

III-2-e) Existence d'antériorité de tentatives suicidaires

Sur les répondants ayant déclaré avoir des IS, 18 (soit 10.7% d'entre eux) déclarent avoir déjà réalisé une TS ce qui correspond à 3.4% de l'ensemble des répondants.

« Avez vous déjà fait au moins une tentative de suicide ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Oui	18 (10.7%)	3.4%
-Non	151 (89.3%)	Non applicable

Tableau 9 : Antériorité ou non d'une tentative de suicide

Sur les répondants ayant déclaré avoir déjà fait au moins une TS, 5 (soit 27.8% d'entre eux) déclarent avoir fait une TS dans l'année ce qui correspond à 3% des internes ayant déclaré des IS et à 0.9% de l'ensemble des internes ayant répondu au questionnaire.

Il y'a également 27.8% d'entre eux qui auraient fait plusieurs TS au cours de leur vie ce qui correspond également à 3% des IMG ayant déclaré des IS et à 0.9% de l'ensemble des IMG ayant répondu au questionnaire.

3 IMG déclarent avoir fait plusieurs tentatives de suicide au cours de la vie dont la dernière cette année soit 16.7% des IMG qui déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide, 1.8% des IMG ayant déclaré des idéations suicidaires et 0.6% de l'ensemble des IMG ayant répondu au questionnaire.

« Si vous avez déjà fait au moins une tentative de suicide ,était-ce un épisode isolé où avez vous récidivé ? La dernière tentative remonte t'elle à cette année ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 18 répondants ayant déclaré une antériorité de TS	Pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
*Une seule tentative:	13 (72.2%)	7.8%	2.4%
-Une seule tentative et pas durant l'année	11 (61.1%)	6.6%	2.1%
-Une seule tentative durant l'année	2 (11.1%)	1.2%	0.4%
*Plusieurs tentatives:	5 (27.8%)	3%	0.9%
-Plusieurs tentatives et pas durant l'année	2 (11.1%)	1.2%	0.4%
-Plusieurs tentatives, la dernière durant l'année	3 (16.7%)	1.8%	0.6%
*Tentative durant l'année:	5 (27.8%)	3%	0.9%

Tableau 10 : Multiplicité et présence durant l'année ou non du geste suicidaire

Sur les répondants ayant déclaré avoir déjà fait au moins une TS, 7 (soit 38.9% d'entre eux) déclarent ne jamais avoir bénéficié d'une prise en charge médicale pour une tentative de suicide ce qui signifierait que 4.2% des internes ayant déclaré des idéations suicidaires et 1.3% de l'ensemble des internes ayant répondu au questionnaire auraient réalisé au moins une TS sans jamais qu'elle ne soit prise en charge médicalement.

Sur les IMG ayant déclaré avoir réalisé une TS 61.1% auraient été pris en charge médicalement avec hospitalisation en service de psychiatrie ou de médecine, aucun d'entre eux ne déclare avoir été pris en charge aux urgences sans hospitalisation au décours ou ne déclare avoir été hospitalisé en service de soins intensifs ou de réanimation.

Ce qui signifierait que 6.6% des IMG ayant déclaré des IS et 2.1% de l'ensemble des IMG ayant

répondu au questionnaire auraient déjà été hospitalisés en service de psychiatrie ou médecine pour une TS.

« Si vous avez fait une ou plusieurs tentatives de suicide jusqu'où a été la prise en charge au maximum ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 18 répondants ayant déclaré une antériorité de TS	Pourcentage (approximatif) sur les 169 répondants ayant déclaré des IS	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
*Absence de prise en charge médicale :	7 (38.9%)	4.2%	1.3%
-Personne n'a été mis au courant	4 (22.2%)	2.4%	0.8%
-Tierce personne prévenue sans soins médicaux	3 (16.7%)	1.8%	0.9%
*Présence d'une prise en charge médicale :	11 (61.1%)	6.6%	2.1%
-Passage aux urgences sans hospitalisation	0 (0%)	0%	0%
-Hospitalisation en psychiatrie ou médecine	11 (61.1%)	6.6%	2.1%
-Hospitalisation en soins intensifs/réanimation	0 (0%)	0%	0%

Tableau 11 : Prise en charge maximale tentative suicidaire

III-3) Résultats descriptifs secondaires

III-3-a) Signes de mal-être autre que les idéations suicidaires

La majorité des IMG ayant répondu au questionnaire pensent présenter de signes de mal-être avec un taux de 62.6% (soit 333 réponses).

« Hormis les idéations suicidaires pensez vous présenter des signes de mal-être ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 réponses
-Oui	333 (62.6%)
-Non	194 (36.5%)
-Ne se prononce pas	5 (0.9%)

Tableau 12 : Ressenti ou non d'un mal-être psychologique

A noter qu'il y a un peu plus de réponses qu'attendu lorsque qu'il est demandé aux internes de détailler leurs différents signes de mal-être avec 343 répondants (soit 64.5% de l'ensemble des répondants) au lieu des 333 répondants auxquels on aurait pu s'attendre.

Le signe de mal-être le plus mentionné correspond à la « symptomatologie anxieuse (stress,angoisse,phobie,troubles obsessionnels compulsifs...) » avec un taux de 80.2% (soit 51.7% de l'ensemble des répondants au questionnaire).

Viennent ensuite la « symptomatologie dépressive (auto-dévalorisation, tristesse de l'humeur, anhédonie, ralentissement psychomoteur...) » à 59.5% (et 38.3%), « l'irritabilité, difficultés relationnelles » à 53.4% (et 34.4%) et les « troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale, boulimie...) » à 28% (18%).

Chacun des autres signes de mal-être est mentionné par moins de 10% de tous les IMG.

« Si vous présentez des signes de mal-être quels(s) est/sont t' ils ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 343 répondants à la question	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Symptomatologie anxieuse	275 (80.2%)	51.7%
-Symptomatologie dépressive	204 (59.5%)	38.3%
-Irritabilité,difficultés relationnelles	183 (53.4%)	34.4%
-Trouble du comportement alimentaire	96 (28%)	18%
-Addictions à des produits	48 (14%)	9%
-Risques sur le plan physique	40 (11.7%)	7.5%
-Addictions comportementales	35 (10.2%)	6.6%
-Automutilation/Scarification	15 (4.4%)	2.8%
-Autre	7 (2.1%)	1.3%

Tableau 13 : Différents signes de mal-être évoqués

Réponses « Autre » à la question « Si vous présentez des signes de mal-être quels(s) est/sont t' ils ? »
- « Beaucoup d'auto-dévalorisation,syndrome de l'imposteur,stress même si je travaille dessus »
- « Morosité,envie de rien par moment,dévalorisation par ces chefs »
- « Trouble du sommeil »
- « Insomnie »
- « Physique aussi: asthénie,trouble du sommeil, entorse de cheville »
- « Peur d'aller en stage »
- « Stress,anxiété »

Tableau 14 : Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des « Différents signes de mal-être évoqués »

III-3-b)Éventuels suivi psychiatrique et prise de psychotropes

18.2% des répondants (soit 97 réponses) affirment être suivis sur le plan psychiatrique.

« Avez vous un suivi sur le plan psychiatrique ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
-Oui	97 (18.2%)
-Non	432 (81.2%)
-Non renseigné	3 (0.6%)

Tableau 15 : Existence ou non d'un suivi psychiatrique

A la question sur les professionnels impliqués dans le suivi psychiatrique il y a 3 réponses de plus qu'attendu par rapport à la question précédente avec 100 réponses (soit 19% de l'ensemble des répondants au questionnaire) avec 67% d'entre eux qui déclarent être suivis sur le plan psychiatrique par un psychologue, 37% par un psychiatre et 12% par un médecin généraliste.

« Si vous êtes suivis sur le plan psychiatrique par qui ? »	Effectif et pourcentage sur les 100 répondants à la question	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Psychologue	67 (67%)	12.6%
-Psychiatre	37 (37%)	7%
-Médecin généraliste	12 (12%)	2.3%
-Praticien(s) libér/al/aux	16 (16%)	3%
-Centre médico-psychologique	6 (6%)	1.1%
-Autre	5 (5%)	0.9%

Tableau 16 : Intervenants impliqués dans le suivi psychiatrique

Réponses « Autre » à la question « Si vous êtes suivis sur le plan psychiatrique par qui ? »
- « Service de santé de l'UPJV »
- « Recours à deux rendez-vous avec une psychologue mais pas de suivi »
- « Diététicien »
- « Neuropsychiatre »
- « Mon père »

Tableau 17: Citations des réponses libres classées dans « Autre » sur la question des « Intervenants impliqués dans le suivi psychiatrique »

Chez les IMG ayant répondu au questionnaire, 12.4% d'entre eux (soit 66 réponses) affirment prendre des médicaments psychotropes.

« Prenez vous des médicaments psychotropes ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
-Oui	66 (12.4%)
-Non	462 (86.8%)
-Non renseigné	4 (0.8%)

Tableau 18 : Prise ou non de médicaments psychotropes

A noter qu'il y' a un peu plus de réponses qu'attendues lorsqu'il est demandé aux internes de détailler les différents types de psychotropes consommés avec 68 répondants (soit 12.8% environ de l'ensemble des répondants) au lieu des 66 répondants auxquels on aurait pu s'attendre au vu des réponses à la question précédente.

Chez ceux déclarant prendre des psychotropes, 66.7% déclarent prendre des anxiolytiques et 55.1% des antidépresseurs soit respectivement 8.6% et 7.1% de l'ensemble des IMG ayant répondu au questionnaire.

« Si vous prenez des traitements psychotropes le(s)quel(s) ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur les 68 répondants à la question	Pourcentage (approximatif) sur l'ensemble des 532 répondants
-Anxiolytiques	46 (66.7%)	8.6%
-Antidépresseurs	38 (55.1%)	7.1%
-Hypnotiques	9 (13%)	1.7%
-Thymorégulateurs	7 (10.1%)	1.3%
-Antipsychotiques	4 (5.8%)	0.8%
-Psychostimulants	3 (4.3%)	0.6%
-Autre	3 (5.8%)	0.6%

Tableau 19 : Répartition des médicaments psychotropes pris

Réponses « Autre » à la question « Si vous prenez des traitements psychotropes le(s)quel(s) ? »
- « Millepertuis »
-« Atarax »
- « Traitement TDAH »

Tableau 20 : Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des « Répartition des médicaments psychotropes pris »

III-3-c)Facteurs défavorables sur le plan psychologique

Les facteurs défavorables sur le plan psychologique les plus cités sont une faible estime de soi (48.3%) et la présence de difficultés professionnelles (46.6%).

Viennent ensuite une sensation de perte de sens de l'existence (23.5%), l'isolement (19%), les difficultés affectives (19.4%) et les problèmes familiaux (15.8%).

13.3% des répondants estiment qu'ils n'y a pas pour eux de facteurs défavorables sur le plan psychologique et 10.3% n'ont pas répondu à la question.

« Quels sont les principaux facteurs(ou le principal facteur) vous mettant en difficulté sur le plan psychologique ou pouvant le cas échéant pouvant favoriser les idéations suicidaires ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
-Faible estime de soi	257 (48.3%)
-Difficultés professionnelles	248 (46.6%)
-Sensation de perte de sens existentiel	125 (23.5%)
-Isolement	105 (19.7%)
-Difficultés affectives	103 (19.4%)
-Problèmes familiaux	84 (15.8%)
-Difficultés financières	35 (6.6%)
-Comorbidités somatiques	27 (5.1%)
-Comorbidités psychiatriques	27 (5.1%)
-Autre	23 (4.3%)
-Il n' y' en a pas	71 (13.3%)
-Non renseigné	55 (10.3%)

Tableau 21 : Répartition des facteurs défavorables sur le plan psychologique

Chez les 23 répondants (soit 4.3% de l'échantillon) qui évoquent des facteurs défavorables « Autre » une majorité détaillent des difficultés professionnelles (Horaires et rythme de travail,rapport avec la hiérarchie), certains évoquent des antécédents d'expériences traumatisantes , quatre évoquent la fatigue comme facteur défavorable et deux un deuil.

Réponses « Autre » à la question « Quels sont les principaux facteurs (ou le principal facteur) vous mettant en difficulté sur le plan psychologique ou pouvant le cas échéant pouvant favoriser les idéations suicidaires ? »
<p>*Réponse similaire à quatre reprises :</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Fatigue », « Fatigue physique » <p>*Réponse similaire à deux reprises</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Deuil » <p>*Réponses uniques:</p> <p>En rapport avec difficultés professionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Ambiance de travail,comportement méchant du MSU » - « Difficultés académiques/universitaires » - « Le non sens absolu de la formation à la fac et le coté sectaire et plein de voyeurisme des DUMG » - « Manque de reconnaissance » - « Le choix de spécialité » - « Manque de temps libre,dévalorisation professionnelle » - « Rythme des gardes avec manque de sommeil et changement de rythme »

- « Problème d'internat à l'hôpital »
- « Horaires et volume de travail »
- « Manque de temps libre »
- « Les horaires de nuit comme les gardes »
- « Je ne parlerais pas d'isolement,plutôt d'un manque d'épanouissement personnel dans d'autres secteurs de la vie que professionnel »
- « Changement régulier de villes pour les stages,pas de lieu d'attache »
- En rapport avec comorbidités psychiatriques/vécu traumatisant
- « Décompensation des phobies d'impulsion »
- « Antécédent de violences paternelles »
- « Dépression réactionnelle à des traumatismes »
- « Antécédent d'agression »

Tableau 22 : Citations des réponses libres classées dans « Autre » sur la question des « Répartition des facteurs défavorables sur le plan psychologique »

III-3-d) Difficultés professionnelles

L'hôpital est cité comme le principal lieu où surviennent les difficultés professionnelles chez 56.2% des IMG ayant répondu au questionnaire.

19.7% ne semblent pas concernés par la problématique des difficultés professionnelles n'ayant pas renseigné cette question.

« Si vous rencontrez des difficultés professionnelles,quel est le principal lieu où elles surviennent ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
<i>*Concerné par la question(= répondu)</i>	427 (80.3%)
-Hôpital	299 (56.2%)
-Médecine de ville	24 (4.5%)
-Difficultés équivalentes dans les deux secteurs	57 (10.7%)
-Ne se prononce pas	47 (8.8%)
<i>*Non concerné par la question(= non répondu)</i>	105 (19.7%)

Tableau 23 : Répartition des éventuelles difficultés professionnelles entre l'hospitalier et l'ambulatoire

Pour ce qui est de la nature des difficultés professionnelles 79.7% ont répondu à la question soit 20.1% non concernés car n'ayant pas répondu à la question.

L'intensité de la charge de travail est le premier motif de difficultés professionnelles cité avec 42.9% de l'ensemble des répondants.

Viennent ensuite le travail d'écriture inhérent au DES (38.3%), la gestion du travail en autonomie

(34.8%) et la conciliation de la vie personnelle et professionnelle (34%).

27.4% citent un problème d'organisation ou d'encadrement ressenti et 26.7% citent les exigences du travail en médecine.

Les difficultés relationnelles et les situations conflictuelles seraient beaucoup plus fréquentes avec des collègues (24.6%) qu'avec des patients ou leurs proches (6.6%).

24.6% citent l'impression de ne pas être reconnu(e) pour son travail comme l'une de leurs principales difficultés professionnelles.

« Si vous rencontrez des difficultés professionnelles, quelle(s) est/sont-elles principalement ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
<i>*Concerné par la question(= répondu)</i>	425 (79.9%)
-Intensité de la charge de travail	228 (42.9%)
-Travail d'écriture inhérent au DES (portfolio, thèse...)	204 (38.3%)
-Gestion travail en autonomie/responsabilités	185 (34.8%)
-Concilier vie personnelle et professionnelle	181 (34%)
-Problème d'organisation ou d'encadrement ressenti	146 (27.4%)
-Exigences du travail en médecine (relation médecin-malade, savoir-faire et réflexion clinique)	142 (26.7%)
-Difficultés relationnelles et/ou situations conflictuelles avec les collègues (chefs, paramédicaux, co-internes...)	131 (24.6%)
-Impression de ne pas être reconnu(e) pour son travail	131 (24.6%)
-Impression de manque/perte de sens sur le plan professionnel	101 (19%)
-Contraintes émotionnelles(décès, annonce mauvaise nouvelle,...)	95 (17.9%)
-Sensation d'aller à l'encontre de ses valeurs personnelles	93 (17.5%)
-Difficultés relationnelles et/ou situations conflictuelles avec les patients et/ou leurs proches	35 (6.6%)
-Autre	18 (3.4%)
<i>*Non concerné par la question(= non répondu)</i>	107 (20.1%)

Tableau 24 : Nature des différentes difficultés professionnelles

Chez les 18 répondants (soit 3.4% de l'échantillon) qui ont cité des difficultés professionnelles « Autre » beaucoup détaillent les difficultés liées à l'organisation et au temps de travail ou détaillent les difficultés éventuelles ressenties vis à vis de leur hiérarchie ainsi que les ressentis négatifs vis à vis des contraintes académiques et professionnelles notamment hospitalières.

Réponses « Autre » à la question « Si vous rencontrez des difficultés professionnelles, quelle(s) est/sont-elles principalement ? »

- « Impression d'exploitation par le système hospitalier. Système hospitalier défaillant »
- « Pression de la hiérarchie »
- « Difficultés à gérer le travail de nuit »
- « Difficultés à supporter les contraintes et demandes abusives des patients en libéral (mails pour ordonnance à répétition) »
- « Être dans une spécialité qui ne me plaît pas (et y être coincé à cause de mon classement) »
- « Tout ça était vrai surtout à l'hôpital, beaucoup moins en ville (actuellement en remplacement) »
- « Je ne sais pas si je dois répondre à la question car j'ai des difficultés mais qui n'entraînent pas d'idées suicidaires »
- « Syndrome de l'imposteur, sensation de ne pas avoir les compétences, peu de confiance aux acquis »
- « Temps de travail non clinique (comptes rendus, ...) conséquent »
- « Difficultés à gérer le temps professionnel et personnel avec les enchaînements de garde »
- « Faible estime de soi liée à la comparaison permanente avec les autres internes/seniors »
- « Insatisfaction dans mon travail lié au manque de moyens »
- « Difficulté à me mettre à niveau pour les connaissances médicales »
- « Fonctionnement du CHU et cadre pédagogique rigide du DMG »
- « Hiérarchie omniprésente, être considéré comme un enfant »
- « Infantilisation et absence de bienveillance avec menace de redoublements pour le moindre écart à la faculté. »
- « Études longues, chronophages, sans réel temps pour faire d'autres activités »

Tableau 25 : Citations des réponses libres classées dans « Autre » sur la question de la « Nature des différentes difficultés professionnelles »

III-3-e) Impact ou non de la crise sanitaire sur la santé mentale

31% déclarent que la crise sanitaire liée au sars cov 2 a eu un réel impact sur leur santé mentale.

« Estimez vous que la crise sanitaire actuelle en rapport avec le covid19 altère significativement votre santé mentale ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
-Oui	165 (31%)
-Non	333 (62.6%)
-Ne se prononce pas	29 (5.5%)
-Non renseigné	5 (0.9%)

Tableau 26 : impact ressenti ou non de la crise sanitaire liée à la Covid 19 sur la santé mentale

III-3-f) Facteurs favorables sur le plan psychologique effectifs ou souhaités.

Le principal facteur favorable sur le plan psychologique effectif ou souhaité cité est le fait d'être bien entouré (72.6%).

Viennent ensuite la sensation d'épanouissement professionnel (64.3%), un soutien affectif satisfaisant (63.3%), une bonne santé mentale (62.8%) et une bonne estime de soi (61.7%).

1.9% des répondants disent qu'il n'y en a pas et 3.6% n'ont pas renseigné la réponse.

« Quel(s) sont le(s) principaux facteurs qui contribueraient à un état de bien être(et le cas échéant serviraient à lutter contre les idéations suicidaires) chez vous ? »	Effectif et pourcentage (approximatif) sur le total des 532 répondants
-Le fait d'être bien entouré	386 (72.6%)
-Sensation d'épanouissement professionnel	342 (64.3%)
-Soutien affectif satisfaisant	337 (63.3%)
-Bonne santé mentale	334 (62.8%)
-Bonne estime de soi	328 (61.7%)
-Bonne santé physique	312 (58.6%)
-Soutien familial satisfaisant	309 (58.1%)
-Aisance matérielle et financière	196 (36.8%)
-Spiritualité ou philosophie de vie	151 (28.4%)
-Autre	13 (2.4%)
-Il n' y' en a pas	10 (1.9%)
-Non renseigné	19 (3.6%)

Tableau 27 : Répartition des facteurs favorables effectifs ou souhaités sur le plan psychologique

Chez les 13 répondants (soit 3.4% de l'échantillon) qui ont répondu « Autre » à cette question ils semblent principalement décrire les améliorations souhaitées sur les plan professionnel et académiques.

Réponses « Autre » à la question « Quel(s) sont le(s) principaux facteurs qui contribueraient à un état de bien être(et le cas échéant serviraient à lutter contre les idéations suicidaires) chez vous ? »
- « Choisir le lieu de son stage »
- « Études finies »
- « Des cours à la fac pour gérer le stress, les situations intenses, les situations de harcèlement ou de harcèlement par des médecins hospitaliers »

- « Respect du temps de travail »
- « Revoir le système de gardes de 24h inhumain »
- « Pouvoir être affectée dans ma faculté d'origine »
- « Avoir du temps »
- « Volume horaire à l'hôpital moins important »
- « Faire du sport, écouter de la musique »
- « Un temps de travail inférieur à 40h (métamorphose en changeant de rythme...) »
- « Des horaires de travail réduites »
- « Admirer et respecter les enseignants sensés me former ,ce qui n'est pas le cas. Et continuer à apprendre des concepts purement médicaux que psychosociaux. Ça va deux minutes la marguerite »

Tableau 28 : Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question de la «Répartition des facteurs favorables effectifs ou souhaités sur le plan psychologique»

III-4) Résultats analytiques liés au sexe

III-4-a) Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés aux idéations suicidaires

Les internes de sexe masculin rapportent plus d'IS que ceux de sexe féminin que ce soit au cours de la vie (36.4% contre 30.6%) ou au cours de l'année (29.1% contre 20.9%) mais l'association ne semble pas statistiquement significative car $p = 0.25$ dans le premier cas et $p = 0.07$ dans le second cas. Pas de différence statistiquement significative vis à vis des TS.

Paramètre comparé	Femmes (N=421) Effectif (pourcentage)	Hommes (N=110) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Antériorité d'IS ?			
-Oui	129 (30.6%)	40 (36.4%)	p = 0.25 (0.77[0.49-1.24])
-Non	283 (67.2%)	69 (62.7%)	
-Ne se prononce pas	10 (2.4%)	1 (0.9%)	
-IS durant l'année	88 (20.9%)	32 (29.1%)	p = 0.07 (0.64[0.39-1.07])
*Antériorité de TS ?			
-TS au cours vie	13 (3.1%)	5 (4.5%)	p = 0.55 (0.67[0.22-2.45])
-TS durant l'année	3 (0.7%)	2 (1.8%)	p = 0.28 (0.39[0.04-4.7])
-TS multiples	3 (0.7%)	2 (1.8%)	p = 0.28 (0.39[0.04-4.7])
*Prise en charge TS ?			
-Déjà hospitalisé	9 (2.1%)	2 (1.8%)	p = 1 (1.18[0.24-11.37])
-Jamais pris en charge	4 (1%)	3 (2.7%)	p = 0.16 (0.43[0.06-2.38])

Tableau 29 : Antériorité et incidence des idéations ou tentatives suicidaires selon le sexe

Les internes de sexe féminin se confient significativement plus lorsqu'elles ont des IS (avec la valeur de p à 0.01) que les internes de sexe masculin avec un taux de 63.6% de chance de se confier pour elles en cas d'IS contre 40% pour eux.

Pas de différence significative selon le sexe dans la propension à élaborer un scénario suicidaire.

Paramètre comparé	Femmes avec antériorité d'IS(N=129) Effectif (pourcentage)	Hommes avec antériorité d'IS (N=40) Effectif (pourcentage)	Valeur de p(rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Se confie sur IS ?			
-Oui	82 (63.6%)	16 (40%)	p = 0.01 (2.6[1.19-5.82]) p = 0.01 (0.37[0.17-0.81])
-Non	46 (35.7%)	24 (60%)	
-Ne se prononce pas	1 (0.8%)	0 (0%)	
Élaboration scénario suicidaire ?			
-Oui	53 (41.1%)	17 (42.5%)	p = 1 (0.94[0.43-2.08])
-Non	68 (52.7%)	22 (55%)	
-Ne se prononce pas	8 (6.2%)	1 (0.9%)	

Tableau 30 : Analyse facteurs concomitants aux idéations suicidaires selon le sexe

Les internes de sexe féminin se confient globalement plus que les internes de sexe masculin d'abord avec les proches (53.5% VS 37.4%), les professionnels de santé (38% VS 22.5%) et les collègues (14% VS 10%) toutefois aucun des différents moyens pris individuellement ne permet de dégager une tendance statistiquement significative.

Paradoxalement les femmes ne semblent pas ressentir moins de freins à se confier que les hommes, elles sont plus nombreuses en proportion à décrire un « sentiment de honte ou de culpabilité » que les hommes (65.1% VS 52.5%) sans que cela soit statistiquement significatif ,et semblent aussi nombreuses en proportion à décrire comme freins à se confier de « ne pas inquiéter autrui » (76% VS 75%) et « un sentiment d'indifférence de l'entourage » (22.5% pour les deux groupes).

Les hommes sont plus nombreux à décrire un « sentiment d'inutilité à se confier » (32.5% VS 22.5%) et une « peur d'aggraver la situation » (22.5% VS 17.8%) mais sans que la différence soit statistiquement significative.

Paramètre comparé	Femmes avec antériorité d'IS (N=129) Effectif (pourcentage)	Hommes avec antériorité d'IS (N=40) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*A qui ils se sont confiés ?			
-Proche(s)	69 (53.5%)	15 (37.4%)	p = 0.1 (1.9[0.88-4.28])
-Professionnel(s) de santé	49 (38%)	9 (22.5%)	p = 0.09 (2.1[0.88-5.45])
-Collègue(s)	18 (14%)	4 (10%)	p = 0.6 (1.46[0.44-6.3])
- A la médecine du travail	8 (6.2%)	0 (0%)	p = 0.2 (INF[0.54-INF])
-Publiquement	2 (1.6%)	1 (2.5%)	
-Anonymement	3 (2.3%)	0 (0%)	
-A un syndicat étudiant	2 (1.6%)	0 (0%)	
-Au DMG	0 (0%)	1 (2.5%)	
*Quel(s) frein(s) à se confier ?			
-Ne pas inquiéter autrui	98 (76%)	30 (75%)	
-Honte ou culpabilité	84 (65.1%)	21 (52.5%)	p = 0.19 (1.68[0.77-3.68])
-Sentiment d'inutilité	29 (22.5%)	13 (32.5%)	p = 0.2 (0.6[0.26-1.44])
-Doute indifférence d'autrui	29 (22.5%)	9 (22.5%)	
-Peur d'aggraver situation	23 (17.8%)	9 (22.5%)	p = 0.5 (0.75[0.3-2.03])
-Autre	4 (3.1%)	4 (10%)	

Tableau 31 : Détail des modalités et des freins à se confier selon le sexe

III-4-b)Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires

Les femmes déclarent plus souvent présenter des signes de mal-être (63.9% contre 58.2% des hommes), plus souvent bénéficier d'un suivi psychiatrique (19.7% contre 12.7%) tout en consommant moins de psychotropes (11.6% contre 15.5%) et disent plus souvent que la crise sanitaire du sars cov 2 a négativement impacté leur santé mentale (32.3% contre 26.4%) mais toutes ces associations sont non significatives.

La seule association significative avec une valeur de p à 0.02 correspond au fait que les femmes rapportent plus souvent que les hommes le fait que l'hôpital leur semble être leur principale source de difficultés professionnelles (58.9% contre 46.4%).

Paramètre comparé	Femmes (N=421) Effectif (pourcentage)	Hommes (N=110) Effectif (pourcentage)	Valeur de p(rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*Signes de mal-être ? -Oui -Non -Ne se prononce pas	269 (63.9%) 150 (35.6%) 2 (0.5%)	64 (58.2%) 43 (39.1%) 3 (2.7%)	p = 0.27 (1.27[0.81-1.99])
*Suivi psy ? -Oui -Non -Non renseigné	83 (19.7%) 337 (80%) 1 (0.2%)	14 (12.7%) 94 (85.5%) 2 (1.8%)	p = 0.1 (1.68[0.9-3.36])
*Prise psychotropes ? -Oui -Non -Non renseigné	49 (11.6%) 368 (87.4%) 4 (1%)	17 (15.5%) 93 (84.5%) 0 (0%)	p = 0.33 (0.72[0.39-1.4])
*Difficultés professionnelles prédominant ? -A l'hôpital -En ville -Les deux -Ne se prononce pas -Non concerné	248 (58.9%) 20 (4.8%) 44 (10.5%) 30 (7.1%) 79 (18.8%)	51 (46.4%) 4 (3.6%) 13 (11.8%) 17 (15.5%) 25 (22.7%)	p = 0.02 (1.66[1.06-2.6]) p = 0.35 (0.79[0.46-1.37])
*Impact Covid 19 sur santé mentale ? -Oui -Non -Ne se prononce pas -Non renseigné	136 (32.3%) 257 (61%) 24 (5.7%) 4 (1%)	29 (26.4%) 75 (68.2%) 5 (4.5%) 1 (0.9%)	p = 0.25 (1.33[0.46-1.37])

Tableau 32 : Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés au mal-être hors idées suicidaires

Les internes de sexe féminin sont significativement plus nombreuses en proportion à déclarer être suivies par un psychologue que les internes de sexe masculin (14.5% VS 5.5%) les autres différences sont statistiquement non significatives.

Les hommes sont plus nombreux que les femmes en proportion à déclarer consommer des anxiolytiques (10.9% VS 8%) et des antidépresseurs (9.1% VS 6.7%) mais sans que la différence soit statistiquement significative.

En revanche ils ont une tendance significativement supérieure à la déclaration de prise

d'hypnotiques (4.5% VS 1%) ou de psychostimulants (2.7% VS 0%).

Paramètre comparé	Femmes (N=421) Effectif (pourcentage)	Hommes (N=110) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*Quel suivi psy ?			
-Psychologue	61 (14.5%)	6 (5.5%)	p = 0.01 (2.93[1.22-8.54])
-Psychiatre	31 (7.4%)	6 (5.5%)	p = 0.67 (1.38[0.55-4.15])
-Médecin généraliste	8 (1.9%)	4 (3.6%)	p = 0.28 (0.51[0.13-2.38])
-Praticien(s) libér/al/aux	15 (3.6%)	1 (0.9%)	p = 0.21 (4.02[0.61-171])
-Centre médico-psychologique	4 (1%)	2 (1.8%)	
-Autre	4 (1%)	1 (0.9%)	
*Quel(s) psychotrope(s) ?			
-Anxiolytiques	34 (8%)	12 (10.9%)	p = 0.34 (0.72[0.35-1.58])
-Antidépresseurs	28 (6.7%)	10 (9.1%)	p = 0.7 (0.88[0.4-2.06])
-Hypnotiques	4 (1%)	5 (4.5%)	p = 0.02 (0.2[0.04-0.96])
-Thymorégulateurs	6 (1.4%)	1 (0.9%)	
-Antipsychotiques	3 (0.7%)	1 (0.9%)	
-Psychostimulants	0 (0%)	3 (2.7%)	p = 0.009
-Autre	1 (0.2%)	2 (1.8%)	

Tableau 33 : Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon le sexe

Sur le plan des signes de mal-être psychologique, les internes de sexe féminin sont significativement plus nombreuses à déclarer une symptomatologie anxieuse (54.4% VS 41.8%). Elles sont également entre autres plus nombreuses à déclarer une symptomatologie dépressive (39.4% VS 34.5%) ou des troubles du comportement alimentaire (19.5% VS 12.7%) mais sans que les différences soient statistiquement significatives.

Les hommes sont significativement plus nombreux en proportion à déclarer prendre des risques sur le plan physique (12.7% VS 6.2%).

Ils sont également plus nombreux en proportion à déclarer une addiction à des produits (13.6% VS 7.8%) ou comportementale (10% VS 5.7%) mais sans que cela soit statistiquement significatif.

Pour les principaux facteurs ressentis comme défavorables sur le plan psychologique, les femmes sont significativement plus nombreuses à citer une faible estime de soi (52.3% VS 33.6%) et des difficultés professionnelles (49.2% VS 37.3%).

Pour les principales difficultés professionnelles les femmes sont significativement plus nombreuses à citer l'intensité de la charge de travail (45.8% VS 31.8%) et la gestion du travail

en autonomie et responsabilités (38.2% VS 21.8%).

Paramètre comparé	Femmes (N=421)	Hommes (N=110)	Valeur de p (rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*Quel(s) signe(s) de mal-être ?			
-Symptomatologie anxieuse	229 (54.4%)	46 (41.8%)	p = 0.02 (1.66[1.06-2.6])
-Symptomatologie dépressive	166 (39.4%)	38 (34.5%)	p = 0.38 (1.23[0.78-1.97])
-Irritabilité,difficultés relationnelles	144 (34.2%)	39 (35.5%)	
-Trouble comportement alimentaire	82 (19.5%)	14 (12.7%)	p = 0.13 (1.66[0.88-3.31])
-Addictions à produits	33 (7.8%)	15 (13.6%)	p = 0.06 (0.54[0.27-1.11])
-Risques physiques	26 (6.2%)	14 (12.7%)	p = 0.02 (0.45[0.22-0.97])
-Addictions comportementales	24 (5.7%)	11 (10%)	p = 0.13 (0.54[0.25-1.28])
-Automutilation/scarification	14 (3.3%)	1 (0.9%)	p = 0.33 (3.74[0.56-160])
-Autre	5 (1.2%)	2 (1.8%)	
*Quel(s) facteur(s) défavorable(s) ?			
-Faible estime de soi	220 (52.3%)	37 (33.6%)	p < 0.001 (2.16[1.4-3.45])
-Difficultés professionnelles	207 (49.2%)	41 (37.3%)	p = 0.03 (1.63[1.04-2.58])
-Perte de sens existentiel	97 (23%)	28 (25.5%)	p = 0.61 (0.88[0.53-1.48])
-Isolement	83 (19.7%)	22 (20%)	
-Difficultés affectives	82 (19.5%)	21 (19.1%)	
-Problèmes familiaux	70 (16.6%)	14 (12.7%)	p = 0.38 (0.72[0.72-2.75])
-Difficultés financières	20 (6.7%)	7 (6.4%)	
-Comorbidités. somatiques	23 (5.5%)	4 (3.6%)	p = 0.63 (1.53[0.51-6.22])
-Comorbidités psychiatriques	25 (5.9%)	2 (1.8%)	p = 0.09 (3.4[0.83-30.11])
-Autre	18 (4.3%)	5 (4.5%)	
*Quelle(s) difficultés(s) professionnelle(s) ?			
-Intensité charge travail	193 (45.8%)	35 (31.8%)	p = 0.009 (1.8[1.14-2.92])
-Travail d'écriture DES	168 (39.9%)	36 (32.7%)	p = 0.19 (1.36[0.86-2.19])
- Autonomie/responsabilités.	161 (38.2%)	24 (21.8%)	p = 0.001 (2.22[1.33-3.8])
-Concilier vie perso/pro	149 (35.4%)	32 (29.1%)	p = 0.26 (1.33[0.83-2.18])
-Problème d'organisation	120 (28.5%)	26 (23.6%)	p = 0.34 (1.33[0.78-2.19])
-Exigences travail médical	119 (28.3%)	23 (20.9%)	p = 0.14 (1.49[0.88-2.59])
-Relationnel avec collègues	104 (24.7%)	27 (24.5%)	
-Manque de reconnaissance	105 (24.9%)	26 (23.6%)	
- Perte ou manque de sens	78 (18.5%)	23 (20.9%)	p = 0.59 (0.86[0.5-1.52])
-Contraintes émotionnelles	81 (19.2%)	14 (12.7%)	p = 0.13 (1.63[0.87-3.26])
- Valeurs personnelles contrariées	79 (18.8%)	14 (12.7%)	p = 0.16 (1.58[0.84-3.16])
-Relationnel avec patient/ses proches	27 (6.4%)	8 (7.3%)	
-Autre	14 (3.3%)	4 (3.6%)	

Tableau 34 : Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologique, ainsi que des difficultés professionnelles selon le sexe

III-5) Résultats analytiques liés à l'âge

III-5-a) Analyse entre l'âge et les différents paramètres liés aux idéations suicidaires

3 répondants n'ont pas été pris en compte dans cette analyse car ils n'avaient pas renseigné leur âge.

L'âge médian de 27 ans a été utilisé pour définir deux groupes d'effectifs proches les moins de 27 ans avec 262 répondants et les 27 ans et plus avec 267 répondants.

Pas de différence significative mise en évidence selon l'âge pour la probabilité de survenue d'IS que ce soit au cours de la vie ou de l'année ni pour l'incidence des TS.

Paramètre comparé	Age < 27ans (N=262) Effectif (pourcentage)	Age ≥ 27 ans (N=267) Effectif (pourcentage)	Valeur de p(rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*Antériorité d'IS ?			
-Oui	80 (30.5%)	88 (33%)	p = 0.58 (0.89[0.61-1.31])
-Non	173 (66%)	177 (66.3%)	
-Ne se prononce pas	9 (3.4%)	2 (0.7%)	
-IS durant l'année	57 (21.8%)	63 (23.6%)	p = 0.68 (0.9[0.59-1.38])
*Antériorité de TS ?			
-TS au cours vie	5 (1.9%)	13 (4.9%)	p = 0.09 (0.38[0.1-1.16])
-TS durant l'année	0 (0%)	5 (1.9%)	p = 0.06
-TS multiples	0 (0%)	5 (1.9%)	p = 0.06
*Prise en charge TS ?			
-Déjà hospitalisé	2 (0.8%)	9 (3.4%)	p = 0.06 (0.22[0.02-1.08])
-Jamais pris en charge	3 (1.1%)	4 (1.5%)	p = 1 (0.76[0.11-4.55])

Tableau 35 : Antériorité et incidence des idéations ou tentatives suicidaires selon l'âge

les 27 ans ou plus déclarent se confier plus souvent sur leurs idéations suicidaires que les moins de 27 ans (61.4% contre 55%) mais l'association est non significative.

Pas de différence mise en évidence dans la propension à élaborer des idéations suicidaires selon l'âge.

Paramètre comparé	Age < 27ans avec antériorité d'IS (N=80) Effectif (pourcentage)	Age ≥ 27 ans avec antériorité d'IS (N=88) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Se confie sur IS ? -Oui -Non -Ne se prononce pas	44 (55%) 35 (43.75%) 1 (1.25%)	54 (61.4%) 34 (38.6%) 0 (0%)	p = 0.44 (0.77[0.4-1.49])
Élaboration scénario suicidaire ? -Oui -Non -Ne se prononce pas	33 (41.25%) 44 (55%) 3 (3.75%)	36 (40.9%) 46 (52.3%) 6 (6.8%)	p = 1 (1.01[0.52-1.96])

Tableau 36 : Analyse facteurs concomitants aux idéations suicidaires selon l'âge

Les 27 ans et plus ont significativement plus de propension à se confier à leurs proches sur leurs idéations suicidaires que les moins de 27 ans (58% VS 41.25%), ils ont également plus de propension à se confier à leurs collègues (17% VS 8.75%) mais sans que ces associations soient statistiquement significatives.

Les internes de moins de 27 ans semblent avoir plus de propension à se confier à des professionnels de santé (40% VS 29.5%) mais sans que l'association soit mise en évidence comme statistiquement significative.

Sur le plan des freins à se confier les moins de 27 ans ont significativement plus de propension à citer « ne pas inquiéter autrui » (85% VS 67%), ils sont légèrement plus nombreux en proportion à citer un « sentiment d'inutilité à se confier » (25% VS 23.9%) et donc sans association statistiquement significative.

Pour les autres freins les pourcentages sont plus élevés chez les 27 ans et plus mais sans retrouver de différence statistiquement significative.

Paramètre comparé	Age < 27ans avec antériorité d'IS (N=80)	Age ≥ 27 ans avec antériorité d'IS (N=88)	Valeur de p (rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*A qui ils se sont confiés ?			
-Proche(s)	33 (41.25%)	51 (58%)	p = 0.04 (0.51[0.26-0.98])
-Professionnel(s) de santé	32 (40%)	26 (29.5%)	p = 0.19 (1.59[0.8-3.17])
-Collègue(s)	7 (8.75%)	15 (17%)	p = 0.17 (0.47[0.15-1.31])
- A la médecine du travail	2 (2.5%)	6 (6.8%)	p = 0.28 (0.35[0.03-2.05])
-Publiquement	1 (1.25%)	2 (2.3%)	
-Anonymement	2 (2.5%)	1 (1.1%)	
-A un syndicat étudiant	0 (0%)	2 (2.3%)	
-Au DMG	0 (0%)	1 (1.1%)	
*Quel(s) frein(s) à se confier ?			
-Ne pas inquiéter autrui	68 (85%)	59 (67%)	p = 0.007 (2.76[1.24-6.52])
-Honte ou culpabilité	48 (60%)	56 (63.6%)	p = 0.64 (0.86[0.44-1.67])
-Sentiment d'inutilité	20 (25%)	21 (23.9%)	
-Doute indifférence d'autrui	13 (16.25%)	24 (27.3%)	p = 0.1 (0.52[0.22-1.17])
-Peur d'aggraver situation	12 (15%)	19 (21.6%)	p = 0.32 (0.64[0.26-1.52])
-Autre	5 (6.25%)	3 (3.4%)	

Tableau 37 : Détail des modalités et des freins à se confier selon l'âge

III-5-b)Analyse entre l'age et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires

Les 27 ans et plus déclarent plus souvent prendre des psychotropes (16.1% contre 8.8%) de manière significative avec une valeur de p à 0.01.

Les moins de 27 ans sont significativement plus nombreux (p à 0.005) à définir l'hôpital comme le principal lieu de leurs difficultés professionnelles (62.6% contre 50.2%) tandis que les 27 ans et plus sont significativement plus nombreux (p à 0.001) à définir la médecine de ville comme le principal lieu de leurs difficultés professionnelles (7.5% contre 1.5%) ou à déclarer que les difficultés sont équivalentes dans les deux secteurs (15.4% contre 6.1%).

Paramètre comparé	Age < 27ans (N=262) Effectif (pourcentage)	Age ≥ 27 ans (N=267) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Signes de mal-être ? -Oui -Non -Ne se prononce pas	158 (60.3%) 102 (38.9%) 2 (0.8%)	174 (65.2%) 90 (33.7%) 3 (1.1%)	p = 0.28 (0.81[0.56-1.17])
*Suivi psy ? -Oui -Non -Non renseigné	47 (17.9%) 215 (82.1%) 0 (0%)	50 (18.7%) 214 (80.2%) 3 (1.1%)	p = 0.82 (0.95[0.6-1.51])
*Prise psychotropes ? -Oui -Non -Non renseigné	23 (8.8%) 237 (90.5%) 2 (0.8%)	43 (16.1%) 222 (83.2%) 2 (0.7%)	p = 0.01 (0.5[0.28-0.88])
*Difficultés professionnelles prédominant ? -A l'hôpital -En ville -Les deux -Ne se prononce pas -Non concerné	164 (62.6%) 4 (1.5%) 16 (6.1%) 27 (10.3%) 51 (19.5%)	134 (50.2%) 20 (7.5%) 41 (15.4%) 20 (7.5%) 52 (19.5%)	p = 0.005 (1.66[1.16-2.39]) p = 0.001 (0.19[0.05-0.58]) p = 0.001 (0.36[0.18-0.68])
*Impact Covid 19 sur santé mentale ? -Oui -Non -Ne se prononce pas -Non renseigné	84 (32%) 162 (61.8%) 14 (5.3%) 2 (0.8%)	79 (29.6%) 170 (63.7%) 15 (5.6%) 3 (1.1%)	p = 0.57 (1.12[0.76-1.65])

Tableau 38 : Analyse entre l'âge et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires

Les 27 ans et plus sont de manière nettement significative avec un $p < 0.001$ plus nombreux à déclarer consommer des anxiolytiques (13.1% VS 4.2%), il existe également une différence statistiquement significative en faveur des 27 ans et plus pour la consommation de thymorégulateurs (2.6% VS 0%).

Paramètre comparé	Age < 27ans (N=262) Effectif (pourcentage)	Age ≥ 27 ans (N=267) Effectif (pourcentage)	Valeur de p(rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Quel suivi psy ?			
-Psychologue	32 (12.2%)	35 (13.1%)	p = 0.08 (0.53[0.56-1.17]) p = 0.38 (0.5[0.11-1.9]) p = 0.03
-Psychiatre	13 (5%)	24 (9%)	
-Médecin généraliste	4 (1.5%)	8 (3%)	
-Praticien(s) libér/al/aux	7 (2.7%)	9 (3.4%)	
-Centre médico-psychologique	0 (0%)	6 (2.2%)	
-Autre	3 (1.1%)	2 (0.7%)	
*Quel(s) psychotrope(s) ?			
-Anxiolytiques	11 (4.2%)	35 (13.1%)	p < 0.001 (0.29[0.13-0.6]) p = 0.06 (0.5[0.23-1.06]) p = 0.015 p = 0.12
-Antidépresseurs	13 (5%)	25 (9.4%)	
-Hypnotiques	3 (1.1%)	6 (2.2%)	
-Thymorégulateurs	0 (0%)	7 (2.6%)	
-Antipsychotiques	0 (0%)	4 (1.5%)	
-Psychostimulants	1 (0.4%)	2 (0.7%)	
-Autre	1 (0.4%)	2 (0.7%)	

Tableau 39: Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon l'âge

les 27 ans et plus présentent des pourcentages significativement plus élevés en matière de déclaration de symptomatologie anxieuse (56.9% VS 46.6%), de difficultés relationnelles et d'irritabilité (39.3% VS 29.8%), de prise de risque sur le plan physique (10.5% VS 4.6%) et d'addictions comportementales (9% VS 4.2%).

Sur le plan des principaux facteurs considérés comme défavorables sur le plan psychologique, les 27 ans et plus ont significativement plus de propension à citer des difficultés professionnelles (52% VS 41.6%) ou des comorbidités somatiques (7.5% VS 2.7%).

Sur le plan des principales difficultés professionnelles, les 27 ans et plus sont significativement plus nombreux en proportion à évoquer un problème d'organisation (33.3% VS 21.4%) ou des difficultés relationnelles avec les patients ou leurs proches (9.4% VS 3.4%).

Paramètre comparé	Age < 27ans (N=262)	Age ≥ 27 ans (N=267)	Valeur de p(rapport de côte et intervalle de confiance à 95%)
*Quel(s) signe(s) de mal-être ?			
-Symptomatologie anxieuse	122 (46.6%)	152 (56.9%)	p = 0.02 (0.66[0.46-0.94])
-Symptomatologie dépressive	96 (36.6%)	107 (40%)	p = 0.42 (0.87[0.6-1.25])
-Irritabilité, difficultés relationnelles	78 (29.8%)	105 (39.3%)	p = 0.02 (0.65[0.45-0.95])
-Trouble comportement alimentaire	45 (17.2%)	51 (19.1%)	p = 0.57 (0.88[0.55-1.4])
-Addictions à produits	24 (9.2%)	24 (9%)	
-Risques physiques	12 (4.6%)	28 (10.5%)	p = 0.01 (0.41[0.19-0.86])
-Addictions comportementales	11 (4.2%)	24 (9%)	p = 0.03 (0.44[0.19-0.97])
-Automutilation/scarification	8 (3.1%)	7 (2.6%)	
-Autre	2 (0.8%)	4 (1.5%)	
*Quel(s) facteur(s) défavorable(s) ?			
-Faible estime de soi	122 (46.6%)	134 (50.2%)	p = 0.43 (0.87[0.61-1.23])
-Difficultés professionnelles	109 (41.6%)	139 (52%)	p = 0.02 (0.66[0.46-0.94])
-Perte de sens existentiel	53 (20.2%)	72 (27%)	p = 0.08 (0.69[0.45-1.05])
-Isolement	48 (18.3%)	57 (21.3%)	p = 0.38 (0.83[0.53-1.3])
-Difficultés affectives	49 (18.7%)	54 (20.2%)	
-Problèmes familiaux	40 (15.3%)	44 (16.5%)	
-Difficultés financières	13 (5%)	22 (8.2%)	p = 0.16 (0.58[0.26-1.24])
-Comorbidités. somatiques	7 (2.7%)	20 (7.5%)	p = 0.02 (0.34[0.12-0.85])
-Comorbidités psychiatriques	12 (4.6%)	15 (5.6%)	
-Autre	8 (3.1%)	14 (5.2%)	
*Quelle(s) difficultés(s) professionnelle(s) ?			
-Intensité charge travail	106 (40.5%)	121 (45.3%)	p = 0.29 (0.82[0.57 -1.17])
-Travail d'écriture DES	92 (35.1%)	112 (41.9%)	p = 0.11 (0.75[0.52 -1.08])
- Autonomie/responsabilités.	99 (37.8%)	85 (31.8%)	p = 0.17 (1.3[0.89 -1.89])
-Concilier vie perso/pro	81 (30.9%)	99 (37.9%)	p = 0.14 (0.76[0.52 -1.11])
-Problème d'organisation	56 (21.4%)	89 (33.3%)	p = 0.002 (0.54[0.36 -0.8])
-Exigences travail médical	76 (29%)	66 (24.7%)	p = 0.28 (1.24[0.83 -1.87])
-Relationnel avec collègues	55 (21%)	76 (28.5%)	p = 0.06 (0.67[0.44 -1.01])
-Manque de reconnaissance	56 (21.4%)	74 (27.7%)	p = 0.1 (0.71[0.47 -1.08])
- Perte ou manque de sens	45 (17.2%)	56 (21%)	p = 0.27 (0.78[0.49 -1.24])
-Contraintes émotionnelles	46 (17.6%)	49 (18.4%)	
- Valeurs personnelles contrariées	42 (16%)	50 (18.7%)	
-Relationnel avec patient/ses proches	9 (3.4%)	25 (9.4%)	p = 0.007 (0.35[0.14 -0.8])
-Autre	7 (2.7%)	10 (3.7%)	

Tableau 40 : Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologique, ainsi que des difficultés professionnelles selon l'âge

III-6)Analyse entre la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires

12 répondants ont été exclus de l'analyse, 11 car ils ne se prononçaient pas sur le fait d'avoir déjà eu des IS ou non et 1 qui déclarait avoir déjà eu des IS mais ne se prononçait pas sur le fait d'avoir eu des idéations suicidaires ou non au cours de l'année.

La nette majorité des internes ayant présenté des IS au cours de l'année déclarent présenter un état de mal-être psychologique (95.8% d'entre eux) contre un peu plus de la moitié (51.75%) des internes qui déclarent ne pas avoir eu d'IS de l'année.

Les internes ayant eu des IS au cours de l'année sont nettement plus susceptibles de bénéficier d'un suivi sur le plan psychiatrique (40.8% contre 11.75%) et d'un traitement par psychotropes (30.8% contre 7%) mais la majorité d'entre eux ne bénéficient pas d'un suivi sur le plan psychiatrique (58.3% n'en ont pas) et ne bénéficient pas d'un traitement par psychotropes (69.2% n'en prennent pas).

Les internes n'ayant pas eu d'IS au cours de l'année semblent significativement (avec $p = 0.009$) plus susceptibles d'être non concernés par des difficultés professionnelles (22.75% contre 11.7%).

Les internes ayant eu des IS au cours de l'année sont plus nombreux à déclarer que l'hôpital est le principal lieu de survenue des difficultés professionnelles (61.7% contre 54.25%) et plus nombreux à déclarer un impact négatif sur leur santé mentale de la crise sanitaire lié au sars cov 2 mais sans que ces différences soit statistiquement significatives.

Paramètre comparé	Présence d'IS au cours de l'année (N=120) Effectif (pourcentage)	Absence d'IS au cours de l'année (N=400) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Signes de mal-être ? -Oui -Non -Ne se prononce pas	115 (95.8%) 4 (3.3%) 1 (0.8%)	207 (51.75%) 189 (47.25%) 4 (1%)	p < 0.001 (21.35[8.62-68.49])
*Suivi psy ? -Oui -Non -Non renseigné	49 (40.8%) 70 (58.3%) 1 (0.8%)	47 (11.75%) 351 (87.75%) 2 (0.5%)	p < 0.001 (5.1[2.85-9.34])
*Prise psychotropes ? -Oui -Non -Non renseigné	37 (30.8%) 83 (69.2%) 0 (0%)	28 (7%) 368 (92%) 4 (1%)	p < 0.001 (5.9[3.31.-10.62])
*Difficultés professionnelles prédominant ? -A l'hôpital -En ville -Les deux -Ne se prononce pas -Non concerné	74 (61.7%) 5 (4.2%) 16 (13.3%) 11 (9.2%) 14 (11.7%)	217 (54.25%) 18 (4.5%) 38 (9.5%) 36 (9%) 91 (22.75%)	p = 0.17 (1.36[0.88-2.11]) p = 0.23 (1.46[0.73-2.82]) p = 0.009 (5.9[0.23.-0.84])
*Impact Covid 19 sur santé mentale ? -Oui -Non -Ne se prononce pas -Non renseigné	41 (34.2%) 72 (60%) 5 (4.2%) 2 (1.7%)	118 (29.5%) 256 (64%) 23 (5.75%) 3 (0.75%)	p = 0.37 (1.46[0.78-1.95])

Tableau 41 : Analyse entre la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires

Les internes ayant présenté des IS au cours de l'année sont nettement plus nombreux à bénéficier d'un suivi psychiatrique par rapport aux internes sans IS durant l'année avec des valeurs de p pour la plupart inférieures à 0.001.

Ainsi 25% des IMG ayant présenté des IS durant l'année sont suivis par un psychologue, 20%

par un psychiatre et 7 % ont un suivi psychiatrique par un médecin généraliste alors que ces pourcentages sont respectivement de 9%, 3.25% et 1% chez les IMG n'ayant pas eu d'IS au cours de l'année.

Paramètre comparé	Présence d'IS au cours de l'année (N=120) Effectif (pourcentage)	Absence d'IS au cours de l'année (N=400) Effectif (pourcentage)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Quel suivi psy ?			
-Psychologue	30 (25%)	36 (9%)	p < 0.001 (3.36[1.89-5.95])
-Psychiatre	24 (20%)	13 (3.25%)	p < 0.001 (7.4[3.48-16.5])
-Médecin généraliste	8 (6.7%)	4 (1%)	p = 0.001 (7.04[1.84-32.5])
-Praticien(s) libér/al/aux	10 (8.3%)	6 (1.5%)	p < 0.001 (5.94[1.9-20.4])
-Centre médico-psychologique	4 (3.3%)	2 (0.5%)	p = 0.03 (6.83[0.97-76.3])
-Autre	1 (0.8%)	3 (0.75%)	
*Quel(s) psychotrope(s) ?			
-Anxiolytiques	26 (21.7%)	20 (5%)	p < 0.001 (5.23[2.68-10.4])
-Antidépresseurs	26 (21.7%)	12 (3%)	p < 0.001 (8.89[4.15-20.1])
-Hypnotiques	6 (5%)	2 (0.5%)	p = 0.03 (10.4[1.83-106.9])
-Thymorégulateurs	6 (5%)	1 (0.25%)	p = 0.001 (20.9[2.49-963])
-Antipsychotiques	3 (2.5%)	1 (0.25%)	p = 0.04 (10.17[0.81-537])
-Psychostimulants	1 (0.8%)	1 (0.25%)	p = 0.4 (3.34[0.04-263.27])
-Autre	1 (0.8%)	2 (0.5%)	

Tableau 42 : Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année

Sur le plan des divers signes de mal-être psychologique on observe que les internes ayant eu des IS durant l'année en déclarent nettement plus avec p généralement < 0.001.

Chez les internes ayant eu des IS durant l'année 71.7% déclarent une symptomatologie anxieuse, 73.3% une symptomatologie dépressive et 49.2% de l'irritabilité ou des difficultés relationnelles contre respectivement 42.25%, 27% et 29.5% chez ceux sans IS durant l'année.

L'addiction aux produits est la symptomatologie avec le moins d'écart de déclaration entre les deux groupes avec une valeur de p à 0.03 et des pourcentages de 14.2% pour le groupe avec IS durant l'année contre 7.5% pour le groupe sans IS durant l'année.

Pour les facteurs défavorables sur le plan psychologique ils sont significativement déclarés plus souvent chez les IMG ayant eu des IS durant l'année excepté pour l'isolement (23.3% si IS

durant l'année VS 18.25% sans), les problèmes familiaux (19.2% si IS durant l'année VS 15.25% sans) et les difficultés financières (3.3% si IS durant l'année VS 7.5% sans) où il n'y a pas de différence statistiquement significative.

Chez ceux ayant eu des IS durant l'année 63.3% déclarent être affectés psychologiquement par une faible estime de soi, 64.2% par des difficultés professionnelles et 45% par une sensation de perte de sens de l'existence contre respectivement 43.75%, 41% et 16.5% de ceux sans IS durant l'année.

Pour les principales difficultés professionnelles, pas de différence statistiquement significative hormis pour l'intensité de la charge de travail (51.7% si IS durant l'année VS 40% sans) la sensation de perte ou de manque de sens du travail effectué (26% si IS durant l'année VS 16.75% sans).

Chez les internes ayant eu des IS durant l'année, 40.8% déclarent comme difficulté professionnelle importante le travail d'écriture du DES contre 37.25% pour ceux sans IS au cours de l'année.

Paramètre comparé	IS au cours de l'année (N=120)	Pas d'IS au cours de l'année (N=400)	Valeur de p (rapport de cote et intervalle de confiance à 95%)
*Quel(s) signe(s) de mal-être ?			
-Symptomatologie anxieuse	86 (71.7%)	181 (42.25%)	p < 0.001 (3.05[1.89-5.95])
-Symptomatologie dépressive	88 (73.3%)	108 (27%)	p < 0.001 (7.4[4.59-12.17])
-Irritabilité,difficultés relationnelles	59 (49.2%)	118 (29.5%)	p < 0.001 (2.3[1.49-3.58])
-Trouble comportement alimentaire	34 (28.3%)	59 (14.75%)	p = 0.001 (2.28[1.36-3.79])
-Addictions à produits	17 (14.2%)	30 (7.5%)	p = 0.03 (2.03[1.01-3.98])
-Risques physiques	19 (15.9%)	19 (4.75%)	p < 0.001 (3.76[1.81-7.82])
-Addictions comportementales	19 (15.9%)	15 (3.75%)	p < 0.001 (4.81[2.23-10.8])
-Automutilation/scarification	10 (8.3%)	5 (1.25%)	p < 0.001 (7.15[2.17-27.2])
-Autre	1 (0.8%)	6 (1.5%)	
*Quel(s) facteur(s) défavorable(s) ?			
-Faible estime de soi	76 (63.3%)	175 (43.75%)	p < 0.001 (2.22[1.43-3.47])
-Difficultés professionnelles	77 (64.2%)	164 (41%)	p < 0.001 (2.57[1.66-4.04])
-Perte de sens existentiel	54 (45%)	66 (16.5%)	p < 0.001 (4.13[2.58-6.62])
-Isolement	28 (23.3%)	73 (18.25%)	p = 0.24 (1.36[0.8-2.28])
-Difficultés affectives	38 (31.7%)	63 (15.75%)	p < 0.001 (2.5[1.5-4.06])
-Problèmes familiaux	23 (19.2%)	61 (15.25%)	p = 0.32 (1.317[0.74-2.29])
-Difficultés financières	4 (3.3%)	30 (7.5%)	p = 0.14 (0.43[0.11-1.245])
-Comorbidités. somatiques	11 (9.2%)	16 (4%)	p = 0.03 (2.42[0.98-5.73])
-Comorbidités psychiatriques	17 (14.2%)	10 (2.5%)	p < 0.001 (6.4[2.68-16.16])
-Autre	5 (4.2%)	17 (4.25%)	
*Quelle(s) difficultés(s) professionnelle(s) ?			
-Intensité charge travail	62 (51.7%)	160 (40%)	p = 0.03 (1.6[1.04-2.47])
-Travail d'écriture DES	49 (40.8%)	149 (37.25%)	p = 0.52 (1.16[0.75-1.8])
- Autonomie/responsabilités.	43 (35.8%)	138 (34.5%)	
-Concilier vie perso/pro	44 (36.7%)	132 (33%)	p = 0.51 (1.18[0.75-1.8])
-Problème d'organisation	39 (32.5%)	104 (26%)	p = 0.2 (1.34[0.83-2.12])
-Exigences travail médical	38 (31.7%)	99 (24.75%)	p = 0.16 (1.41[0.87-2.25])
-Relationnel avec collègue	36 (30%)	91 (22.75%)	p = 0.12 (1.45[0.89-2.34])
-Manque de reconnaissance	36 (30%)	94 (23.5%)	p = 0.15 (1.39[0.86-2.24])
- Perte ou manque de sens	32 (26.7%)	67 (16.75%)	p = 0.017 (1.8[1.08-2.99])
-Contraintes émotionnelles	24 (20%)	69 (17.25%)	p = 0.5 (1.2[0.68-2.05])
- Valeurs personnelles contrariées	21 (17.5%)	70 (17.5%)	
-Relationnel avec patient/ses proches	7 (5.8%)	28 (7%)	
-Autre	7 (5.8%)	10 (2.5%)	

Tableau 43 : Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologiques, ainsi que des difficultés professionnelles selon présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année

IV-Discussion

IV-1) Caractéristiques, qualités et limites de l'étude

IV-1-a) Points relatifs au questionnaire

Conception du questionnaire

Le questionnaire de l'étude est original, il a été conçu pour être bref en 24 questions et anonyme sans recueil de données nominatives, d'adresse mail ou de nécessité de se connecter à un compte Google.

Il a été conçu en trois parties :

- Une première partie commençant par 3 questions facultatives relatives aux données démographiques concernant le sexe, l'âge ou le semestre en cours et se terminant par une question obligatoire pour demander aux IMG si ils ont déjà eu des IS.
- Une seconde partie accessible seulement aux IMG ayant affirmé avoir déjà eu des des idéations suicidaires avec 8 questions conçues pour définir la fréquence des IS, si les IMG se sont déjà confiés et par quel biais, s'ils ont des freins à se confier, s'ils ont déjà établi un scénario suicidaire et s'ils ont déjà effectué une TS et jusqu'où cette TS éventuelle a été prise en charge.
- Une troisième partie accessible à l'ensemble des IMG avec 12 questions, destinée à savoir si les IMG présentent des « signes de mal-être » psychologiques, des difficultés qu'elles soient professionnelles ou plus générales, les facteurs qui seraient psychologiquement impactants dont les listes d'items ont été définis par réflexion personnelle sur le sujet en s'aidant de diverses références telles que le Baromètre Santé de 2017 [9], le Référentiel de Psychiatrie [13] ou encore le Rapport de 2020 de l'ONS (Observatoire National du suicide) [16].

Cette partie s'intéressait également à des questions telles que la part de l'hôpital et de la ville dans les difficultés professionnelles rencontrées par les IMG, l'impact de la crise sanitaire lié au sars cov2 sur leur état psychologique ou bien la prévalence et les modalités d'un suivi psychiatrique ou de la prise de psychotropes.

Cette dernière partie s'achevait par un commentaire facultatif en saisie libre pour les répondants

qui souhaitaient exprimer leurs réflexions personnelles et auquel une nette majorité n'ont pas répondu.

Qualités du questionnaire

Du fait du peu de questions d'ordre démographique et de leur caractère facultatif les répondants pouvaient répondre sans que cela semble intrusif.

L'absence de coût et la rapidité de diffusion du questionnaire liées au partage en ligne du questionnaire sont également des avantages.

Il répond clairement sur le plan descriptif à des données telles que par exemple la prévalence des IS ressenties, la propension à les confier ou à élaborer un scénario suicidaire ou encore l'antériorité ou non de TS .

Il est neutre dans sa formulation et l'un de ses objectifs est de limiter l'aspect polémique potentiel, par exemple les termes « difficultés relationnelles » ou « situations conflictuelles » - dans des items relatifs aux rapports avec des collègues, patients ou leurs proches - évitent tout parti pris contrairement à des termes comme « harcèlement » ou « violence » tout en permettant aux IMG d'exprimer un ressenti négatif sur le plan interpersonnel.

Les divers items proposés dans chaque question semblent avoir suffi à la majorité des répondants vu que selon la question la réponse « Autre » n'était cochée que par 0 à 5.8% des répondants qui le cas échéant pouvaient préciser en commentaire libre la nature de leur réponse.

Limites du questionnaire

En raison de l'aspect auto-déclaratif et totalement anonyme du questionnaire l'une des principales limites potentielles comme dans de nombreux sondages est l'honnêteté de la population ayant répondu, il n'est pas possible de s'assurer avec une certitude totale que chaque répondeur faisait bien partie de la population cible et que chacun n'y a répondu qu'une seule fois, l'interne ayant rédigé cette thèse n'a pas détecté d'anomalie majeure lors du recueil et du suivi des données ce qui semble suggérer dans l'ensemble un respect du bon déroulement de l'étude par les répondants.

Une autre limite est le fait que les réponses au questionnaire sont liées à la subjectivité propre à

chaque répondeur par exemple c'est à lui de dire s'il ressent une symptomatologie anxieuse ou dépressive ou s'il a déjà eu des idéations suicidaires, il n'y a notamment pas eu recours à des échelles ou à des scores validés pour évoquer l'existence d'une dépression ou d'un trouble anxieux ou encore évaluer le risque suicidaire.

De plus ce questionnaire ne semble pas permettre une analyse complexe des facteurs de risque impliqués dans les conduites suicidaires que sont les IS et les TS.

Certaines données démographiques intéressantes dans l'épidémiologie du risque suicidaire telles que le statut marital, l'existence ou non d'une parentalité [9, 12-13, 28], l'orientation sexuelle [29], le fait d'être étranger [30] ne sont pas renseignées dans le questionnaire.

Il ne permet pas non plus de relever en détail les événements de vie négatifs [9, 12-13, 28] tels qu'un deuil brutal ou un antécédent d'agression qui sont pourtant des facteurs importants en matière de risque suicidaire, certains répondants en ont renseigné l'existence en commentaire libre en cochant la réponse « Autre » aux questions correspondantes.

D'autres données intéressantes telles que l'existence de difficultés financières ou d'une addiction à un produit [9, 12-13, 28] ne sont pas abordées en détail mais de manière très parcellaire par l'existence de l'item « addiction à des produits » à la question 14 et l'item « difficultés financières » à la question 19.

Certains internes dans le commentaire de saisie libre ont mentionné le fait qu'ils avaient des difficultés à savoir dans quelle temporalité se placer pour répondre à certaines questions, la question 23 en particulier « Quel(s) sont le(s) principaux facteurs qui contribueraient à un état de bien être (et le cas échéant serviraient à lutter contre les idéations suicidaires) chez vous ? » est problématique car exprimée au conditionnel, défaut patent de conception du questionnaire qui n'a malheureusement pas été corrigé avant d'effectuer le recueil des données, cela ne permet pas de définir clairement si les réponses cochées correspondent aux facteurs protecteurs déjà présents ou à ceux qui sont souhaités par le sujet mais non présents.

Il aurait aussi été intéressant de demander aux répondants s'ils ont eu des TS ou des suicides aboutis dans leur entourage mais cette question n'a pas été posée, de plus la nature même de l'étude basée sur un auto-questionnaire ne permet pas d'aborder la problématique du suicide des

IMG en tant que telle. Il aurait fallu rechercher des cas de décès par suicide comme l'a fait LANTIER B.I. dans sa thèse « Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient nord-sud ? » soutenue en 2019 [33].

IV-1-b) Relatif aux répondants

Taille de l'échantillon

Avec 532 répondants la marge d'erreur du sondage doit être inférieure à 4% pour un intervalle de confiance à 95%. L'effectif théorique des IMG français sur laquelle a été calculée cette marge surestimant l'effectif réel, semble satisfaisant dans le cadre d'un sondage.

Composition de l'échantillon

Les répondants étaient libres de ne pas renseigner les trois données démographiques demandées les questions relatives étant facultatives, la majorité des répondants ont accepté de les compléter, le questionnaire étant anonyme l'exactitude de leurs déclarations est sujette à caution limite inhérente à un sondage en ligne avec anonymat complet.

Avec 79.1% de femmes dans les répondants cela semble correspondre à la démographie actuelle du DES de médecine générale où elles sont majoritaires même s'il est possible qu'elles soient légèrement surreprésentées dans l'échantillon étant donné qu'en 2017 les femmes représentaient 62.1% des effectifs du DES de médecine générale [34].

La proportion d'hommes basse dans l'échantillon semble avoir conduit à un effectif masculin réduit avec 110 répondants dont 40 ayant déjà eu des IS, ce qui a pu diminuer la puissance de l'analyse des résultats selon le sexe notamment dans le cadre des conduites suicidaires.

L'âge moyen de 26,949 et l'âge médian de 27 ans semble proche de la population plus générale des internes en médecine [35-36].

Les deux recueils de données ayant été effectués lors d'un semestre d'été la majorité des répondants déclare logiquement être dans un semestre pair, les internes en phase socle (en semestre 1 ou 2) sont potentiellement légèrement surreprésentés avec 36.2% de l'échantillon, les IMG en année thèse représenteraient 9.8% de l'échantillon.

Biais possibles en rapport avec l'échantillon

Des biais de sélection sont possibles liés au fait que les IMG les plus présents sur les réseaux sociaux ou ceux volontaires pour contribuer à ce type d'étude ne sont pas forcément représentatifs de l'ensemble de la population des IMG français.

Il existe aussi le risque que certains réponders aient participé sans faire partie de la population cible, menti ou répondu plusieurs fois pour influencer les résultats ou toute autre motivation possible, ce genre de manœuvre était toutefois limité par le fait que les réponders n'avaient pas accès aux résultats provisoires de l'étude basés sur les réponses précédentes et l'interne ayant rédigé cette thèse n'a pas constaté d'orientation suspecte des résultats au cours du recueil des données toutefois il semble impossible de déterminer avec certitude la part de réponders non fiables dans cette étude.

IV-2) Discussion des résultats descriptifs principaux de l'étude

IV-2-a) Sur l'incidence des idéations suicidaires

Au cours de la vie

31.8% des répondants ont déclaré avoir déjà eu des IS au cours de leur vie, ce qui correspondrait à environ 2.6 fois le taux de la population générale française [8] où ce chiffre était estimé à 12.4% en 2014.

Ils sont également environ 1.3 à 2.3 fois plus nombreux en proportion à signaler avoir déjà eu des IS comparativement aux diverses études sur les « étudiants en médecine » et « jeunes médecins » où ce pourcentage varie de 14% à 23.7% [1-3, 6].

Ce chiffre est également à mettre en perspective avec l'étude sur les soignants de la SPS de 2017 [17] où 25% disaient avoir eu des IS en lien avec le travail.

Au cours de l'année

22.6% des répondants ont déclaré avoir eu des IS au cours de l'année, soit environ 4.8 fois le taux de la population française générale en 2017 où ce chiffre était estimé à 4.7% [9] et également 4.3 fois plus que l'ensemble des français professionnellement actifs et environ 5 fois

plus que les français travaillant à l'hôpital en 2016 [16].

Si l'on compare aux chiffres en lien avec la pandémie, l'incidence annuelle des IS des répondeurs est près de 8.1 fois plus élevé que pour la population générale en 2020 où ce chiffre est de 2.8% [10] et environ 2.3 fois plus élevé que pour la population générale en 2022 où l'incidence annuelle est à 10% [11].

Si l'on compare à l'incidence annuelle des IS de la population étudiante en général on observe un rapport du taux de l'échantillon sur celui des étudiants en général très variable de 2.825 à 0.63 les chiffres des études variant de 8% à 36% avec une tendance à l'inflation de 2016 à 2022 [18-22], l'échantillon des IMG de l'étude semble donc se situer dans la fourchette de celle de la population étudiante plus générale pour ce qui est de l'incidence annuelle des IS.

Au cours du mois

Les IMG de l'échantillon sont 9.4% à déclarer avoir des IS à un rythme mensuel ce qui est environ 1.6 fois le taux des 5.8% d'« étudiants en médecine » et « jeunes médecins » qui auraient eu des IS dans le mois précédent l'enquête de l'ISNI en 2017 [2].

Le rapport du taux de l'échantillon sur le taux des étudiants en général varie de 0.82 à 0.63 dans le cadre de l'enquête Cosame où l'incidence d'IS dans le mois précédent le relevé croissait de 11.4% à 15% entre Avril-Mai 2020 et Juillet-Août 2021[23-25].

Il est frappant de constater que le taux d'IS à un rythme mensuel des IMG de l'échantillon est très proche du taux de celui de l'étude Cosame d'Avril-Mai 2020 pour la population spécifique des étudiants en santé où il y avait 9.4% d'IS au cours du mois précédent l'enquête [7], le fait d'avoir pu contribuer à la prise en charge des patients dans le cadre de la crise sanitaire a-t-il pu jouer un rôle protecteur ?

Synthèse sur l'incidence des IS

Ces résultats semblent suggérer que la population des IMG français ne serait pas moins à risque de présenter des IS que les internes d'autres DES. Elle serait plus à risque que la population générale française de présenter des IS mais pas plus à risque que la population étudiante française en général, qui semble avoir une incidence des IS importante. Ce qui pose la question

de la part entre le statut d'étudiant et celle du statut de soignant dans le risque de présenter des IS chez les IMG.

IV-2-b) Sur la propension et les freins à confier des idéations suicidaires

Sur la proportion qui confient leurs IS

58% des IMG qui ont eu des IS se sont confiés à quelqu'un, sachant que les études sur les autres populations ont montré qu'environ la moitié des sujets avec des IS les confiait que ce soit le Baromètre Santé 2017 [9] pour la population générale française, l'étude SPS de 2017 [17] pour les soignants, l'étude de l'OVE de 2016 [20] et celle de la LMDE de 2019 [21].

Ainsi ce résultat semble suggérer que les IMG ont à peu près la même propension à se confier que le reste de la population française soit autour de la moitié d'entre eux.

IS confiées à des proches

49.7% soit environ la moitié des IMG qui ont eu des IS se sont confiés à des proches (famille, ami...) ce qui correspond au fait qu'un sujet avec des idéations suicidaires se confie souvent à son entourage notamment à sa famille et ses amis qui peuvent chercher de l'aide, verbaliser avec le sujet les problèmes qui le conduisent à ressentir des idées suicidaires et lutter contre son isolement [37].

Le fait que les proches soient souvent impliqués semble plutôt un élément encourageant pour la prise en charge d'un sujet suicidant car associer les familles à la prise en charge semble diminuer le taux de récurrence après une tentative de suicide, dans son livre « Le Suicide » N.DE KERNIER cite des travaux de J.C.OUALID de M.MONROY où des suicidants avec une famille sollicitée pour des entretiens familiaux ont un taux de récurrence de TS dans l'année de 4.5% contre 20% pour ceux n'ayant pas bénéficié d'entretiens familiaux [38-39].

IS confiées à des professionnels de santé

34.9% soit un peu plus d'un tiers des IMG qui ont eu des IS se sont confiés à des professionnels de santé ce qui est supérieur aux études du Baromètre Santé 2017 pour la population générale [9] ou l'étude LMDE [21] où cette proportion est d'environ un quart.

Ces chiffres suggèrent que les IMG ne sont pas moins susceptibles de se confier à des professionnels de santé que le reste de la population française mais il reste que la majorité ne semblent pas le faire alors qu'il semble important d'impliquer des soignants pour évaluer le traitement psychothérapeutique et éventuellement pharmacologique approprié [24,37].

IS confiées à la médecine du travail

Seulement 4.7 % des IMG ayant eu des IS se seraient confiés à la médecine du travail ce qui peut sembler dommage ; l'évaluation du risque suicidaire des professionnels de la santé faisant partie des prérogatives d'un service de santé au travail [40], peut être serait t'il opportun de rappeler ce rôle de la médecine du travail aux IMG ?

Il est possible que les IMG aient des réticences à se confier à la médecine du travail par crainte de répercussions sur leur parcours académique et professionnel.

IS confiées à des collègues

13% des IMG ayant eu des IS se seraient confiés à des collègues, ce chiffre semble relativement faible peut-être lié à la crainte de répercussions sur le plan professionnel en se confiant à des collègues ?

Pourtant en faisant preuve d'empathie, en ne minimisant pas les IS exprimées et en aidant un collègue en détresse à se faire prendre en charge les collègues de travail peuvent se révéler précieux [41].

IS confiées par le biais de l'anonymat

Seulement 1.8% des IMG ayant eu des IS se sont confiés anonymement ce qui semble peu au regard des nombreux numéros d'aide disponibles anonymes et gratuits disponibles 24H/24 tels que le 3114 qui correspond au numéro national de prévention du suicide [42], le 01 45 39 40 00 pour « Suicide Écoute » [43] ou le 09 72 39 40 50 pour « SOS Amitié » [44].

Il existe également des numéros verts pour les professionnels de santé en souffrance tel que le 0 805 23 23 36 ouvert par la SPS qui comporte également une application mobile l'« ASSO SPS » [45] ou le 0800 800 854 ouvert par le CNOM [46].

Il pourrait être opportun de rappeler aux IMG l'existence de ces numéros pour qu'ils puissent en faire usage en cas de nécessité.

IS confiées en public

Seulement 1.8% des IMG ayant eu des IS les auraient déclarées publiquement ce qui semble souligner la difficulté de les exprimer, peut être en lien avec une peur d'être socialement pénalisé ou d'autres répercussions possibles sur la vie privée ou professionnelle ?

Sur les freins à se confier

Il est frappant de constater que 97.6% des IMG ayant présenté des IS éprouvent des freins à se confier, ce qui montre que même chez ceux ayant réussi à se confier cette démarche ne semble pas aller de soi.

Les principaux freins à se confier étant de « ne pas inquiéter autrui » pour 75.3% d'entre eux et « un sentiment de honte ou de culpabilité » pour 62.1% il pourrait être opportun de dire aux IMG qu'ils n'ont pas à avoir honte ou à se sentir coupable de leur état de mal-être et que le fait d'inquiéter leur entourage est bien sûr déplaisant mais que leur entourage peut jouer un rôle de soutien et qu'il ne faut pas rester seul d'autant plus qu'ils sont loin d'être seuls à éprouver des IS.

IV-2-c) Sur l'élaboration ou non d'un scénario suicidaire

Si l'on s'intéresse aux IMG ayant eu des IS on constate que 41.4% d'entre eux ont déjà élaboré un scénario suicidaire plus ou moins précis contre 62.5% des étudiants qui ont eu des IS durant l'année de l'enquête OVE de 2016 [20] et environ 71% des sujets ayant eu des IS durant l'année en population générale en 2017 [9] ou chez les personnels hospitaliers en 2016 [16], ce qui semble suggérer que les IMG avec des IS sont moins susceptibles d'élaborer un scénario que le reste de la population française.

Toutefois si on s'intéresse à l'ensemble des IMG on retrouve un taux de 13.2% d'entre eux qui ont déjà élaboré un scénario suicidaire au cours de leur vie ce qui ne semble pas négligeable comparé aux 5% de scénario suicidaire au cours de l'année chez les étudiants en 2016 [20], ou les 3.3% environ de la population générale française en 2017 [9] ou les 3.2% des personnels hospitaliers en 2016 [16], bien sûr la pertinence de cette comparaison est limitée par le fait que

l'enquête sur les IMG interrogeait sur l'élaboration d'un scénario suicidaire au cours de la vie alors que dans les enquêtes citées [9, 16, 20] la temporalité de la question est sur l'année.

Le taux d'IMG qui auraient déjà élaboré un scénario suicidaire paraît non négligeable du fait que cela suggère une avancée potentielle dans un processus suicidaire [26].

IV-2-d) Sur les tentatives de suicide:

Incidence des TS au cours de la vie

Les IMG de l'échantillon seraient 3.4% à avoir déjà effectué une TS au cours de leur vie ce qui est proche du taux de 4% pour les internes de médecine cité dans le dossier de presse de l'ISNI [1], ce chiffre de 4% est également retrouvé dans l'étude de l'OVE sur les étudiants français en 2016 [20], si l'on se fie à ces deux sources cela semble suggérer que les IMG pourraient avoir un taux de TS au cours de la vie proche de la moyenne des internes de médecine et de la population étudiante plus générale.

Ce chiffre semble inférieur à celui du Baromètre Santé de 2017 [9] où il est à 7.2% mais cela est à nuancer par le fait que la population générale française a une moyenne et une médiane d'âge supérieure à celle des IMG français .

Incidence des TS annuelle

Les IMG de l'échantillon seraient 0.9% à avoir effectué une TS au cours de l'année ce qui serait trois fois supérieur à l'estimation de l'incidence annuelle des TS dans le monde [14-15] et également supérieur pour l'incidence annuelle française aux 0.39% du Baromètre Santé 2017 [9], des 0.2% de l'enquête EpiCov en 2020 [10] ou aux actifs occupés français en général ou à l'hôpital où l'incidence annuelle est de 0.5% .

Ce chiffre semble par contre un peu plus proche de l'incidence annuelle des TS retrouvée à 0.7% dans une enquête de l'INSERM sur les étudiants [18-19], ce qui peut faire suggérer l'hypothèse que les IMG français pourraient présenter une incidence annuelle des TS proche de la population étudiante française et supérieure à celle de la population générale française.

Sur le cas des TS multiples

0.9% des IMG auraient effectué plusieurs TS ce qui correspond à 27.8% de ceux d'entre eux qui auraient déjà effectué une TS.

Ce qui peut être mis en perspective avec le taux important de récurrence d'environ 40% après une TS [13] et avec les plus d'un tiers des français ayant déclaré avoir déjà effectué une TS qui disent en avoir effectué plusieurs dans le Baromètre Santé de 2017 [9].

Sur les hospitalisations pour TS

2.1% des IMG de l'échantillon soit un peu plus d'un sur cinquante aurait été hospitalisé au moins une fois au cours de sa vie dans le cadre d'une tentative de suicide, cela correspond à 61.1% de ceux d'entre eux ayant effectué une TS ce qui est proche des 59.8% de français ayant effectué une TS qui seraient ensuite allés à l'hôpital selon le Baromètre Santé 2017 [9], ainsi cela semble suggérer que les IMG semblent bénéficier d'une probabilité similaire de bénéficier d'une prise en charge hospitalière dans les suites d'une TS par rapport à la population générale française.

IV-3) Discussion des résultats analytiques principaux de l'étude

IV-3-a) Analyse des paramètres relatifs aux conduites suicidaires selon le

sexe:

Hormis le fait que les femmes avaient plus de propension à confier leurs IS que les hommes il n'y a pas eu de différence statistiquement significative mise en évidence entre IMG de sexe féminin et masculin sur la propension à avoir des IS, à élaborer un scénario suicidaire ou à effectuer une TS qu'elles soit suivie d'une hospitalisation ou non.

Cette absence de mise en évidence de différence mise en évidence pour l'incidence des conduites suicidaires tranche avec la littérature sur le sujet où les femmes présenteraient plus d'IS [9-10], environ deux fois plus de TS [9-10, 47] et où elles seraient plus souvent hospitalisées pour une TS [48-49].

Se pose la question de la possibilité que les différences en matière de conduites suicidaires selon le sexe seraient moins marquées voire inversées chez les IMG par rapport à la population

générale mais il faut constater que ce résultat de l'étude est à pondérer notamment par le faible effectif d'IMG de sexe masculin de l'ordre d'une quarantaine ayant déclaré avoir présenté des IS qui a pu diminuer la puissance de l'analyse sur ce point.

A noter que dans l'étude du CNOM chez les jeunes médecins de 2016 [6] il n'y avait pas eu non plus de différence d'incidence des IS selon le sexe mise en évidence et que dans l'enquête Cosame sur la population étudiante française de 2020 [7] le différentiel entre les sexes quand à l'incidence des IS semble moins marqué que dans la population générale .

Le fait que les femmes confient plus souvent leurs IS que les hommes est retrouvé dans la littérature [9, 50], ce qui évoque l'hypothèse que dans la même tendance que la population générale les IMG de sexe masculin chercheraient moins souvent de l'aide ou une écoute que les IMG de sexe féminin, il pourrait éventuellement être utile d'encourager les IMG de sexe masculin à se confier sur leurs éventuelles IS et de manière plus large sur leurs difficultés psychologiques.

IV-3-b) Analyse des paramètres relatifs aux conduites suicidaires selon l'âge:

Le fait d'avoir divisé les IMG en deux groupes par rapport à l'âge médian de 27 ans retrouvé semble rendre difficile une comparaison avec la littérature existante sur le sujet.

Il n'y a pas de différence significative mise en évidence entre les IMG âgés de moins de 27 ans et ceux de 27 ans et plus quand aux conduites suicidaires que ce soit sur la propension à avoir ou confier des IS, à élaborer un scénario suicidaire ou à effectuer une TS qu'elles soit suivie d'une hospitalisation ou non.

Si l'on regarde en détail les modalités et les freins à se confier, les moins de 27 ans semblent juste significativement moins significativement nombreux à se confier à leurs proches et plus nombreux à se sentir freinés par la crainte d'inquiéter autrui.

Se pose l'hypothèse que les internes les plus jeunes soient moins à l'aise avec l'idée de se confier à leur entourage sur leurs IS notamment de peur d'être une source d'inquiétude, il serait peut-être utile de leur rappeler l'importance du soutien de l'entourage dans ce genre de problématique.

IV-3-c) Sur l'impact de la crise sanitaire et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires :

Un tiers environ des IMG ont déclaré que la crise sanitaire liée à la Covid 19 semblait avoir impacté leur santé mentale sans association significative avec la survenue d'IS dans l'année.

IV-3-d) Sur le suivi psychiatrique, la prise de psychotropes et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires :

Suivi psychiatrique

40.8% des IMG ayant eu des IS au cours de l'année déclaraient bénéficier d'un suivi psychiatrique ce qui est environ 3.5 fois plus que le reste des internes.

Si l'on regarde les détails des professionnels impliqués dans ce suivi, 25% des IMG ayant eu des IS dans l'année disaient être suivis par un psychologue, 20% par un psychiatre et 6.7% par un médecin généraliste ce qui correspond à approximativement et respectivement à 3, 6 et 7 fois plus que le reste des internes.

Les IMG de l'étude ayant présenté des IS durant l'année seraient donc nettement plus susceptibles de bénéficier d'un suivi psychiatrique mais il reste que la majorité d'entre eux n'en bénéficieraient pas, ce qui semble potentiellement dommageable vu qu'ils ne pourront pas bénéficier de l'évaluation, de la psychothérapie et de l'éventuel traitement pharmacologique idoines dans le cadre d'une potentielle crise suicidaire [26].

Cela semble suggérer l'existence d'une marge de progression non négligeable dans le repérage des IMG potentiellement suicidaires afin que le maximum d'entre eux puissent bénéficier d'un suivi, se pose la question des éventuels motifs dissuadant des IMG de se faire suivre.

Le rapport de qualité de vie des étudiants en santé du Dr MARRA en 2018 [4] évoquait des hypothèses aux réticences à un suivi médical, par exemple la crainte d'un manque de confidentialité avec la peur d'une répercussion sur le parcours professionnel et académique ou un manque de temps ou de moyens financiers.

A noter que la population générale ne semble pas mieux suivie dans le cadre des conduites

suicidaires étant donnée qu'une enquête épidémiologique de REVRANCHE.M. en 2021 [51] a mis en évidence chez des personnes ayant effectué une TS dans l'année un taux de recours à la psychothérapie de seulement 27.5 % alors que l'avancée dans le processus suicidaire semble plus avancée qu'en cas d'IS isolées.

Cela semble suggérer que les IMG ne seraient pas si mal lotis sur le plan du suivi psychothérapeutique comparé à la population générale si l'on se fie à cette étude [51] qui souligne l'intérêt de la psychothérapie dans le cadre de la réduction du risque suicidaire notamment en cas de trouble anxieux ou dépressif majeur.

Prise de psychotropes

30.8% des IMG ayant eu des IS au cours de l'année déclaraient la prise de médicaments psychotropes ce qui est environ 4.5 fois plus que le reste des internes.

Si l'on regarde le détails des psychotropes pris, 21.7% des IMG ayant eu des IS dans l'année disaient prendre des anxiolytiques, également 21.7% des antidépresseurs et 5% des hypnotiques ce qui correspond approximativement et respectivement à 4.5, 7 et 10 fois plus que le reste des internes.

Les IMG ayant eu des IS au cours de l'année sont également significativement plus nombreux à prendre des thymorégulateurs ou des antipsychotiques .

A noter que dans le rapport du CNOM de 2016 [6] sur la santé des jeunes médecins la prise de psychotropes était également plus répandue chez les internes ayant présenté des IS avec une consommation récurrente de 30.6% d'anxiolytiques, de 23.3% d'antidépresseurs et de 28.3% d'hypnotiques .

Cette prise supérieure de psychotropes chez les IMG ayant présenté des IS au cours de l'année peut faire évoquer plusieurs points:

- D'une part elle est cohérente car la prise de psychotrope est un témoin important de risque d'IS [6] et peut être liée au traitement de comorbidités psychiatriques pourvoyeuses d'IS [12-13, 31].
- D'autre part les anti-dépresseurs avec en première ligne les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS) sont connus pour leur effet protecteur au niveau du risque suicidaire

notamment en cas de symptomatologie dépressive avec de préférence une surveillance dans les deux premières semaines au premier mois après l'initiation du traitement [26, 37, 52-55].

-Par contre pour les anxiolytiques et les hypnotiques devant correspondre le plus souvent aux Benzodiazépines (BZD) leur association aux antidépresseurs souvent lors de son initiation est sujette à caution [26, 37] en raison notamment d'un possible effet désinhibiteur [53] et leur association prolongée à des antidépresseurs est problématique du fait de la limitation de durée préconisée à 4 semaines pour les BZD hypnotique et à 12 semaines pour les BZD anxiolytiques [56] alors qu'en cas d'épisode dépressif caractérisé la durée de traitement préconisée est de six mois à un an après l'amendement de la symptomatologie [47].

Le rôle des psychotropes dans le cadre des IS semble complexe et se pose la question de la prise en auto-médication qui serait fréquente dès l'externat chez les étudiants en médecine [4] ou dans le cadre d'un suivi psychiatrique et d'une surveillance associée d'autant plus qu'entre 2008 et 2017 on dénombre plus de 60% d'IMV (intoxications médicamenteuses volontaires) parmi les TS hospitalisées en France [49] !

IV-3-e) Sur les signes de mal-être, les facteurs défavorables sur le plan psychologique et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires :

Signes de mal-être

Sur le plan du ressenti de signes de mal-être les IMG ayant eu des IS au cours de l'année étaient logiquement une écrasante majorité à déclarer en éprouver à un taux de 95.8% ce qui est presque deux fois supérieur à celui du reste des internes qui est tout de même de 51.75%!

Chacun des items relatifs aux signes de mal-être était significativement plus élevé chez les premiers par rapport aux seconds.

Chez les IMG avec des IS durant l'année c'est la symptomatologie dépressive qui était la plus évoquée à un taux de 73.3% suivie de près par la symptomatologie anxieuse à 71.7% soit respectivement et approximativement 3 et 2 fois plus que le reste des internes.

Cela fait écho à l'étude de suivi par l'Inserm d'étudiants français [18-19] où les symptomatologie anxieuse et dépressive étaient d'importants facteurs prédictifs d'IS et de TS.

Se pose également la question d'une part de symptomatologie dépressive masquée, l'irritabilité et les difficultés relationnelles pouvant en être une manifestation [57] étant signalées par 49.2% soient environ deux fois plus que le reste des internes.

Facteurs défavorables sur le plan psychologique

A part l'isolement, les problèmes familiaux et les difficultés financières où il n'y avait pas de différence significative les items relatifs aux sources de difficultés psychologiques ressenties étaient significativement plus souvent cités chez les IMG ayant eu des IS au cours de l'année par rapport au reste des internes.

Les difficultés professionnelles étaient le premier facteur évoqué avec un taux de 64.2 % soit environ 1.5 fois plus que le reste des internes ce qui pourrait éventuellement corroborer l'influence présumée des contraintes professionnelles sur le risque de présenter des IS chez les internes, point évoqué dans les dossiers de presse de l'ISNI ou le rapport du Dr MARRA [1-4], ce point sera approfondi dans la sous-partie suivante de la Discussion.

Une faible estime de soi était de près le second facteur évoqué avec un taux de 63.3% soit environ 1.5 fois plus que le reste des internes ce qui fait écho à une étude de suivi des étudiants français de l'Inserm [18-19] où une basse estime de soi avait été détectée comme un important facteur prédictif d'IS et de TS.

IV-3-f) Sur les difficultés professionnelles et l'incidence annuelle d'idéations suicidaires :

Les IMG ayant eu des IS au cours de l'année n'étaient que 11.7 % à ne pas sembler concernés par des difficultés professionnelles soit environ deux fois moins que le reste des internes, avec une prédominance des difficultés professionnelles perçues à l'hôpital qui est signalée comme la principale source de difficultés professionnelles chez 61.7% d'entre eux un taux non significativement supérieur au reste des internes.

Quant à la question sur les principales sources de difficultés professionnelles, il est intéressant que seuls deux items soient significativement plus souvent cités chez les IMG ayant eu des IS au cours de l'année, avec comme principal facteur « l'intensité de la charge de la travail » chez

environ la moitié d'entre eux soit un taux environ 30% plus élevé que celui du reste des internes et ensuite « une perte ou un manque de sens dans l'activité professionnelle » chez environ un quart correspondant à un taux 60% plus élevé que le reste des internes.

Cela pourrait conforter des rapports et études sur la santé des étudiants en médecine et jeunes médecins français [1-4, 6] où est pointé du doigt un temps de travail important supérieur à 48 h par exemple, le système de gardes de 24 h ou bien des syndromes d'épuisement professionnel ou de burn-out dans le risque de présenter des conduites suicidaires.

Dans l'étude du CNOM de 2016 [6] plus d'un sujet sur deux ayant présenté des IS travaillaient plus de 48h et 91% décrivaient une perte d'accomplissement personnel .

Se pose donc l'hypothèse d'une forte charge de travail, mal tolérée par certains IMG, qui serait un facteur de risque de présenter des IS de même qu'une activité professionnelle ressentie comme manquant de sens.

IV-4) Discussion des résultats descriptifs secondaires de l'étude

IV-4-a) Sur l'impact de la crise sanitaire

Près d'un tiers des IMG déclaraient ressentir un impact significatif de la crise sanitaire liée à la Covid 19 sur leur santé mentale, ce qui semble faire écho à l'enquête CoviPrev où près d'un tiers des français auraient présenté un état dépressif et/ou anxieux au cours de la crise sanitaire [11, 58].

IV-4-b) Sur le suivi psychiatrique et la prise de psychotropes

Suivi psychiatrique

Près d'un IMG sur cinq déclarait bénéficier d'un suivi psychiatrique avec environ un sur huit suivi par un psychologue, environ un sur quatorze suivi par un psychiatre et un peu moins d'un sur quarante avec un suivi psychiatrique par un médecin généraliste.

Le recours à la psychothérapie semble beaucoup plus répandu chez les IMG que dans la population générale français si l'on en croit une étude épidémiologique française en 2016 [59] où

le taux de recours à la psychothérapie au cours de l'année était seulement de 1.9% pour un taux de recours à la psychothérapie au cours de la vie estimé à 7%.

Ce point peut être nuancé par le fait que la crise sanitaire semble avoir augmenté le recours aux soins de psychiatrie [60].

Prise de psychotropes

Environ un IMG sur huit déclarait consommer des psychotropes ce qui semble proche du taux de 12.1% retrouvé dans la population générale en 2020 [60].

Si l'on détaille les psychotropes pris, un peu plus d'un sur douze déclarait consommer des anxiolytiques et environ un sur quatorze des antidépresseurs .

Ces taux de consommation semblent relativement proches de ceux de la population générale française en 2014 [61] où les consommations au cours de l'année d'anxiolytiques et d'antidépresseurs étaient respectivement de 10% et 6%.

Si l'on compare à la population des étudiants en médecine et jeunes médecins les fourchettes de consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs retrouvées dans l'étude du CNOM de 2016 et les thèse de TIBERGHIE M. en 2018 [6, 62] semblent relativement proches avec des taux de 10-11% pour la consommation d'anxiolytiques et de 4 à 6.1% pour les antidépresseurs .

Si l'on s'intéresse à la population estudiantine française en général les chiffres de l'étude LMDE 2022 [22] sont également proches avec des taux de consommation au cours de l'année de 9% pour les anxiolytiques et de 8% pour les antidépresseurs.

Il semble possible que la consommation de psychotropes des IMG soit relativement proche de la population française plus générale ou de celle des étudiants français ou de la moyenne des internes de médecine.

IV-4-c) Sur les signes de mal-être et les facteurs défavorables sur le plan psychologique

Signes de mal-être

Près de deux tiers des IMG déclaraient présenter des signes de mal-être ce qui est proche du taux de 70% retrouvé chez les étudiants en 2022 dans l'enquête LMDE [22].

Dans le détail, environ la moitié des IMG déclare une symptomatologie anxieuse, plus d'un tiers une symptomatologie dépressive et environ un tiers de l'irritabilité ou des difficultés relationnelles.

Cela semble relativement proche des taux retrouvés pour les étudiants en médecine dans les enquêtes de l'ISNI en 2017 et 2022 [2-3] où était retrouvées 52 à 75% de symptomatologie anxieuse et de 18 à 39% de symptomatologie dépressive et pour les étudiants de manière générale les chiffres de l'enquête de 2016 de l'OVE [63] semblent proches avec 59.4% de « stress » et 31.9% de « déprime ».

Ces taux semblent environ deux fois plus bas dans la population générale française si l'on se fie aux chiffres retrouvés en 2022 [11] où sont retrouvés 23% d'« état anxieux » et 15% d'« état dépressif ».

Facteurs défavorables sur le plan psychologique

Près de la moitié des IMG déclarait comme facteur pénalisant sur le plan psychologique une faible estime de soi, près de la moitié également citait les difficultés professionnelles et près d'un quart la sensation d'une perte ou d'un manque d'un sens.

La population étudiante française en générale semble également souvent affectée d'une faible estime de soi si l'on se fie à cette enquête de la LMDE de 2019 [21] où 68% des étudiants interrogés décrivaient un sentiment d'autodévalorisation.

IV-4-d) Sur les difficultés professionnelles

Près de la moitié des IMG déclarait que les difficultés professionnelles avaient un impact défavorable sur le plan psychologique et près de quatre sur cinq semblaient concernés par des difficultés professionnelles avec une nette prédominance en milieu hospitalier.

La principale difficulté professionnelle citée était l'intensité de la charge de travail chez plus de quatre internes sur dix, suivie de près du travail d'écriture relatif au DES de médecine générale.

La prééminence de l'intensité du travail dans les difficultés professionnelles fait écho avec les enquêtes de l'ISNI et du CNOM [1-3, 6] qui soulignaient les difficultés liées à un fort taux horaire de travail, aux gardes de 24h, au manque de repos compensateur et évoquaient un fort risque d'épuisement émotionnel au travail avec jusque 67% de Burn-out dans l'étude de 2021 de l'ISNI [3], des répondants de l'étude de cette thèse ont également développé sur ces points en saisie libre.

Quand aux difficultés relatives au travail d'écriture relatif au DES de médecine générale avec notamment le portfolio ou la thèse, elles semblent avoir fait l'objet d'un certain nombre de mémoires ou de thèses [64-66] qui semblent montrer qu'une proportion non négligeable d'IMG rencontrent des difficultés sur ce plan et proposent des pistes d'amélioration.

A noter que sur le plan des difficultés relationnelles au travail elles étaient près de quatre fois plus souvent citées entre soignants qu'avec les patients ou leur entourage, des difficultés relationnelles sont notamment bien soulignées dans les travaux de l'ISNI [1-3] et des commentaires sur ce point ont été développés par des répondants à cette thèse en saisie libre .

IV-5) Discussion des résultats analytiques secondaires de l'étude

IV-5-a) Selon le sexe

Certaines différences ont pu être masquées par un manque de puissance de l'étude notamment liée à la faible proportion d'hommes dans les répondants.

Les IMG de sexe féminin avaient signalé significativement plus de symptomatologie anxieuse, de manque d'estime de soi et de difficultés professionnelles dommageables sur le plan psychologique, elles étaient plus susceptibles d'être suivies par un psychologue .

Cette prédominance féminine de la symptomatologie anxieuse est retrouvée dans la population générale [67] avec un taux environ deux fois plus élevé chez les femmes par rapport aux hommes.

Le suivi plus fréquent des IMG de sexe féminin par un psychologue est cohérent avec le fait que dans la population générale les femmes semblent plus souvent avoir recours à la psychothérapie [51, 59] même si globalement les IMG de sexe féminin ne sont pas ressorties comme bénéficiant

plus souvent d'une psychothérapie de manière significative.

La consommation supérieure en psychotropes chez les femmes dans la population générale [60, 61] n'a pas été retrouvée chez les IMG de sexe féminin de l'étude.

En outre sur le plan professionnel, elles étaient significativement plus nombreuses à citer l'hôpital comme source principale de difficultés professionnelles, à se plaindre de l'intensité de la charge de travail et de difficultés à gérer le travail en autonomie et les responsabilités.

Cette apparente prédominance féminine de ces difficultés professionnelles pose question, peut être liée à la possibilité que les IMG de sexe féminin soient confrontées à plus de comportements sexistes notamment à l'hôpital hypothèse déjà évoquée dans des enquêtes [68, 69].

Les IMG de sexe masculin étaient plus nombreux à signaler des comportements à risque sur le plan physique ce qui est cohérent avec des données sur la population générale française où il y a une prédominance masculine dans la prise de risque [70].

Se pose également la question de l'automédication par psychotropes chez eux étant donné qu'ils étaient plus nombreux à déclarer consommer des psychotropes qu'à bénéficier d'un suivi psychiatrique.

IV-5-b) Selon l'âge

Les IMG de 27 ans ou plus semblaient significativement plus susceptibles de consommer des anxiolytiques ainsi que de se plaindre d'une symptomatologie anxieuse ou d'irritabilité et/ou de difficultés relationnelles.

Les internes les plus âgés étaient également plus nombreux à notifier des risques sur le plan physique ou des addictions comportementales ainsi qu'à se sentir pénalisés psychologiquement par des difficultés professionnelles ou l'existence de comorbidités somatiques.

Les 27 ans et plus notifiaient plus souvent un problème d'organisation au travail ou des difficultés relationnelles avec les patients et leurs proches.

Sur le plan du secteur professionnel posant le plus de difficultés peu importe l'âge, l'hôpital était citée en majorité, on note que les internes de moins de 27 ans étaient significativement plus

nombreux à citer l'hôpital comme principale source de difficultés professionnelles tandis que les plus âgés citaient significativement plus de difficultés prédominant en ambulatoire ou des difficultés s'équilibrant entre les deux secteurs.

Ces disparités selon l'âge sont-elles liées à un vécu plus complexe chez les IMG les plus vieux tel que des redoublements répétés ou les modalités d'une reconversion professionnelle ?

Peut être que les internes les plus âgés, ayant souvent plus d'expérience en ambulatoire que ce soit suite à leurs stages d'internes ou à des remplacements, sont plus à même de ressentir la complexité du mode d'exercice en ambulatoire ?

V-Conclusion

Cette étude, dont l'objectif était d'évaluer l'ampleur des idéations suicidaires chez les internes de médecine générale français, avec 532 réponses dont 79.1% féminines avec un âge médian à 27 ans dans les limites d'un questionnaire anonyme et déclaratif mis en ligne, a retrouvé que près d'un tiers d'entre eux avait déjà eu des idéations suicidaire et qu'un peu plus d'un cinquième en avait eu au cours de l'année.

Les internes de médecine générale français de l'étude semblent avoir un risque de présenter des idéations suicidaires plus élevé que celui de la population générale française mais proche de celui de l'ensemble des internes en médecine français et de la population étudiante française, se pose donc la question de la part des statuts d'étudiants et de soignants dans le processus d'élaboration d'idéations suicidaires.

Près de six internes sur dix ayant déjà eu des idéations suicidaires se seraient déjà confiés à quelqu'un principalement à leurs proches mais moins de la moitié se serait confiée à un professionnel de santé. Le recours aux numéros d'aide semblait anecdotique.

La crainte d'inquiéter autrui ou des sentiments de honte ou de culpabilité semblaient constituer d'importants freins à se confier.

Les internes de sexe féminin de l'étude étaient environ 1.5 fois plus nombreuses à se confier que ceux de sexe masculin.

Près d'un interne de l'étude sur huit déclare avoir déjà imaginé un scénario suicidaire, près d'un interne sur vingt-cinq déclare avoir déjà effectué une tentative de suicide et près d'un sur cent déclare avoir effectué une tentative de suicide dans l'année, près d'un interne sur cent également

déclare avoir fait plusieurs tentatives de suicide et un peu plus d'un sur cinquante dit avoir déjà été hospitalisé pour une tentative de suicide.

La proportion d'internes de médecine générale français déclarant avoir déjà effectué au moins une tentative de suicide semble proche des taux retrouvés chez les internes de médecine français ou dans la population étudiante française.

Les internes ayant des idéations suicidaires au cours de l'année étaient nettement plus susceptibles de bénéficier d'un suivi psychiatrique que le reste des internes mais seulement un peu plus de quatre sur dix d'entre eux en bénéficiaient, ils étaient également nettement plus susceptibles de consommer des psychotropes même si moins d'un tiers d'entre eux en consommait.

Chez les internes de l'étude ayant déclaré des idéations suicidaires au cours de l'année, des facteurs tels qu'une symptomatologie anxieuse, une symptomatologie dépressive, une faible estime de soi, des difficultés professionnelles psychologiquement impactantes, l'intensité de la charge de travail étaient déclarés chacun chez plus de la moitié d'entre eux.

La situation des internes en médecine générale n'ayant pas signalé d'idéations suicidaires dans l'année semblait également préoccupante étant donné qu'un plus d'un sur deux d'entre eux déclarait présenter des signes de mal-être et qu'ils étaient nombreux à se plaindre de difficultés professionnelles notamment en milieu hospitalier.

Les résultats de cette étude pourraient éventuellement être contrôlés au niveau local avec des questionnaires donnés en mains propres aux internes de médecine générale et ce questionnaire pourrait être affiné en prenant en compte des facteurs tels que la situation maritale ou le détail de la consommation de toxiques ou une exploration précise des facteurs de protection.

Cette étude semble souligner l'ampleur potentielle des comportements suicidaire chez les internes en médecine générale français.

La prise en charge d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive, d'une faible estime de soi et la prise en compte de l'intensité de la charge de travail pourraient potentiellement être utiles pour la gestion du risque suicidaire.

Il semble également utile de faire la promotion des numéros d'aide gratuits et anonymes et des services et professionnels de santé mentale auprès des internes de médecine générale.

Références bibliographiques

1. ISNI. « Protège ton interne », Dossier de presse, 2021
Disponible sur <https://isni.fr/wp-content/uploads/2021/04/VF-Dossier-de-presse-ProtégeTonInterne.pdf>
2. ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins, Dossier de presse Hôpital Saint-Anne. Juin 2017
Disponible sur <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
3. ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins, Dossier de presse 2021
Disponible sur <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
4. Dr Donata Mara, Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé, ISNI, 4 Avril 2018
Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf
5. MSS, MESRI, Lancement du centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé, Dossier de Presse, 15 juillet 2019
Disponible sur <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/dossier-de-presse-centre-national-d-appui-juillet-2019--13349.pdf>
6. CNOM, Le Breton-Lerouillois G., Mourgues J.M., Bissonnier C., Boetsch D., « La santé des étudiants et jeunes médecins », Commission jeunes médecins -section santé publique et démographie médicale, 2016
Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
7. Wathelet M., Vaiva G., D'Hondt F., Idées suicidaires chez les étudiants universitaires au cours de la pandémie de Covid19- Résultats de l'enquête Cosame, ONS, 5ème rapport, fiche n°10, Septembre 2022
Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ONS5EMB.pdf>
8. ONS, État des lieux des connaissances et perspectives de recherches, 1er rapport/novembre 2014, Paris: ONS 2014
Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf
9. Léon C, Chan-Chee C, Du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017: tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75ans en France. Bull Epidémiol Hebd.2019; (3-4):38-47.

Disponible sur http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4.pdf

10. Roquette A., Davisse-Paturet C., Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie Covid-19-Résultats de l'enquête en population générale EpiCov, 5ème rapport de l'ONS, fiche n°6, Septembre 2022

Disponible sur https://www.unps.fr/unps_images/documents/ons-5eme-rapport-covid19.pdf

11. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de Covid-19 ? Résultats de la vague 33 de l'enquête CoviPrev(8-15 avril 2022). Le point sur. 12 mai 2022. Saint Maurice: Santé publique France,4p. Directrice de publication: Pr Geneviève Chêne. Dépôt légal: 12 mai 2022

Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-33-de-l-enquete-coviprev>

12. Vandel. P , « Suicide,comprendre,repérer et agir », Éditions Le Coudrier, 2022, 95 pages

13. CNUP. Référentiel de Psychiatrie,pages 83-92,Chapitre « Risque et conduite suicidaires chez l'enfant,l'adolescent et l'adulte ». 3ème édition, 2021

Disponible sur <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>

14. OMS, « Prévention du suicide: l'état d'urgence mondiale ». Genève: OMS 2014 Disponible sur

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&HYPERLINK

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y

15. Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, de Girolamo G, Medina-Mora ME et al. Prevalence and identification of groups at risk for 12-month suicidal behavior in the WHO World Mental Health Surveys. In: Nock MK, Borges G, Ono Y, editors. Suicidality in the WHO World Mental Health Surveys. New York (NY): Cambridge University Press; 2012:185–98.

Disponible sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000886/>

16. ONS, Suicide quels liens avec le travail et le suicide? Penser la prévention et les systèmes d'observation, Juin 2020
Disponible sur https://drees-site-v2.cegedim.cloud/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf
17. SPS, Suicide et professionnels de santé: une nouvelle enquête, Communiqué de presse, Paris 6 décembre 2017
Disponible sur <https://files.asso-sps.fr/assets/communique-presse-1217-enquete-suicide.pdf>
18. Salle de presse Inserm, Comment prédire le risque suicidaire chez les étudiants grâce à l'intelligence artificielle ?, Communiqué de presse 15 Juin 2022
Disponible sur <https://presse.inserm.fr/predire-les-comportements-suicidaires-chez-les-etudiants-grace-a-lintelligence-artificielle/43085/>
19. Macalli, M., Navarro, M., Orri, M. *et al.* A machine learning approach for predicting suicidal thoughts and behaviours among college students. *Sci Rep* **11**, 11363 (2021)
Disponible sur <https://www.nature.com/articles/s41598-021-90728-z>
20. OVE, « Repères sur la santé des étudiants », Livret 2018
Disponible sur
https://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2019/01/Reperes_sante_2018.pdf
21. LMDE, « La santé des étudiants en France 5^{ème} enquête nationale », Document 2019
Disponible sur <https://www.lmde.fr/documents/20184/0/ENSE+-+LMDE.pdf/e1ffb87a-6afd-4807-9148-79e1f7725720>
22. LMDE, « 6^{ème} enquête nationale sur la santé des étudiants - CSA pour LMDE (groupe INTERIALE) », Document 2022
Disponible sur
<https://www.lmde.fr/documents/20184/0/Synth%C3%A8se+ENSE6+LMDE/66e70591-beab-4904-aff7-78bdf1e32fe>
23. Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*. 2020;3(10):e2025591. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.25591
Disponible sur <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2772154>
24. Wathelet M., Fovet, T., Jousset, A. *et al.* Prevalence of and factors associated with post-traumatic stress disorder among French university students 1 month after the COVID-19 lockdown. *Transl Psychiatry* **11**, 327 (2021).

Disponible sur <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01438-z>

25. Wathelet M, Horn M, Creupelandt C, et al. Mental Health Symptoms of University Students 15 Months After the Onset of the COVID-19 Pandemic in France. *JAMA Netw Open*.

2022;5(12):e2249342. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.49342

Disponible sur <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2799963>

26. HAS. Actes et prestations « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge »

Recommandation de bonne pratique. 2000

Disponible sur <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

27. MedShake.net, Statistiques ECN 2018 par spécialités

Disponible sur <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2018/specialites/>

28. Ressource en ligne : Site SurveyMonkey, Outil de calcul de marge d'erreur

Disponible sur <https://fr.surveymonkey.com/mp/margin-of-error-calculator/>

29. Ressource en ligne : Site BiostatTGV, Test statistiques

Disponible sur <https://biostatgv.sentiweb.fr/?module=tests>

30. Le Clainche. C., Courtet P., Facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide, 2ème rapport de l'ONS, 2016

Disponible sur https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ons2016_dossier2.pdf

31. Beck, F., Firdion, J., Legleye, S. & Schiltz, M. (2011). Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. *Agora débats/jeunesses*, 58, 33-46.

Disponible sur <https://doi.org/10.3917/agora.058.0033>

32. OMS, Santé mentale et déplacements forcés, Centre des médias, 31 août 2021

Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>

33. Barbara Ivana Lantier. Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient nord-sud ? Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02386596

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02386596/document>

34. Le Quotidien du Médecin, Internat : les spécialités que les femmes préfèrent, celles que les hommes fuient, article publié le 25/11/2017

Disponible sur <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/internat-les-specialites-que-les-femmes-preferent-celles-que-les-hommes-fuient>

35. What's up doc ?, Quel est l'âge moyen des jeunes médecins qui commencent l'internat ?, article publié le 18 février 2014 et mis à jour le 13 décembre 2022
Disponible sur <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/quel-est-lage-moyen-des-jeunes-medecins-qui-commencent-linternat>
36. Munck. S., Massin.S., Darmon. D., Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale, Santé Publique 2015/1, volume 27, pages 49 à 58
Disponible sur <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-1-page-49.htm>
- 37.-Fédépsychiatrie, La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge, conférence de consensus, Octobre 2000
Disponible sur https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf
38. De Kernier.N., « Le suicide » pages 111-114, Éditions Que sais je ?, 2020
39. Oualid J.C., Monroy M., La tentative de suicide : Une urgence familiale, Psychologie médicale, n°18, volume 6, 1986, pages 927-928
40. ORS PACA, Guide répertoire sur la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire, 2006
Disponible sur <https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/Guide-repartoire-suicide-ORS-Paca.pdf>
41. CFAR, Conduite à tenir face à un collègue aux propos suicidaires, Commission SMART : fiches pratiques, mise en ligne le 15/02/2016
Disponible sur <https://sfar.org/wp-content/uploads/2020/05/fiche-cfar-conduite-a-tenir-face-a-un-collegue-aux-propos-suicidaires.pdf>
42. Accueil du site 3114 Souffrance Prévention Du Suicide, Consulté en Janvier 2023
Disponible sur <https://3114.fr/>
43. Accueil du site Suicide Écoute, Consulté en Janvier 2023
Disponible sur <https://www.suicide-ecoute.fr/>
44. Accueil du site SOS Amitié France, Consulté en Janvier 2023
Disponible sur <https://www.sos-amitie.com/>
45. Site de l'association SPS, Prise en charge psychologique le dispositif SPS, Consulté en Janvier 2023
Disponible , sur <https://www.asso-sps.fr/prise-en-charge/psychologique/dispositif-sps>
46. CNOM, Un numéro pour les professionnels de santé en souffrance, mis en ligne le 26 avril 2022
Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/>

numero-professionnels-sante-souffrance

47. HAS, Épisode dépressif caractérisé : prise en charge en soins de premier recours, recommandations de bonnes pratiques, Octobre 2017

Disponible sur

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf

48. Chan Chee C, Jezewski Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011.

Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2014. 51 p.

Disponible sur

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/docs/spf_internet_recherche/24882/STM/12195_PS_PDF.txt

49. Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):48-54.

Disponible sur <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/>

[3-4/2019_3-4_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html)

50. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide.

Suicide Life Threat Behav. 1998;28(1):1-23.

Disponible sur <https://criticalsuicidologydotnet.files.wordpress.com/2017/06/canetto-sakinofsky-1998-gender-paradox.pdf>

51. Mathieu Revranche, Mathilde Husky, V. Kovess-Masfety. Recours à la psychothérapie en France chez les adultes avec tentative de suicide : résultats d'une vaste enquête épidémiologique : Encephale. L'Encéphale, 2019, 45 (6), pp.513-521. 10.1016/j.encep.2019.07.012. hal-03162649

Disponible sur <https://hal.science/hal-03162649/document>

52. Courtet P, Olié E. Les antidépresseurs préviennent le suicide...en attendant mieux !, Académie nationale de médecine, Avril 2014

Disponible sur <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/04/1.4.14-COURTET-site.pdf>

53. De Nérès M., Costanza A., Besson M., Greiner C., Prada P., Ambrossetti J.,

Crise suicidaire et prévention: aspects psychopharmacologiques, Revue Médicale Suisse n°681,

12 février 2020, ISSN: 1660-9379 Disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2020/revue-medicale-suisse-681/crise-suicidaire-et-prevention-du-suicide-aspects->

[psychopharmacologiques#tab=tab-to](#)

54. Henzen.A., Arnold.M., Sentissi.O., Antidépresseurs et suicidalité : état des lieux. A propos d'une série de cas, Revue Médicale Suisse n°409, 4 décembre 2013, ISSN : 1660-9379

Disponible sur <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2013/revue-medicale-suisse-409/antidepresseurs-et-suicidalite-etat-des-lieux.-a-propos-d-une-serie-de-cas>

55. Hättenschwiler.J, Baumann.P.,Hatzinger.M., Paul Höck, Holsboer-Trachsler.E., Jost.M., Nilf.R.,Ramseierg.F., Seifritzh.E.,Zullino.D., Angst.J., Les antidépresseurs favorisent-ils la suicidalité et le suicide chez les individus dépressifs ?, Forum Médical Suisse, Septembre 2007

Disponible sur https://www.researchgate.net/profile/Josef-Haettenschwiler/publication/228465345_Les_antidepresseurs_favorisent-ils_la_suicidalite_et_le_suicide_chez_les_individus_depressifs/links/0fcfd505aeccd8c14b000000/Les-antidepresseurs-favorisent-ils-la-suicidalite-et-le-suicide-chez-les-individus-depressifs.pdf

56. HAS, Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire, Rapport d'élaboration, Juin 2015

Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_memo_rapport_elaboration_arret_benzodiazepines__2015_06_17.pdf

57. Inserm, Dépression mieux la comprendre pour la guérir durablement, Dossier, publié le 14 Juin 2017, dernière modification le 6 Décembre 2019

Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

58. Santé Publique France, Enjeux de santé dans le contexte de la Covid 19, Dossier, mis à jour le 20 Avril 2021

Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19>

59. Kovess-Masfety V., Husky M., Recours à la psychothérapie en France : résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions, Article, adsp n° 97 décembre 2016

60. DREES, L'état de santé de la population en France, Les dossiers de la DREES n°102, Septembre 2022

Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102EMB.pdf>

61. Beck F., Guignard R., Haxaire C., Le Moigne P., Les consommations de médicaments psychotropes en France

La Santé en action, 2014, n°. 427, p. 47-49

Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-consommations-de-medicaments-psychootropes-en-france>

62- Margaux Tiberghien. État des lieux des consommations de médicaments à visée psychoactive chez les étudiants en médecine de Lille vs. Montpellier-Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246312

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246312/document>

63- OVE, « Enquête nationale conditions de vie des étudiant-e-s 2016 », Livret, Printemps 2016
Disponible sur

https://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2018/11/La_sante_des_etudiants_CdV_2016.pdf

64- Florian Lepiller. Étude du ressenti des internes de médecine générale rouennais relatif au journal de bord. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03335817

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03335817/document>

65- Shérazade Kinouani. Le portfolio au cours du DES de médecine générale à Bordeaux : historique et évaluation de son emploi de 2005 à 2012. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00824863

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00824863/document>

66- Céline Lajzerowicz. Évaluation par les internes de médecine générale d'Aquitaine de la partie théorique du DES : portfolio, cours et thèse. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01359022

Disponible sur <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01359022/document>

67- Inserm, Troubles anxieux quand l'anxiété devient pathologique, Dossier, publié le 2 Mars 2021

Disponible sur <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>

68- Egora.fr, Sexisme à l'hôpital : l'enquête qui fait mal, Article de presse, publié le 7 Mars 2019

Disponible sur <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/46546-sexisme-a-l-hopital-l-enquete-qui-fait-mal>

69- ISNI, Hey Doc les études médicales sont t'elles vraiment sexistes ? Enquête égalité homme-femme, Dossier de presse 2017

Disponible sur https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/Etude-sexisme-ISNI_102017.pdf

70- Santé Publique France, Violences physiques et prise de risque, Fiche baromètre santé 2000

Disponible sur [https://www.google.com/url?](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi18fnWj9f-AhW2TKQEHZi_D8QQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F232180%2F2511993%3Fversion%3D1&usg=AOvVaw1F9AQIhfajni1rVjyNOapn)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi18fnWj9f-](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi18fnWj9f-AhW2TKQEHZi_D8QQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F232180%2F2511993%3Fversion%3D1&usg=AOvVaw1F9AQIhfajni1rVjyNOapn)

[AhW2TKQEHZi_D8QQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F232180%2F2511993%3Fversion](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi18fnWj9f-AhW2TKQEHZi_D8QQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F232180%2F2511993%3Fversion%3D1&usg=AOvVaw1F9AQIhfajni1rVjyNOapn)

[%3D1&usg=AOvVaw1F9AQIhfajni1rVjyNOapn](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi18fnWj9f-AhW2TKQEHZi_D8QQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F232180%2F2511993%3Fversion%3D1&usg=AOvVaw1F9AQIhfajni1rVjyNOapn)

Index des tableaux descriptifs

Numéro	Intitulé relatif au tableau	Page
-1	-Détail des caractéristiques de base des répondants	20
-2	-Antériorité éventuelle d'idéations suicidaires	20
-3	-Fréquence des idéations suicidaires	21
-4	-Propension à confier les d'idéations suicidaires	21
-5	-Répartition des interlocuteurs auxquels sont confiées les d'idéations suicidaires	22
-6	-Freins à confier des idéations suicidaires	22
-7	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des «Freins à confier des idéations suicidaires»	23
-8	-Élaboration ou non d'un scénario suicidaire	23
-9	-Antériorité ou non d'une tentative de suicide	23
-10	-Multiplicité et présence durant l'année ou non du geste suicidaire	24
-11	-Prise en charge maximale tentative suicidaire	25
-12	-Ressenti ou non d'un mal-être psychologique	25
-13	-Différents signes de mal-être évoqués	26
-14	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des «Différents signes de mal-être évoqués»	26
-15	-Existence ou non d'un suivi psychiatrique	27
-16	-Intervenants impliqués dans le suivi psychiatrique	27
-17	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des «Intervenants impliqués dans le suivi psychiatrique»	27
-18	-Prise ou non de médicaments psychotropes	27
-19	-Répartition des médicaments psychotropes pris	28
-20	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des «Répartition des médicaments psychotropes pris»	28
-21	- Répartition des facteurs défavorables sur le plan psychologique	29
-22	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question des «Répartition des facteurs défavorables sur le plan psychologique»	30
-23	-Répartition des éventuelles difficultés professionnelles entre l'hospitalier et l'ambulatoire	30
-24	-Nature des différentes difficultés professionnelles	31
-25	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question de la «Nature des différentes difficultés professionnelles»	32
-26	-Impact ressenti ou non de la crise sanitaire liée à la Covid 19 sur la santé mentale	32
-27	-Répartition des facteurs favorables effectifs ou souhaités sur le plan psychologique	33
-28	-Citations des réponses libres classées dans «Autre» sur la question de la «Répartition des facteurs favorables effectifs ou souhaités sur le plan psychologique»	34

Index des tableaux analytiques

Numéro	Intitulé relatif au tableau	Page
-29	-Antériorité et incidence des idéations ou tentatives suicidaires selon le sexe	34
-30	-Analyse facteurs concomitants aux idéations suicidaires selon le sexe	35
-31	-Détail des modalités et des freins à se confier selon le sexe	36
-32	-Analyse entre le sexe et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	37
-33	-Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon le sexe	38
-34	-Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologique, ainsi que des difficultés professionnelles selon le sexe	39
-35	-Antériorité et incidence des idéations ou tentatives suicidaires selon l'âge	40
-36	-Analyse facteurs concomitants aux idéations suicidaires selon l'âge	41
-37	-Détail des modalités et des freins à se confier selon l'âge	42
-38	-Analyse entre l'âge et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	43
-39	-Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon l'âge	44
-40	-Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologique, ainsi que des difficultés professionnelles selon l'âge	45
-41	-Analyse entre la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année et les différents paramètres liés au mal-être hors idéations suicidaires	47
-42	-Détail du suivi psy et de la prise de psychotropes selon la présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année	48
-43	-Détail des signes de mal-être et des facteurs défavorables psychologique, ainsi que des difficultés professionnelles selon présence ou non d'idéations suicidaires au cours de l'année	50

Liste des abréviations

Abréviation	Signification
- Bull Epidémiol Hebd	-Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire
-BZD	-Benzodiazépines
-CFAR	-Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs
-CNOM	-Conseil National de l'Ordre des Médecins
-CNUP	-Conseil National Universitaire de Psychiatrie
-Cn2r	-Centre National de Ressources et de Résilience
-DES	-Diplôme d'Études Spécialisées
-DMG	-Département de Médecine Générale
-DREES	-Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
-ECN	-Examen Classant National
-Fédépsychiatrie	-Fédération Française de Psychiatrie
-HAS	-Haute Autorité de Santé
-IMG	-interne en médecine générale
-IMV	-intoxications médicamenteuses volontaires
-Inserm	-Institut national de la santé et de la recherche médicale
-IS	-idéations suicidaires
-ISNI	-InterSyndicale Nationale des Internes
-ISRS	-inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine
-LMDE	-La Mutuelle des étudiants
-MESRI	-Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation
-MSS	-Ministère des Solidarités et de la Santé
-N	-nombre
-OMS	-Organisation Mondiale de la Santé
-ONS	-Observatoire National du Suicide
-ORS	-Observatoire Régional de la Santé
-OVE	-Observatoire de la vie étudiante
-PACA	-Province-Alpes-Côte d'Azur
-psy	-psychiatrique
-SPS	-l'association des soins aux professionnels de santé
-TS	-tentative de suicide
-VS	-versus

Annexes

Annexe 1

Questionnaire « Idéations suicidaires chez l'interne en médecine générale »

Les questions suivies d'un astérisque admettent une ou plusieurs réponses, les autres une seule, les questions obligatoires sont soulignées

1-Quel âge avez-vous ?

-j'ai..... ans.

2-Quel est votre sexe ?

-Féminin.

-Masculin.

3- Où en êtes-vous de votre internat ?

-Premier semestre.

-Second semestre.

-Troisième semestre.

-Quatrième semestre.

-Cinquième semestre.

-Sixième semestre.

-En disponibilité.

-Les stages d'internat sont terminés mais la thèse n'a pas encore été soumise.

4-Avez vous déjà envisagé le suicide ?

-Oui.

-Non.

-Ne se prononce pas.

***Questions pour les internes ayant déjà eu des idéations suicidaires :**

5-A quelle fréquence schématiquement avez-vous des idéations suicidaires ?

-Pas durant l'année passée.

-Au moins une fois cette année et moins d'une fois par mois.

-Au moins une fois par mois et moins d'une fois par semaine.

- Au moins une fois par semaine mais pas tous les jours.
- Tous les jours.
- Ne se prononce pas.

6-Avez vous déjà confié vos idéations suicidaires à quelqu'un ?

- Oui.
- Non.
- Ne se prononce pas.

7-Si vous vous êtes déjà confié par quel(s) moyen(s) ?*

- Anonymement (forum, réseaux sociaux, numéro téléphonique d'aide ...).
- Publiquement (devant de multiples personnes simultanément, réseaux sociaux...).
- A au moins un proche (ami, famille...).
- A au moins un collègue (co-interne, personnel soignant, encadrant...).
- A la médecine du travail.
- A au moins un professionnel de santé hors cadre professionnel (médecin généraliste, psychiatre, psychologue...).
- A un syndicat étudiant.
- Au département de médecine générale.
- Autre(à préciser en commentaire:.....).

8-Quels seraient le(s) frein(s) à se confier si vous avez une réticence à le faire ? *

- Un sentiment de honte ou de culpabilité.
- Ne pas inquiéter autrui.
- Le sentiment que se confier est inutile, que personne ne peut vous aider.
- Le sentiment que personne ne se soucie réellement de votre bien être, que vous ne seriez pas écouté(e).
- Le sentiment que se confier aggraverait votre situation.
- Autre (préciser en commentaire:).

9-Avez-vous déjà établi un scénario plus ou moins précis de suicide (lieu, moment, moyen) ?

-Oui.

-Non.

-Ne se prononce pas.

10- Avez-vous déjà fait au moins une tentative de suicide ?

-Oui.

-Non.

-Vous préférez ne pas répondre à cette question.

11- Si vous avez déjà fait au moins une tentative de suicide ,était ce un épisode isolé ou avez vous récidivé ? La dernière tentative remonte t' elle à cette année ?

- Une seule tentative et pas durant l'année passée.

-Une seule tentative cette année.

-Plusieurs tentatives dont la dernière ne remonte pas à l'année passée.

-Plusieurs tentatives dont la dernière remonte à cette année.

12- Si vous avez fait une ou plusieurs tentatives de suicide jusqu'où a été la prise en charge au maximum ?

-Personne n'a été mis au courant.

-Au moins une tierce personne a été mise au courant mais pas de prise en charge médicale.

-Passage aux urgences sans hospitalisation au décours.

-Hospitalisation en psychiatrie ou service de médecine.

-Hospitalisation en soins intensifs ou en réanimation.

*** Questions pour l'ensemble des internes**

13- Hormis les idéations suicidaires pensez-vous présenter des signes de mal-être ?

-Oui.

-Non.

-Ne se prononce pas.

14- Si oui à la question 13 le(s)quel(s) *

- Symptomatologie dépressive (tristesse de l'humeur, auto-dévalorisation, fatigue, ralentissement idéo-moteurs, perte du plaisir...).
- Symptomatologie anxieuse (stress, angoisse, phobies, troubles obsessionnels-compulsifs...).
- Irritabilité, difficultés relationnelles.
- Automutilations /Scarification.
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie,...).
- Conduites à risque menaçant l'intégrité physique immédiate (conduite automobile dangereuse, binge drinking,...).
- Addictions comportementales (jeu, shopping,...).
- Addictions à des produits (tabac, alcool, drogue).
- Autre (préciser en commentaire):

15-Avez-vous un suivi sur le plan psychiatrique ?

- Oui.
- Non.

16-Si oui à la question 15 par qui ? *

- Par un (ou des) praticiens libéraux(x).
- Dans un centre médico psychologique.
- un psychiatre.
- un psychologue.
- un médecin généraliste.
- Autre (préciser en commentaire) :

17-Prenez-vous des médicaments psychotropes ?

- Oui.
- Non.

18-Si oui à la question 17 ,le(s)quel(s) ?*

- Antidépresseurs.
- Anxiolytiques.

- Hypnotiques.
- Antipsychotiques.
- Thymorégulateurs.
- Psychostimulants.
- Autre (préciser en commentaire) :

19-Quels sont les principaux facteurs (ou le principal facteur) vous mettant en difficulté sur le plan psychologique ou pouvant le cas échéant favoriser les idéations suicidaires ? *

- Il n'y' en a pas.
- Comorbidités somatiques.
- Comorbidités psychiatriques.
- Isolement.
- Une sensation de perte de sens de l'existence.
- Faible estime de soi.
- Problèmes familiaux.
- Difficultés affectives.
- Difficultés professionnelles.
- Difficultés financières.
- Autres (préciser en commentaire) :

20-Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ,Quel est le principal lieu d'activité où elles surviennent ?

- A l'Hôpital .
- En médecine de ville.
- Les difficultés sont équivalentes dans les deux secteurs.
- Ne se prononce pas.

21-Si vous rencontrez des difficultés professionnelles, Quelle(s) est/sont-elles principalement ?*

- Difficultés par rapport aux exigences du travail en médecine (relation médecin-malade, savoir-faire et réflexion sur le plan clinique...).
- Difficultés à supporter l'intensité de la charge de travail.

- Difficultés à supporter les contraintes émotionnelles (découverte d'une maladie grave ,décès patient, annonce mauvaise nouvelle...).
- Difficultés à gérer le travail en autonomie et les responsabilités.
- Difficultés à concilier la vie professionnelle et personnelle.
- Difficultés à gérer le travail d'écriture inhérent au DES (portfolios, thèse).
- Difficultés relationnelles et/ou situations conflictuelles avec les patients et/ou leurs proches.
- Difficultés relationnelles et/ou situations conflictuelles avec les collègues (chefs, paramédicaux, co-internes...).
- Problème d'organisation et/ou d'encadrement ressenti.
- Impression de ne pas être reconnu(e) pour son travail.
- Sensation d'aller à l'encontre de ses valeurs personnelles au travail.
- Impression d'un manque ou d'une perte de sens dans l'activité professionnelle.
- Autre (préciser en commentaire) :

22- Estimez vous que la crise sanitaire actuelle en rapport avec le covid19 altère significativement votre santé mentale ?

- Oui.
- Non.
- Ne se prononce pas.

23-Quel(s) sont le(s) principaux facteurs qui contribueraient à un état de bien être(et le cas échéant servirait à lutter contre les idées suicidaires) chez vous ? *

- Il n'y' en a pas.
- Le fait d'être bien entouré.
- Une bonne estime de soi.
- Un soutien familial satisfaisant.
- Un soutien affectif satisfaisant.
- Votre spiritualité ou philosophie de vie.
- La sensation d'épanouissement professionnel.
- Une aisance suffisante sur les plans matériel et financier.
- Un état de bonne santé physique.

-Un état de bonne santé mentale.

-Autre (préciser en commentaire) :

24- Saisie libre: avez-vous des commentaires particuliers que ce soit sur le questionnaire ou d'autres impressions à livrer?

Annexe 2

Messages envoyés aux internes.

Lors du premier recueil de données à l'été 2021 :

"Bonjour,

Je m'appelle Tanguy MERCIER, je suis interne en médecine générale sur la subdivision d'Amiens promotion 2018.

Je fais une thèse quantitative dont le sujet est "Idéations suicidaires chez l'interne en médecine générale", je cherche à avoir des réponses d'internes de médecine de la France entière.

Le questionnaire est complètement anonyme, il se complète rapidement en moins de cinq minutes et pas mal de questions sont facultatives (si vous ne savez pas quoi mettre où qu'elles vous mettent vraiment mal à l'aise), merci d'avance pour les réponses et salutations à tous"

Lors du second recueil de données à l'été 2022 :

"Bonjour,

Je m'appelle Tanguy MERCIER, je suis interne en médecine générale sur la subdivision d'Amiens promotion 2018.

Je fais une thèse quantitative dont le sujet est "Idéations suicidaires chez l'interne en médecine générale ", je cherche à avoir des réponses d'internes de médecine de la France entière.

J'avais fait un premier recueil de réponses il y a un an, je souhaite relancer ce jour pour diminuer un peu la marge d'erreur.

Le questionnaire est complètement anonyme, il se complète rapidement en moins de cinq minutes et pas mal de questions sont facultatives (si vous ne savez pas quoi mettre où qu'elles vous mettent vraiment mal à l'aise), merci d'avance pour les réponses et salutations à tous"

Annexe 3

Réponses au commentaire en saisie libre

- « Excellent sujet »
- « Le système hospitalier avec toutes les contraintes évoquées dans le questionnaire (ambiance médiocre, charge de travail, dépassement de responsabilités, manque de reconnaissance...) entraîne un réel mal être chez les internes de médecine générale (je parle pour moi et pour nombre de mes amis de promo). Les stages en médecine de ville permettent de retrouver du sens dans notre pratique et dans notre engagement pour la médecine générale. Merci de porter ce sujet, j'espère qu'il te sera possible de publier et de porter notre voix. Bon courage;) »
- « Sur le questionnaire interrogation sur la temporalité: questions sur l'état de santé mentale et les idées suicidaires mises au présent, mais si les idées suicidaires étaient anciennes (il y a plusieurs années) et sont disparues maintenant depuis cette épisode, que répondre? Répondre sur son état quand les IS étaient présentes ou répondre sur son état de santé psy actuel? Super sujet d'études sinon, bon courage! »
- « Très bon sujet. En revanche j'ai eu du mal à savoir quoi répondre parfois car les questions ont l'air de se rapporter au fait d'avoir des idées suicidaires actuellement. Si on en a eu mais que tout est résolu les questions sont moins claires. »
- « Inadmissible de se plaindre il faut vraiment être nombriliste pour déprimer quand on est médecins »
- « Faut arrêter de se regarder le nombril et de se plaindre »
- « Pas évident d'être précis sur un questionnaire, tout n'est pas tout noir ou tout blanc, j'ai coché pas mal d'éléments mais en terme d'intensité ce n'est pas si important. Actuellement les symptômes sont bien moindres, mais j'ai préféré parler pour l'ensemble de l'internat. Bon courage pour la thèse! »
- « Je ne sais pas comment comprendre la dernière question: est-ce que ce sont les points améliorables dans son cas particulier? Si ce sont les facteurs déjà présents, mes réponses sont inversées. »
- « De mon côté je ressens un épanouissement personnel et professionnel total à mon âge mais peut-être aussi parce que je suis plus âgée que les autres internes donc j'étais déjà bien entourée et épanouie lorsque j'ai commencé médecine, peut-être plus dur à vivre à 20 ans avant d'avoir tout le reste autour, conjoint, maison, animal de compagnie, bébé »
- « Pas de soucis pour moi, j'ai déjà eu quelques questions existentielles du type «est-ce que ça changerait quelque chose si j'étais plus là» mais sans idée suicidaire »
- « Les seules difficultés que j'ai vécues pour l'instant étaient liées à une période de fatigue physique importante à cause des horaires en lien avec le travail «administratif» ce qui me prenait

beaucoup de temps . Suivi neuropsychiatrie pour TDAH. »

- « Être rémunéré à la hauteur de notre travail et nos responsabilités...1600 euros par mois autant aller travailler comme chef de rayon chez Auchan...150 euros brut pour 24 h aux urgences merci.. »

- « Idées suicidaires courtes pendant la D4 après un deuil. En ai discuté avec une psychologue et un psychiatre. Pas de récurrence depuis le début de l'internat. »

- « A 2 doigts de lâcher médecine à certains moments...même après 11 ans. Sans mon entourage et le recul de mes 1 an de césure les études de médecine m'auraient tué. »

- « Mémoire invalidée en Mars, déjà anxieuse à la base je crains de ne pouvoir terminer mon cursus. Pourquoi nous mettre des bâtons dans les roues? »

- « Difficultés à gérer les responsabilités en stage hospitalier. Difficulté dans les relations avec les paramédicaux »

- « La médecine a failli me tuer et je tiens le système dans lequel nous sommes pour entier responsable »

- « Les gardes de 24h aux urgences m'ont épuisé physiquement et moralement. Inhumain »

- « Pas de soutien des tuteurs et du CUMG »

- « Les idées suicidaires sont une réaction à un ensemble de chose. Le parcours de vie(harcèlement scolaire,divorce parental, déménagement fréquents, manque de lien...), le manque de soutien familial, la séparation de corps avec des proches et son être cher pour de très longues études, associés au manque cruel de soutien en stage de la part de nos chefs nous laissant parfois livrés à nous même et ce, à un rythme effréné, l'absence de remerciement de leur part pour le travail accompli et l'absence d'encouragement pour les efforts apportés peuvent complètement détruire quelqu'un.

Pourtant les solutions à apporter pour aider quelqu'un à remonter la pente sont simples et faciles à appliquer. Il suffit d'écouter cette personne, de lui prouver sa valeur et de l'aider à progresser en lui donnant les clés lui permettant de surmonter les difficultés. Ne s'agit-il pas finalement de notre rôle de médecin? »

- « Il faudrait des cours OBLIGATOIRES à la fac pour gérer stress,situations intenses,situations de harcèlement ou rabaissement par les médecins hospitaliers. Et que la fac arrête de faire passer la performance avant le bien être des futurs soignants »

-« Il faudrait faire des études sur l'impact de la pédagogie rigide du DMG sur les internes et leur estime de soi »

- « A quel prix devenons nous médecin?Est-ce justifié de passer par tous ces stades difficiles? Un manque de reconnaissance politique et publique,on ne semble pas vraiment s'occuper de

notre bien être...mais rester dans l'objectif où il faut voir le patient coûte que coûte, ce qui ne semble pas nous orienter dans un univers plus apaisant. »

- « Je pense que la crise sanitaire a favorisé l'isolement et aussi une majeure sensation d'angoisse et de tristesse surtout pour les internes étrangers qui font leur internat en France ,car impossibilité de voir leur famille et amis pendant environ un à deux ans à cause des différents confinements et des règles sanitaires . »

- « Parfois je me demande si le fait de savoir/ou entendre très régulièrement parler du mal être des internes, ne contribuerait pas un peu aussi au mal-être!Est ce qu'il y' a vraiment plus de suicides (simple passage à l'acte ou jusqu'au décès) chez les étudiants ne médecine que dans la population générale? »

- « La quantité de travail universitaire demandée (thèse, mémoire, traces écrites) est ressentie comme une réelle surcharge parfois insurmontable. Le statut de l'interne oscille entre vie professionnelle avec réelles responsabilités et vie universitaire(parfois très chronophage) »

Résumé d'« Idéations suicidaires chez les internes de médecine générale »

Introduction : Le risque suicidaire des internes de médecine français est une problématique souvent évoquée, se pose la question de l'incidence des idéations suicidaires (IS) chez les internes de médecine générale français (IMG). Matériel et Méthode : Étude quantitative transversale descriptive par questionnaire anonyme diffusé en ligne sur des réseaux sociaux à destination des IMG français durant les Étés 2021 et 2022. Résultats: 532 réponses ont été recueillies dont 79.1% de femmes avec un âge médian de 27 ans, 31.8% ont déjà eu des IS dont 58% les ont confiés (plus souvent chez les femmes) et 22.6% ont eu des IS durant l'année.

13.2% ont imaginé un scénario suicidaire, 3.4% disent avoir déjà fait une tentative de suicide (TS) et 0.9% une TS dans l'année, 2.1% auraient déjà été hospitalisés pour une TS. Discussion-

Conclusion : Les IMG français semblent plus à risque d'IS que la population générale française d'IS mais proches du risque des internes de médecine ou de la population étudiante française, il semble utile de faire la promotion des numéros d'aide gratuits et anonymes et des services et professionnels de santé mentale auprès des IMG. Mots clés: idéation suicidaire, tentative de suicide, santé mentale, étudiant médecine, internat et résidence, médecine générale

Abstract of « Suicidal ideation among general medicine interns »

Introduction : The suicidal risk of French medical interns is a problem often mentioned, the question arises of the incidence of suicidal ideation (SI) among French general medicine interns (GMI). Study Design and methods : Descriptive cross-sectional quantitative study by anonymous questionnaire distributed online on social networks for French GMIs during the Summers of 2021 and 2022. Results : 532 responses were collected, of which 79.1% were women and with a median age of 27 years, 31.8% had already had SI, of which 58% confided them (more often among women) and 22.6% had had SI during the year.

13.2% have imagined a suicidal scenario, 3.4% say they have already made a suicide attempt (ST) and 0.9% a ST in the year, 2.1% have already been hospitalized for a ST.

Discussion-Conclusion : French GMIs seem to be more at risk of IS than the general French population of IS but close to the risk of medical interns or the French student population, it seems useful to promote free and anonymous help numbers and mental health services and professionals at GMIs. Keywords : suicidal ideation, attempted suicide, mental health, medical student, residency and internship, general practice