

La santé psychique des internes en psychiatrie de France et leurs consommations de substances psychoactives. Étude épidémiologique transversale descriptive

Camille Robin

Docteur en psychiatrie, assistante spécialiste en pédopsychiatrie au Centre universitaire de pédopsychiatrie du CHRU de Tours

Rubrique coordonnée par A. Fontaine

Résumé. La santé psychique des internes est alarmante. En psychiatrie, les internes semblent consommer plus de psychotropes que leurs confrères des autres spécialités. Notre étude, menée au printemps 2018, a pour objectif d'évaluer la souffrance psychique de ces futurs médecins et de décrire leurs usages de psychotropes, à travers un questionnaire auquel 200 d'entre eux ont répondu. Les résultats montrent de fortes prévalences de symptômes en lien avec une souffrance psychique, ainsi que des consommations régulières de substances psychotropes, licites ou illicites. Plus d'un interne sur 5 répond aux critères de l'anxiété et plus d'un sur trois souffre d'au moins une dimension du *burn out*. Près d'un interne sur trois a eu des idées suicidaires pendant les études médicales, et plus du quart des répondants ont envisagé de stopper leur formation. Les résultats suggèrent l'existence de motivations « utiles » en réponse à des facteurs de stress spécifiques à la psychiatrie, spécialité particulière parmi les disciplines médicales. Il est urgent d'évoquer les solutions existantes dans une optique de soins et de formation.

Mots clés : interne hospitalier, psychiatrie, souffrance psychique, psychotrope, facteurs de risque, santé publique, épidémiologie

Abstract. Mental health and psychoactive substance use among psychiatry interns in France: A descriptive and epidemiological cross-sectional study. The mental health of medical students gives cause for alarm. Psychiatric interns apparently consume more psychotropic drugs than their colleagues in other specialties. Our study, conducted in the spring of 2018, aims to assess their psychological distress and describe how they use psychotropic substances, through a questionnaire with 200 respondents. The results show a high prevalence of symptoms related to mental distress, as well as regular consumption of both legal and illegal psychotropic substances. More than one in five interns meet the criteria for anxiety, and more than one in three suffer from at least one dimension of burnout. Nearly one in three had suicidal thoughts during medical school, and more than a quarter considered quitting their training. The results suggest the existence of "useful" motivations in response to stress factors specific to psychiatry, a unique specialty among the medical disciplines. There is an urgent need to discuss existing solutions with a view to care and training.

Key words: hospital intern, psychiatry, psychic pain, psychotropic substance, risk factors, public health, epidemiology

Resumen. La salud psíquica de los médicos internos en psiquiatría de Francia y su consumo de sustancias psicoactivas. Estudio epidemiológico transversal descriptivo. La salud psíquica de los médicos internos provoca la alarma. En psiquiatría, parecen consumir más psicótrópos que sus compañeros de otras especialidades. Nuestro estudio, llevado en la primavera de 2018, tiene en su objetivo evaluar el sufrimiento psíquico de estos futuros médicos y describir su uso de los psicótrópos, mediante un cuestionario al que 200 de ellos han contestado. Los resultados arrojan fuertes prevalencias de síntoma vinculadas con un sufrimiento psíquico, así como consumos regulares de sustancias psicótrópas, lícitas o ilícitas. Más de un médico interno de cinco está incluido en los criterios de ansiedad y más de uno de tres sufre una dimensión de *burning out*. Casi un interno de tres ha tenido se le ha ocurrido ideas suicidas durante los estudios médicos, y más de la cuarta parte de los cargos de Estado han considerado posible abandonar su formación. Los resultados sugieren la existencia de motivaciones « útiles » como respuesta a factores de estrés específicos de la psiquiatría, especialidad singular entre las disciplinas las asignaturas bélicas. Urge urge y buscar las soluciones existentes en un enfoque de cuidados y de formación.

Palabras claves: médico interno de hospital, psiquiatría, sufrimiento psíquico, psicótrópos, factores de riesgo, salud pública, epidemiología

Correspondance : C. Robin
<camille.robin@chu-tours.fr>

Introduction

La médiatisation récente de suicides de médecins a ponctué l'actualité médicale de dramatiques expériences de souffrance au travail. Anxiété, dépression, *burn out*, conduites suicidaires : ces tableaux cliniques sont la preuve d'un véritable mal-être parmi la population médicale. Les études internationales [1-3] font état de fortes prévalences de symptômes dépressifs et d'idées suicidaires parmi les étudiants en médecine. La France n'est pas en reste comme l'ont montré des études récentes menées chez des jeunes médecins [4-6]. En psychiatrie, on retrouve par ailleurs des taux prépondérants de symptômes anxiodépressifs [7], de *burn out* [8] et de suicides [9]. La spécialité semble aussi plus touchée par l'usage de psychotropes [10, 11].

La consommation de produits psychoactifs est un symptôme bien réel parmi la population de futurs médecins et s'installerait très tôt dans le cursus médical, notamment par les phénomènes de dopage cognitif [12-15] ou d'automédication [16-18]. En France notamment, si l'usage de substances par les internes est très présent, il l'est particulièrement en psychiatrie [11].

On connaît l'existence de facteurs de risques d'épuisement professionnel spécifiquement liés à la psychiatrie, notamment grâce à l'enquête *Sesmat Santé et satisfaction des médecins au travail* [8] mais aussi par le biais d'autres travaux [7]. Dans ce contexte, parmi les internes il semble que le recours à des produits soit déjà une forme de stratégie de régulation du stress [11, 19].

Notre étude a pour objectif d'évaluer la santé psychique des internes en psychiatrie et leur recours à des produits psychoactifs. Il s'agit aussi, au moyen d'un espace d'expression libre, de leur donner la parole, notamment au sujet des perspectives envisagées dans le soin et la prévention de ces phénomènes.

Matériel et méthodes

Nous avons construit un autoquestionnaire rapide et simple à remplir, validé par un comité d'éthique, comportant 6 parties distinctes : des items récoltant des données démographiques, l'échelle HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*), le questionnaire MBI (*Maslach Burn out Inventory*), des questions sur les consommations, puis une partie plus ciblée sur l'internat de psychiatrie et ses facteurs de stress, l'existence d'idées suicidaires et enfin une partie d'expression libre pour que chaque interne exprime ses commentaires et suggestions autour de l'internat de psychiatrie pour optimiser cette période d'apprentissage et en minimiser les difficultés.

La population ciblée par le questionnaire est l'ensemble des internes inscrits au DES de psychiatrie durant l'année universitaire 2018-2019, à l'échelle de la France. Cet ensemble d'internes a été sollicité par le biais de la *mailing list* de l'Association française fédérative des

étudiants en psychiatrie (Affep), à travers un mail appelant chaque interne en psychiatrie adhérent à répondre à un questionnaire accessible en cliquant sur un lien.

Le seul critère d'inclusion était de recevoir ce mail, donc d'être adhérent à l'Affep, et de répondre au questionnaire dans sa totalité. Aucun élément ne permet d'identifier ou de localiser les répondants.

Un premier envoi a été effectué le 21 avril 2018, un second le 26 avril 2018 puis un dernier le 7 mai 2018, date à laquelle le maximum de 200 réponses a été atteint, ce qui a clôturé l'accès au questionnaire. Les réponses ont par la suite été traduites en totalité dans un tableur, puis codées pour être maniées plus facilement. L'étude est épidémiologique, non interventionnelle, et à visée uniquement descriptive, aucun test statistique n'a donc été utilisé.

Résultats

Population d'étude : données épidémiologiques

L'échantillon d'internes est composé de 65,5 % de femmes et de 34,5 % d'hommes, l'âge moyen est de 27,7 ans. Ils sont 67 % en couple et 33 % célibataires. 89 % d'entre eux n'ont pas d'enfant, 10 % en ont un et 1 % en a plus de deux.

Sur le plan du mode de vie, 42 % vivent en couple, 30,5 % vivent seuls, 15,5 % vivent en colocation, et 12 % vivent en famille.

Au sujet d'un éventuel changement de région entre externat et internat, la répartition est la suivante : 53 % des internes ont quitté leur région initiale d'études et 47 % ont choisi de rester dans leur région d'origine (faculté du concours d'entrée).

La grande majorité des internes en psychiatrie, soit 93,5 %, ont choisi d'apprendre la spécialité psychiatrique, contre 6,5 % qui ont opté par défaut pour la spécialité.

Il y a 5,5 % des internes qui ont usé d'un droit au remords pour faire de la psychiatrie et qui ont quitté la spécialité initialement choisie, 1,5 % qui pense à stopper leurs cursus de psychiatre pour choisir une spécialité différente, et le reste, soit 93 %, n'ont pas fait de droit au remords et ne se voient pas prendre une telle décision.

Ce sont 85 % des internes qui se sont déclarés satisfaits, voire très satisfaits, de leur internat. 12,5 % des internes sont restés neutres, c'est-à-dire « ni satisfait, ni insatisfait », 1,5 % s'est déclaré insatisfait et 1 % très insatisfait.

Enfin, concernant l'internat, 27,5 % des internes ont déjà été tentés de renoncer aux études et de stopper leur cursus en psychiatrie, soit plus d'un interne sur 4.

Statistiques descriptives

Anxiété

Les sujets ayant un score HADS positif pour l'anxiété sont au nombre de 45 (22,5 %), (*figure 1*).

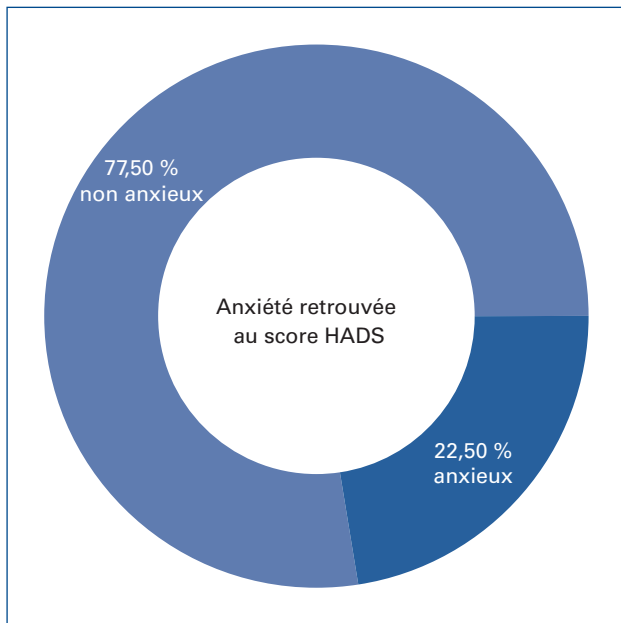


Figure 1. Prévalence de l'anxiété dans la population d'étude.

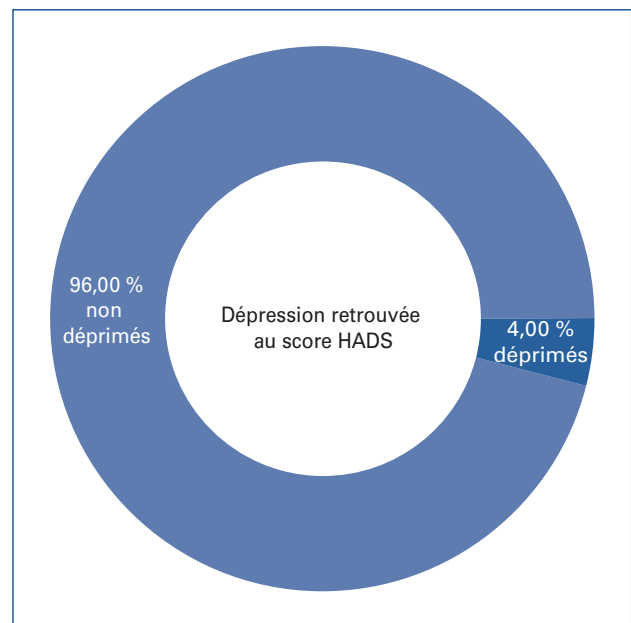


Figure 2. Prévalence de la dépression dans la population d'étude.

Dans cet échantillon :

- 77 % des individus sont des femmes. La différence entre les sexes est marquée en ce qui concerne l'anxiété : les femmes ont un score moyen concernant l'anxiété à 8,2 sur l'échelle HADS, tandis que les hommes ont un score moyen de 6,5 ;
- plus de la moitié (55,5 %) a eu des idées suicidaires ;
- 26,6 % ont une symptomatologie dépressive certaine ou douteuse selon l'échelle HADS ;
- près de 69 % d'entre eux avaient au moins une dimension du *burn out* atteinte. Les scores moyens obtenus à l'échelle MBI décrivent les trois dimensions recherchées comme « modérées », donc il existe une symptomatologie de *burn out*, même si elle est peu marquée ;
- 42,2 % des individus avaient eu l'envie de renoncer à leurs études pendant leur formation.

Dépression

Les sujets ayant un score HADS positif pour la dépression sont au nombre de 8 (4 %). (figure 2).

Dans cet échantillon :

- la majorité sont des femmes (62,5 %) ;
- tous (100 %) ont eu des idées suicidaires ;
- 75 % présentent une symptomatologie anxieuse avérée ou douteuse selon l'échelle HADS ;
- 87,5 % d'entre eux (7/8) avaient au moins une dimension du *burn out* atteinte. Les scores moyens à l'échelle du *burn out* témoignent d'un épuisement professionnel élevé, d'une dimension de dépersonnalisation modérée et d'une baisse d'accomplissement personnel élevée ;
- la moitié (50 %) a pensé à stopper ses études pendant la formation.

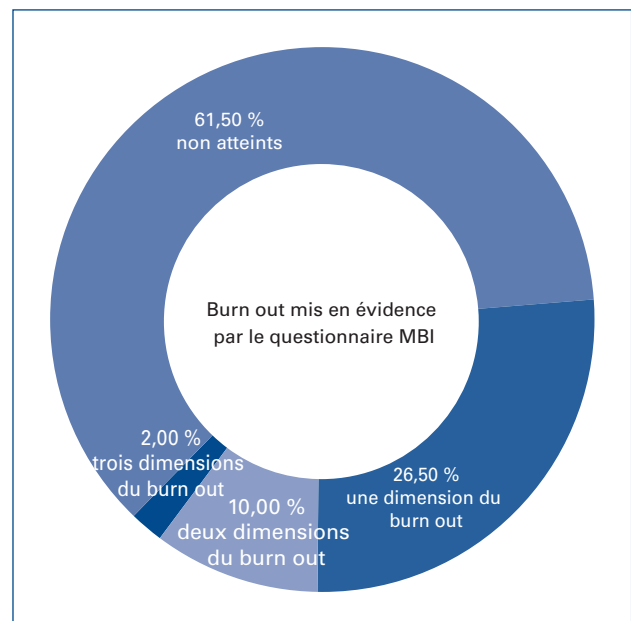


Figure 3. Prévalence du burn out dans la population d'étude.

Burn out

- 53 internes, soit 26,5 % de l'échantillon, avaient un score élevé à l'une des dimensions du *burn out* ;
- 20 internes, soit 10 % de l'échantillon, avaient un score élevé à deux dimensions du *burn out* ;
- enfin, 4 internes, soit 2 % de la population étudiée, avaient un score élevé pour chacune des trois dimensions du *burn out*.

En totalité, 77 internes, soit 38,5 % de la population étudiée, souffraient d'au moins une dimension du *burn out* (figure 3).

Tableau 1. Fréquence de consommation des substances.

	Je l'ai expérimenté (une consommation au cours de ma vie)	Je n'en ai pas consommé le mois précédent malgré plusieurs consommations par le passé	J'en ai consommé une fois au cours du mois précédent	J'en ai consommé plusieurs fois lors du mois précédent	J'en ai consommé tous les jours ou plusieurs fois par semaine le mois précédent	je n'en ai jamais consommé	Total
Tabac	32,5 %	14,5 %	2,0 %	7,0 %	21,0 %	23,0 %	100,0 %
Alcool	5,5 %	5,0 %	10,0 %	54,5 %	24,0 %	1,0 %	100,0 %
Cannabis	40,5 %	18,5 %	4,5 %	5,0 %	2,0 %	29,5 %	100,0 %
Hypnotiques, anxiolytiques	21,5 %	17,0 %	7,0 %	7,5 %	5,0 %	42,0 %	100,0 %
Corticoïdes, cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines	14,5 %	7,0 %	2,5 %	1,0 %	0,0 %	75,0 %	100,0 %
Opiacés	9,5 %	5,5 %	1,0 %	3,5 %	0,0 %	80,5 %	100,0 %
Substances hallucinogènes	11,0 %	2,0 %	0,5 %	0,0 %	0,5 %	86,0 %	100,0 %
Total	19,3 %	9,9 %	3,9 %	11,2 %	7,5 %	48,1 %	

Tableau 2. Motivations à la consommation des substances.

	Par plaisir	Contre le stress	Pour me stimuler (tenir la charge de travail)	Pour oublier des problèmes	Pour dormir	Par habitude ou parce que j'en ai besoin	Pour faire comme les autres	Je n'en ai pas consommé ce dernier mois	Autre	Total
Tabac	19,0 %	12,0 %	1,5 %	0,5 %	0,0 %	7,0 %	6,5 %	45,0 %	8,5 %	100,0 %
Alcool	82,0 %	2,0 %	0,0 %	3,5 %	0,5 %	1,0 %	3,0 %	5,5 %	2,5 %	100,0 %
Cannabis	15,5 %	0,0 %	0,0 %	1,0 %	0,0 %	0,5 %	5,5 %	67,0 %	10,5 %	100,0 %
Hypnotiques/anxiolytiques	0,5 %	11,5 %	0,0 %	2,5 %	18,0 %	1,0 %	0,0 %	57,0 %	9,5 %	100,0 %
Corticoïdes, cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines	9,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	2,5 %	73,0 %	15,5 %	100,0 %
Opiacés	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	2,0 %	0,0 %	0,0 %	78,5 %	19,0 %	100,0 %
Substances hallucinogènes	4,5 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %	78,5 %	15,5 %	100,0 %
Total	18,6 %	3,6 %	0,2 %	1,1 %	2,9 %	1,4 %	2,7 %	57,8 %	11,6 %	

Parmi eux :

- 67,5 % sont des femmes,
- 45 % ont eu des idées suicidaires,
- 40 % ont une symptomatologie anxieuse à l'échelle HADS,
- 9 % ont une symptomatologie dépressive à l'échelle HADS,
- 39 % ont pensé renoncer à leurs études.

Consommation de substances

Pour chaque classe de substances, il est question de caractériser sa fréquence de consommation, la motivation expliquant sa consommation et enfin l'effet du stress professionnel sur la consommation.

Les résultats sont présentés dans les *tableaux 1, 2, 3*. L'analyse des *tableaux 4 à 8*, présentant les consommations de produits en fonction de la symptomatologie

Tableau 3. Incidence du stress sur la consommation des substances.

	Je n'en consomme jamais	Consommation stable	Consommation accrue	Consommation diminuée	Total
Tabac	64,5 %	11,0 %	23,0 %	1,5 %	100,0 %
Alcool	9,5 %	65,0 %	21,5 %	4,0 %	100,0 %
Cannabis	81,0 %	14,0 %	2,5 %	2,5 %	100,0 %
Hypnotiques/Anxiolytiques	71,5 %	7,5 %	18,5 %	2,5 %	100,0 %
Corticoïdes, cocaïne, crack, ecstasy, amphétamines	90,0 %	6,5 %	1,5 %	2,0 %	100,0 %
Opiacés	92,0 %	5,5 %	2,5 %	0,0 %	100,0 %
Substances hallucinogènes	96,5 %	3,5 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Total	72,1 %	16,1 %	9,9 %	1,8 %	

Tableau 4. Anxiété et consommations de substances.

Substances utilisées (consommation régulière à occasionnelle)	Internes anxieux (n = 45)	Internes « non anxieux » (n = 155)
Tabac	10 (22,2 %)	45 (29 %)
Alcool	35 (77,7 %)	124 (80 %)
Cannabis	1 (2,2 %)	13 (8,4 %)
Anxiolytiques/Hypnotiques	12 (27 %)	13 (8,4 %)
Substances psychostimulantes	1 (2,2 %)	1 (0,6 %)
Opiacés	2 (4,4 %)	5 (3,2 %)
Substances hallucinogènes	0	1 (0,6 %)

Tableau 5. Dépression et consommations de substances.

Substances utilisées (consommation régulière à occasionnelle)	Internes déprimés (n = 8)	Internes « non déprimés » (n = 192)
Tabac	4 (50 %)	51 (26 %)
Alcool	5 (62,5 %)	154 (80 %)
Cannabis	2 (25 %)	12 (6,3 %)
Anxiolytiques/Hypnotiques	4 (50 %)	21 (11 %)
Substances psychostimulantes	1 (12,5 %)	1 (0,5 %)
Opiacés	0	7 (3,6 %)
Substances hallucinogènes	1 (12,5 %)	0

Tableau 6. Intensité du burn out et consommations de substances.

Substances utilisées (consommation régulière à occasionnelle)	Internes avec 1 dimension du burn out (n = 53)	Internes avec 2 dimensions du burn out (n = 20)	Internes avec 3 dimensions du burn out (n = 4)	Internes « sans burn out » (n = 123)
Tabac	20 (37,8 %)	3 (15 %)	0	32 (26 %)
Alcool	45 (85 %)	13 (65 %)	2 (50 %)	99 (80,5 %)
Cannabis	3 (5,7 %)	1 (5 %)	0	10 (8,1 %)
Anxiolytiques/Hypnotiques	3 (5,7 %)	6 (30 %)	2 (50 %)	14 (11,4 %)
Substances psychostimulantes	2 (3,8 %)	0	0	0
Opiacés	3 (5,7 %)	1 (5 %)	0	3 (2,4 %)
Substances hallucinogènes	0	1 (5 %)	0	1 (0,8 %)

Tableau 7. Burn out et consommations de substances.

Substances utilisées (consommation régulière à occasionnelle)	Internes présentant 1 à 3 dimensions du <i>burn out</i> (n = 77)	Internes « sains » (n = 123)
Tabac	23 (29,9 %)	32 (26 %)
Alcool	60 (78 %)	99 (80,5 %)
Cannabis	4 (5,2 %)	10 (8,1 %)
Anxiolytiques/Hypnotiques	11 (14,2 %)	14 (11,4 %)
Substances psychostimulantes	2 (2,6 %)	0
Opiacés	4 (5,1 %)	3 (2,4 %)
Substances hallucinogènes	1 (1,2 %)	1 (0,8 %)

Tableau 8. Idées suicidaires et consommations de substances.

Substances utilisées (consommation régulière à occasionnelle)	Internes ayant présenté des idées suicidaires pendant leur formation (n = 65)	Internes « sains » (n = 135)
Tabac	19 (29,2 %)	36 (26,7 %)
Alcool	45 (69,2 %)	114 (84,4 %)
Cannabis	6 (9,2 %)	8 (6 %)
Anxiolytiques/Hypnotiques	14 (21,5 %)	11 (8,1 %)
Substances psychostimulantes	2 (3 %)	0
Opiacés	4 (6,1 %)	3 (2,2 %)
Substances hallucinogènes	1 (1,5 %)	0

de souffrance psychique décrite par les internes, nous apporte ces informations :

- Les proportions de consommateurs réguliers ou occasionnels d’anxiolytiques, de substances psychostimulantes et d’opiacés sont plus importantes parmi le groupe « anxieux » face aux « non anxieux ».

- Les proportions de consommateurs réguliers ou occasionnels de tabac, de cannabis, d’anxiolytiques, de substances psychostimulantes et hallucinogènes sont plus importantes dans le groupe « déprimés » que dans le groupe « non déprimés ».

- Les proportions de consommateurs réguliers à occasionnels de tabac, d’anxiolytiques, de psychostimulants, d’opiacés et de substances hallucinogènes sont plus importantes chez les internes qui présentent au moins une dimension du *burn out*. Les anxiolytiques et hypnotiques suivent une progression constante en fonction du nombre de dimensions de *burn out* touchées : plus il y a de dimensions dans le tableau clinique, plus ils sont consommés.

- Enfin, on remarque une tendance qui concerne toutes les substances – sauf l’alcool : le groupe d’internes qui a présenté des idées suicidaires comporte plus de consommateurs que le groupe d’internes indemnes d’idées suicidaires.

Facteurs de stress en psychiatrie

À la question des spécificités de l’internat en psychiatrie qui seraient source de stress, 172 réponses sur 200 ont pu être exploitées. En effet, certaines réponses mentionnaient plus ou moins trois spécificités. Elles n’ont pas été conservées. Les pourcentages présentés concernent donc un échantillon de 172 internes.

Si l’on classe les 5 réponses les plus choisies, qui représentent chacune plus de 10 % des occurrences, on obtient dans l’ordre décroissant :

- la violence des patients envers le corps soignant,
- la confrontation au suicide,
- la possibilité de réaliser une erreur médicale (diagnostique, thérapeutique),
- la violence des situations de vie des patients,
- la contrainte dans les soins (contention physique, chambre de sécurité).

Les « autres » réponses, librement écrites, étaient :

- « la difficulté à prendre en charge de manière optimale les patients compte tenu des moyens à disposition »,
- « les relations au sein de l’équipe de soins »,
- « le manque de temps de supervision et de parole autour d’une situation complexe »,
- « la responsabilité médicale sur le plan judiciaire »,

- « les urgences somatiques »,
- « le manque de moyens »,
- « l'incertitude »,
- « le travail conjoint avec les autres membres du corps soignant ».

Idées suicidaires

Depuis le début de leur formation, 32,5 % des internes ont déclaré avoir eu des idées suicidaires, soit près d'un interne sur trois (*figure 4*).

Analyse des commentaires libres

En toute fin de questionnaire, à travers un espace d'expression libre, chaque interne était invité à faire des commentaires ou suggestions dans l'objectif d'optimiser l'internat de psychiatrie, et d'en minimiser les difficultés. Soixante-sept internes, soit un interne sur trois (33,5 %), ont utilisé cet espace pour y rédiger un avis. La majorité des avis répondaient à la proposition faite, et mentionnaient des difficultés liées à l'internat de psychiatrie, et de potentielles solutions pour y faire face. Cela concernait, par ordre décroissant d'occurrences :

- la supervision : cette dimension a été la plus évoquée. Il était question d'un manque d'encadrement par les médecins seniors, dommageable pour beaucoup qui auraient souhaité plus de « debriefing », et d'espace d'échanges autour des prises en charge, surtout en situation de difficulté ;

- la formation : l'intégration de la formation à la psychothérapie au sein de l'internat (via la faculté ou par accord avec des écoles de formation) a été mentionnée à plusieurs reprises. Ce qui était demandé plus précisément était d'accéder à des formations à la gestion de la violence et de l'agressivité des patients rencontrés, ou même à la poursuite d'une formation somatique ;

- la charge empathique liée à la psychiatrie et le suivi d'une thérapie personnelle : de nombreux internes partageaient leur ressenti positif vis-à-vis d'un espace thérapeutique personnel durant l'internat de psychiatrie, du suivi psychologique à l'initiation d'une psychanalyse ;

- le rôle de l'interne et la considération qui lui est apportée : plusieurs personnes ont souhaité que l'interne soit réhabilité à une place d'apprenant, et non à une place parfois trop centrale dans le fonctionnement hospitalier. On demandait ainsi du respect et de la reconnaissance vis-à-vis du travail de l'interne, autant apprenant que soignant ;

- les temps de travail et de formation ainsi que l'organisation de l'internat : le respect du temps de travail a été mentionné à de multiples reprises, ainsi que celui du temps de formation (respect des demi-journées consacrées au travail personnel et à la formation) ; Ce point rejoignait le précédent dans le sens où certains témoignaient de leur impression d'être peu respectés

dans leur statut d'étudiant-travailleur. Il était question « d'en finir » avec la pression et la culpabilité ressentie à demander ses temps de formation, de repos de garde, et de congés ;

- l'image de la psychiatrie et la communication avec les autres spécialités médicales : il était question de l'image péjorative de la psychiatrie, et des difficultés de communication avec certaines spécialités, notamment somatiques. Sans que la stigmatisation soit évoquée en ces mots, il s'agissait tout de même de redonner « son prestige » à la psychiatrie, ce qui laissait supposer un jugement négatif vis à vis de la spécialité.

- l'équilibre entre internat et vie personnelle : l'attention était portée sur la conservation d'une vie personnelle riche et épanouissante ;

- les relations avec le personnel hospitalier : faire attention à l'autre, éviter la maltraitance soignante, s'entraider et apprendre à gérer le travail en équipe faisait l'objet de certains commentaires.

D'autres sujets à améliorer comme le poids de l'administration et la violence institutionnelle faisaient écho aux modifications récentes des conditions de travail en psychiatrie.

Discussion

La santé psychique des internes en psychiatrie

Dans notre étude, les taux d'individus anxieux et déprimés sont respectivement de 22,5 % et 4 %, ce qui est bien moindre que les résultats de l'étude menée par l'ISNI mais qui pourrait s'expliquer par le seuil que l'on a utilisé, plus strict, pour valider la symptomatologie recherchée [4]. Néanmoins, chez des internes français de toutes spécialités, un travail de thèse publié en 2015 avait des résultats approchant les nôtres [20]. Le sexe féminin est une variable qui semble corrélée à un état psychique de moins bonne qualité, ce qui a été nettement mis en évidence par des travaux français et étrangers [7, 21-23].

Il a été relevé 38,5 % des internes concernés par au moins une des dimensions du *burn out* et 2 % concernés par un *burn out* sévère touchant les trois dimensions. L'épuisement émotionnel était présent à 17 %, la dépersonnalisation à 13,5 % et la perte d'accomplissement personnel à 22,5 %. À titre de comparaison, un niveau élevé de *burn out* était retrouvé parmi 10 % des internes en psychiatre comme le montrait Olivier Andlauer dans sa thèse [24]. Récemment, des médecins psychiatres de Marseille ont mis en évidence à travers une revue de la littérature sur le sujet du *burn out* que près de 49 % des médecins français sont en état d'épuisement professionnel [25]. Par ailleurs, cette méta analyse sans précédent fait état d'un risque plus important de dépersonnalisation chez les jeunes internes, qui présentent aussi un plus faible taux d'accomplissement personnel, ce que l'on retrouve dans nos travaux.

Enfin, la proportion d'internes ayant eu des idées suicidaires s'élève à 32,5 % dans notre population d'étude. Notre résultat est bien supérieur à ceux des études françaises qui se sont penchées sur ce symptôme parmi la population médicale plus globale [4, 6]. Cela pourrait s'expliquer par la période concernée qui inclut toutes les années de formation depuis l'entrée en médecine, cela demanderait donc de distinguer l'internat des années précédant son concours. Pour autant, exception faite de l'alcool, on retrouve plus de consommateurs parmi les internes ayant été en proie à des idées suicidaires par rapport aux internes indemnes de ce symptôme.

La consommation de substances par les internes en psychiatrie

Dans notre étude, l'alcool, le tabac et la classe des médicaments anxiolytiques étaient les principales substances utilisées. Elles l'étaient aussi dans les groupes d'individus anxieux et déprimés, qui se démarquaient par les motivations de consommation citées. Parmi eux, à travers l'utilisation du tabac, de l'alcool, du cannabis et des anxiolytiques, les consommateurs les plus réguliers déclaraient de façon répétée des motivations « utiles » dans le sens où les substances étaient majoritairement utilisées pour réguler stress, sommeil et pensées négatives. En ce qui concernait les internes en *burn out*, leur consommation d'anxiolytiques augmentait avec le nombre de dimension altérée dans le tableau clinique. Ces résultats suggéraient une association entre souffrance psychique et consommation de substances psychoactives, comme l'ont montré d'autres études françaises [7, 8, 11, 19].

Les facteurs de stress spécifiques à la psychiatrie

Les résultats ont en commun une certaine forme de violence, essentielle à considérer dans une population de médecins en formation pour qui la gestion de ces facteurs de stress ne va pas de soi. Par ailleurs, la question de l'erreur médicale et donc de la responsabilité juridique doit être soulignée, tant elle est importante dans le paradigme actuel de la santé. Ces pistes sont à intégrer aux questionnements sur les pratiques actuelles et ouvrent des sujets de réflexion sur l'apprentissage de la psychiatrie. La demande explicite de formation face à la violence, formulée dans les commentaires libres, vient directement témoigner d'un sentiment partagé par les internes.

Biais méthodologiques : les limites de l'étude

Malgré les soins qui lui ont été portés, cette étude comporte des biais méthodologiques, dont le principal est un biais de recrutement, expliqué par l'intérêt pré-

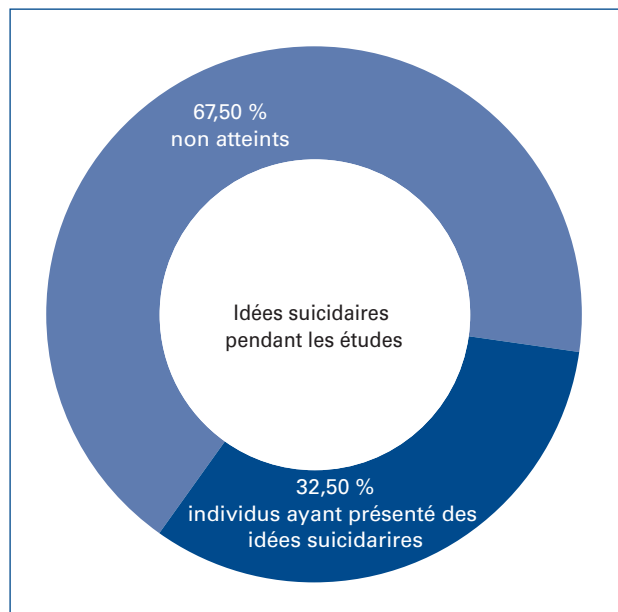


Figure 4. Prévalence des idées suicidaires dans la population d'étude.

senti par l'interne vis-à-vis du sujet de l'étude : ceux qui ont répondu au questionnaire se sont peut-être sentis davantage concernés, sélectionnant au passage des internes en psychiatrie aux prises avec des difficultés psychiques.

Notre étude comporte aussi un biais de sélection du fait du moyen de diffusion du questionnaire par mail, qui, bien que garantissant l'anonymat des réponders, repose sur l'adhésion des internes à l'association Affep. De la même façon, l'étude comporte un biais de diffusion du fait du statut associatif du moyen de communication utilisé. Les internes de la *mailing list* sont probablement plus intéressés par la vie associative et notamment par les enquêtes menées annuellement par l'Affep, sur des questions éthiques, sociales, et plutôt engagées bien que l'association n'ait pas le statut d'un syndicat.

De plus, un biais d'induction se doit d'être mentionné, par la forme même du questionnaire et le contenu des questions qui peuvent présupposer l'existence même d'une souffrance psychique et de facteurs de stress au cours de l'internat de psychiatrie. Certaines formulations vont à l'encontre d'une neutralité attendue et nécessaire pour l'étude, afin d'éviter d'orienter les résultats. C'est pour cette raison qu'un choix « autre » est néanmoins proposé pour les questions proposant un nombre fini de réponses, le répondeur pouvant s'extraire de la liste proposée et mentionner son propre choix. La possibilité de personnaliser sa réponse est donnée à plusieurs reprises, notamment par un espace de commentaire libre à la fin du questionnaire.

Un biais de mémorisation a pu intervenir en ce qui concerne les questions concernant une période passée. Un interne en fin de cursus peut en effet avoir plus de difficultés à se souvenir par exemple de la présence d'idées

suicidaires en début d'internat, ou de sa volonté de stopper les études. Cela peut aussi dépendre de facultés inconscientes de remémoration, modifiées par l'état de santé psychique ou des moyens défensifs personnels du répondant au moment du remplissage du questionnaire.

Enfin, on ne peut écarter la présence d'un biais d'évaluation : la symptomatologie recherchée peut être déclarée de façon exagérée ou au contraire minimisée, intentionnellement ou pas. La sous-déclaration est un problème rencontré fréquemment dans ce contexte de consommation de substances, et l'évaluation de la souffrance psychique est directement modifiée par un individu en proie à un *burn out* ou une dépression [8].

Conclusion

Les réponses apportées au moyen de l'auto-questionnaire permettent de souligner des résultats qui interpellent, en accord avec les données actuelles de la littérature. On retrouve parmi les internes en psychiatrie une souffrance réelle, exprimée au travers de tableaux cliniques d'anxiété (22,5 %), de dépression (4 %) et de *burn out* (10 %). Les proportions d'internes ayant été confrontés à des idées suicidaires durant leur cursus (32,5 %), ainsi qu'à l'envie de renoncer à leurs études (27,5 %), sont alarmantes. On peut être étonné du contraste entre cette forte proportion d'internes ayant pensé à stopper l'internat et le peu d'insatisfaction exprimée (2,5 %) à propos de cette période spécifique dans leur cursus. Sans doute parce que les motivations à stopper les études ne concernent pas l'exercice de la psychiatrie en tant que tel, mais bien des éléments extérieurs. Nous pouvons penser aux facteurs inhérents à l'internat tels que le statut de l'interne, l'éloignement familial, la stigmatisation de la spécialité.

Ces données, même si elles viennent confirmer un mal-être d'ores et déjà rendu public, se doivent de nous faire réagir. En psychiatrie, précisément, cette mission paraît plus qu'évidente, d'autant plus que le recours à des produits psychotropes semble, dans notre étude mais aussi dans bien d'autres travaux récents, être liée à une forme de stratégie de régulation de cette souffrance psychique. Cela encourage à considérer autrement la consommation de produits au sein de cette population médicale.

Dans cette optique, les recours thérapeutiques disponibles actuellement regroupent le suivi individuel spécialisé, mais aussi la médecine du travail, les services de médecine universitaire, voire les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU). Le rôle des associations est actuellement de proposer des dispositifs d'assistance, souvent dans l'urgence, qui viennent soutenir les soignants en souffrance pour les orienter vers une prise en soins adaptée. Plus en amont, certaines facultés ont élaboré des bureaux d'interface professeurs-étudiants (BIPE) dont le rôle assez large

recouvre celui de mettre en place des solutions face à des problèmes rencontrés durant les études, mais aussi de conseiller ou de former les étudiants à certaines formes de solutions (groupes de travail, méditation). Mentionnons aussi les formations diplômantes telles que le diplôme inter-universitaire « Soigner les soignants » coordonné par les professeurs Eric Galam et Jean-Marc Soulat. Dans ce même sens, les instances officielles prennent aujourd'hui en compte le mal-être des étudiants en santé, notamment par le biais d'engagements gouvernementaux comme l'a permis le rapport du médecin psychiatre Dr Donata Marra en 2018 [26]. Pour finir, et parce que les perspectives à envisager ne seraient pas complètes sans la participation directe des sujets à risque, citons les principales pistes formulées par les internes en psychiatrie eux-mêmes : l'élaboration de temps d'échange et de supervision au cours de l'apprentissage de la discipline, la possibilité de suivre une formation concernant la gestion de la violence rencontrée en psychiatrie, la mise en place systématique d'un espace personnel de parole ou même de façon plus banale le respect de la législation du travail.

À l'heure actuelle, s'il apparaît urgent de développer ces recours, la reconnaissance de la souffrance psychique est une première étape à ne pas négliger, tant cette tendance qu'ont les médecins à négliger leur propre santé ou nier leurs vulnérabilités paraît importante [27].

Liens d'intérêt l'auteure déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Puthran R, Zhang MWB, Tam WW, Ho RC. Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Med Educ* 2016 ; 50 : 456-68.
2. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA* 2016 ; 316 : 2214-36.
3. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Angelantonio ED, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015 ; 314 : 2373-83. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2474424> (consulté le 20 février 2018).
4. ISNI. Dossier « Enquête santé mentale ». *H le magazine des jeunes médecins* 2017 ; 17 : 16-21.
5. Hardy P, Penchaud AL, Lavigne B, Lardinois M. Santé mentale des internes en psychiatrie : quelle prise en charge et quelles recommandations ? *European Psychiatry* [Internet] 2015 ; 30 (8, Supplement) : S52. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933815003272> (consulté le 17 avr 2018).
6. Conseil national de l'ordre des médecins. *Santé des étudiants et jeunes médecins*. 2016. [Internet]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726> (consulté le 30 mars 2019).
7. Blond M. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. De la flamme au burn out. *L'information psychiatrique* 2016 ; 96 : 625-39. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-8-page-625.htm> (consulté le 25 juin 2018).
8. Estryn-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SES-

MAT). *L'information psychiatrique* 2011 ; 87 : 95-117. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-2-page-95.htm> (consulté le 25 juin 2018).

9. Leopold Yves. « Les chiffres du suicide chez les médecins ». In : *Rapport au conseil national de l'ordre des médecins*, Octobre 2003.

10. Hughes PH, Baldwin DC, Sheehan DV, Conard S, Storr CL. Resident physician substance use, by specialty. *Am J Psychiatry* 1992;149: 1348-54.

11. Fond G, Bourbon A, Micoulaud-Franchi J-A, Auquier P, Boyer L, Lançon C. Psychiatry: A discipline at specific risk of mental health issues and addictive behavior? Results from the national Bourbon study. *J Affect Disord* 2018; 238: 534-8.

12. Carton L, Cabé N, Ménard O, Deheul S, Caous AS, Devos D, et al. Dopage cognitif chez les étudiants : un moyen chim(ér)ique de s'en mettre plein la tête ? *Thérapie* 2017 ; 73 : 319-29. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595717301853> (consulté le 21 janvier 2018).

13. Fond G, Gavaret M, Vidal C, Brunel L, Riveline J-P, Micoulaud-Franchi J-A, et al. (Mis)use of Prescribed Stimulants in the Medical Student Community: Motives and Behaviors: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95:e3366.

14. Teter CJ, McCabe SE, LaGrange K, Cranford JA, Boyd CJ. Illicit use of specific prescription stimulants among college students: prevalence, motives, and routes of administration. *Pharmacotherapy* 2006;26: 1501-10.

15. White BP, Becker-Blease KA, Grace-Bishop K. Stimulant medication use, misuse, and abuse in an undergraduate and graduate student sample. *J Am Coll Health* 2006; 54: 261-8.

16. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. *JAMA* 1991 ; 265 : 2069-73.

17. Kumar P, Basu D. Substance abuse by medical students and doctors. *J Indian Med Assoc* 2000;98: 447-52.

18. Papazisis G, Tsakiridis I, Pourzitaki C, Apostolidou E, Spachos D, Kouvelas D. Nonmedical Use of Prescription Medications Among Medical Students in Greece: Prevalence of and Motivation for Use.

Substance Use & Misuse 2018 ; 53 : 77-85. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1325373> (consulté le 23 janvier 2018).

19. Ouagazzal O, Halim Boudoukha A, Séjourné A, Denis N. Consommation de substances psychoactives chez les internes : une stratégie de régulation du stress professionnel ? *Annales médico-psychologiques* 2018; 176: 985-90.

20. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prevalence of anxiety disorders and depression among junior doctors and their links with their work. *Presse Med* 2015;44: e84-91.

21. Fond G, Bourbon A, Auquier P, Micoulaud-Franchi J-A, Lançon C, Boyer L. Venus and Mars on the benches of the faculty: Influence of gender on mental health and behavior of medical students. Results from the Bourbon national study. *J Affect Disord* 2018; 239: 146-51.

22. Danset A. *La santé psychique des externes en médecine des universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot : une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique*. [Thèse d'exercice, UFR de médecine]. Tours (France) : Université de Tours, 2017.

23. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelernter J, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 557-65.

24. Andlauer O. *Le burnout chez les internes en psychiatrie français*. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie ; 2008.

25. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2019 ; 246 : 132-47. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718314873> (consulté le 24 juin 2019).

26. *Rapport du Dr Donata Marra sur la qualité de vie des étudiants en santé* [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante> (consulté le 4 juin 2018).

27. Galam E. Ehpad, hôpital : prendre soin de ceux qui nous soignent... et puis quoi encore ? [Internet]. *The Conversation* 2017. <http://theconversation.com/prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-et-puis-quoi-encore-74653> (consulté le 4 juin 2018).



Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin

• Février 2014
• 14,8 x 21 cm / 192 pages
• ISBN : 978-2-7040-1394-4

Tension, stress, risque de *burn-out* ...

Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.



Ouvrage disponible sur www.jle.com

doin®

John Libbey
EUROTEXT