



HAL
open science

Prendre soin du soin : état des lieux des troubles anxio-dépressifs chez les internes : revue systématique de la littérature

Léa Aubert

► To cite this version:

Léa Aubert. Prendre soin du soin : état des lieux des troubles anxio-dépressifs chez les internes : revue systématique de la littérature. Sciences pharmaceutiques. 2019. hal-03297896

HAL Id: hal-03297896

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297896>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**UNIVERSITE DE LORRAINE
2019**

FACULTE DE PHARMACIE

**MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
de PHARMACIE HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES**

Soutenu devant le Jury Interrégional

Le 30 avril 2019

Par Aubert Léa
née le 28 octobre 1989

Conformément aux dispositions de l'arrêté

du 4 octobre 1988 tient lieu de

**THESE
pour le DIPLOME D'ETAT
de DOCTEUR en PHARMACIE**

Prendre soin du soin : état des lieux des troubles anxio-dépressifs chez les internes.
Revue systématique de la littérature.

Membres du Jury

Président : Mme Béatrice Demoré, PU-PH, Pharmacien
Directeurs : Mme Céline Mongaret, MCU-PH, Pharmacien
Mme Pauline Quillet, PH, Pharmacien
Juge : Mme Alice Krahenbuhl, Docteur en médecine.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE PHARMACIE
Année universitaire 2018-2019

DOYEN

Raphaël DUVAL

Vice-Doyen

Julien PERRIN

Directrice des études

Marie SOCHA

Conseil de la Pédagogie

Présidente, Brigitte LEININGER-MULLER

Vice-Présidente, Alexandrine LAMBERT

Collège d'Enseignement Pharmaceutique Hospitalier

Présidente, Béatrice DEMORE

Commission Prospective Facultaire

Président, Christophe GANTZER

Vice-Président, Jean-Louis MERLIN

Commission de la Recherche

Présidente, Caroline GAUCHER

Chargés de Mission

Communication

Marie-Paule SAUDER

Innovation pédagogique

Alexandrine LAMBERT

Référente ADE

Virginie PICHON

Référent dotation sur projet (DSP)

Dominique DECOLIN

Responsabilités

Filière Officine

Caroline PERRIN-SARRADO

Filière Industrie

Julien GRAVOULET

Isabelle LARTAUD,

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Filière Hôpital

Béatrice DEMORE

Marie SOCHA

Pharma Plus ENSIC

Jean-Bernard REGNOUF de VAINS

Pharma Plus ENSALA

Xavier BELLANGER

Pharma Plus ENSGSI

Igor CLAROT

Cellule de Formation Continue et Individuelle

Luc FERRARI

Commission d'agrément des maîtres de stage

François DUPUIS

ERASMUS

Mihayl VARBANOV

DOYENS HONORAIRES

Chantal FINANCE

Francine PAULUS

Claude VIGNERON

PROFESSEURS EMERITES

Jeffrey ATKINSON

Max HENRY

Pierre LEROY

Claude VIGNERON

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Claude BLOCK

Pierre DIXNEUF

Chantal FINANCE

MAITRES DE CONFERENCES HONORAIRES

Monique ALBERT

Mariette BEAUD

François BONNEAUX

Marie-Madeleine GALTEAU
Thérèse GIRARD
Michel JACQUE
Pierre LABRUDE
Vincent LOPPINET
Alain NICOLAS
Janine SCHWARTZBROD
Louis SCHWARTZBROD

Gérald CATAU
Jean-Claude CHEVIN
Jocelyne COLLOMB
Bernard DANGIEN
Marie-Claude FUZELLIER
Françoise HINZELIN
Marie-Hélène LIVERTOUX
Bernard MIGNOT
Blandine MOREAU
Dominique NOTTER
Francine PAULUS
Christine PERDICAKIS
Marie-France POCHON
Anne ROVEL
Gabriel TROCKLE
Maria WELLMAN-ROUSSEAU
Colette ZINUTTI

ASSISTANTS HONORAIRES

Marie-Catherine BERTHE
Annie PAVIS

ENSEIGNANTS

Section
CNU*

Discipline d'enseignement

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Danièle BENSOUSSAN-LEJZEROWICZ	82	Thérapie cellulaire
Béatrice DEMORE	81	Pharmacie clinique
Jean-Louis MERLIN	82	Biologie cellulaire
Jean-Michel SIMON	81	Economie de la santé, Législation pharmaceutique
Nathalie THILLY	81	Santé publique et Epidémiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Christine CAPDEVILLE-ATKINSON	86	Pharmacologie
Igor CLAROT	85	Chimie analytique
Joël DUCOURNEAU	85	Biophysique, Acoustique, Audioprothèse
Raphaël DUVAL	87	Microbiologie clinique
Béatrice FAIVRE	87	Hématologie, Biologie cellulaire
Luc FERRARI	86	Toxicologie
Pascale FRIANT-MICHEL	85	Mathématiques, Physique
Christophe GANTZER	87	Microbiologie
Frédéric JORAND	87	Eau, Santé, Environnement
Isabelle LARTAUD	86	Pharmacologie
Dominique LAURAIN-MATTAR	86	Pharmacognosie
Brigitte LEININGER-MULLER	87	Biochimie
Philippe MAINCENT	85	Pharmacie galénique
Patrick MENU	86	Physiologie
Jean-Bernard REGNOUF de VAINS	86	Chimie thérapeutique
Bertrand RIHN	87	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Alexandre HARLE	82	Biologie cellulaire oncologique
Julien PERRIN	82	Hématologie biologique
Loïc REPPPEL	82	Biothérapie
Marie SOCHA	81	Pharmacie clinique, thérapeutique et biotechnique

MAITRES DE CONFÉRENCES

Sandrine CAPIZZI BANAS	87	Parasitologie
Xavier BELLANGER	87	Parasitologie, Mycologie médicale
Emmanuelle BENOIT	86	Communication et Santé
Isabelle BERTRAND	87	Microbiologie
Michel BOISBRUN	86	Chimie thérapeutique
Ariane BOUDIER	85	Chimie Physique
Cédric BOURA	86	Physiologie
Joël COULON	87	Biochimie
Sébastien DADE	85	Bio-informatique
Dominique DECOLIN	85	Chimie analytique
Roudayna DIAB	85	Pharmacie galénique
Natacha DREUMONT	87	Biochimie générale, Biochimie clinique
Florence DUMARCAÏ	86	Chimie thérapeutique
François DUPUIS	86	Pharmacologie
Reine EL OMAR	86	Physiologie
Adil FAIZ	85	Biophysique, Acoustique
Anthony GANDIN	87	Mycologie, Botanique
Caroline GAUCHER	86	Chimie physique, Pharmacologie
Stéphane GIBAUD	86	Pharmacie clinique
Thierry HUMBERT	86	Chimie organique
Olivier JOUBERT	86	Toxicologie, Sécurité sanitaire

ENSEIGNANTS (suite)Section
CNU*

Discipline d'enseignement

Alexandrine LAMBERT	85	Informatique, Biostatistiques
Julie LEONHARD	86/01	Droit en Santé
Christophe MERLIN	87	Microbiologie environnementale
Maxime MOURER	86	Chimie organique
Coumba NDIAYE	86	Epidémiologie et Santé publique
Arnaud PALLOTTA	86	Bioanalyse du médicament
Marianne PARENT	85	Pharmacie galénique
Caroline PERRIN-SARRADO	86	Pharmacologie
Virginie PICHON	85	Biophysique
Sophie PINEL	85	Informatique en Santé (e-santé)
Anne SAPIN-MINET	85	Pharmacie galénique
Marie-Paule SAUDER	87	Mycologie, Botanique
Guillaume SAUTREY	85	Chimie analytique
Rosella SPINA	86	Pharmacognosie
Sabrina TOUCHET	86	Pharmacochimie
Mihayl VARBANOV	87	Immuno-Virologie
Marie-Noëlle VAULTIER	87	Mycologie, Botanique
Emilie VELOT	86	Physiologie-Physiopathologie humaines
Mohamed ZAIYOU	87	Biochimie et Biologie moléculaire

PROFESSEUR ASSOCIE

Julien GRAVOULET	86	Pharmacie clinique
------------------	----	--------------------

PROFESSEUR AGREGÉ

**Disciplines du Conseil National des Universités :*

80 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

81 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

82 : Personnels enseignants et hospitaliers de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

85 ; Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

86 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences du médicament et des autres produits de santé

87 : Personnels enseignants-chercheurs de pharmacie en sciences biologiques, fondamentales et cliniques

11 : Professeur agrégé de lettres et sciences humaines en langues et littératures anglaises et anglo-saxonnes

SERMENT DES APOTHCAIRES



Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'ordre des pharmaciens et de mes condisciples :

D' honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine ; en aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.



« LA FACULTE N'ENTEND DONNER AUCUNE
APPROBATION, NI IMPROBATION AUX OPINIONS
EMISES DANS LES THESES, CES OPINIONS DOIVENT
ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEUR
AUTEUR ».

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette thèse est avant tout une merveilleuse collaboration et co-création.

Ce projet m'a permis, au-delà de mes espérances, d'effectuer une véritable introspection, un bilan sur le sens que je donnais à ma vie à travers ma profession.

Je tiens à remercier de tout cœur ma chère amie Alice, sans qui ce voyage n'aurait pas pu exister. Merci de faire partie de ma vie et de m'accompagner sur ce chemin vers toujours plus de conscience.

Un immense merci à ma chère amie et mentor Céline qui accompagne mes projets avec beaucoup de bienveillance. C'est une vraie chance de l'avoir comme guide dans ma vie. Elle m'encourage à réaliser mes rêves et surtout à reconnaître l'essentiel dans chaque chose et chaque instant.

De plus, je souhaiterais remercier avec beaucoup d'amour ma chère amie Pauline, une personne merveilleuse et rayonnante qui me conseille avec douceur et confiance. Merci d'être là, merci d'exister.

Ces trois personnes représentent les piliers de ce travail, sans elles rien n'aurait pu être possible. Merci d'avoir cru en nous et en ce pari fou de réaliser ce travail.

Un grand merci au professeur Béatrice Demoré pour tout l'intérêt porté au projet.

Un grand merci à tous mes très chers co-internes. Ces personnes merveilleuses qui sont maintenant aux 4 coins de la France. Je suis très heureuse d'avoir partagé ces moments de vie avec vous tous.

Merci à toi, ma chère amie mais aussi tellement plus Camille dite Momo. Un vrai bonheur d'évoluer à tes côtés.

Merci à mes chers collègues et surtout amis du CRPV pour ces très belles années passées à vos côtés.

Merci à toute l'équipe de la pharmacie pour vos conseils, vos sourires et votre présence.

Merci à ma belle Sylvie et à ma chère Denise,

Merci à Antoine pour toutes ces expériences de pleines consciences qui m'ont permis d'aller plus loin vers qui je suis.

Merci à mes chers amis de la faculté pour leur amour et leur bonne humeur.

Merci à mes amies d'enfance pour leur présence et leur soutien.

Merci à mon pacsou, cet homme merveilleux qui partage ma vie et m'apporte autant de bonheur au quotidien.

Merci à ma famille et à leur soutien sans faille.

Merci à Lola et Croquet pour leur amour inconditionnel

Et enfin Merci à vous lecteur, merci de vous proposer cette expérience.

L'AMOUR EST UNE PUISSANCE INFINIE

SOMMAIRE

Introduction	7
Partie I : Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes en pharmacie hospitalière de l'inter-region nord-est.....	12
I. Introduction : troubles anxieux, troubles dépressifs et idées suicidaires	13
1. Troubles anxieux	13
2. Troubles dépressifs et idées suicidaires	15
3. Objectifs.....	17
II. Matériels et méthodes	18
1. Caractéristiques de l'étude.....	18
2. Critères d'évaluation.....	18
3. Traitement des données	19
III. Résultats et Discussion	20
1. Descriptif de la population de l'étude.....	20
2. Prévalence des troubles anxio-dépressifs	21
3. Prévalence des idées suicidaires et tentatives de suicide.....	22
4. Prévention.....	22
IV. Conclusion et perspectives	23
Partie II : Revue systématique de la littérature sur la prévalence de l'anxiété et de la dépression chez les internes dans le monde durant les 5 dernières années	24
I. Introduction	25
II. Matériels et méthodes	27
1. Sujets d'étude	27
2. Anxiété et dépression.....	27
3. Taux de suicide.....	28
4. Critères d'exclusion.....	28

5. Méthode de recherche initiale pour l'évaluation de l'éligibilité à l'étude.....	29
III. Résultats et Discussion	31
1. Prévalence de la dépression et de l'anxiété	31
2. Taux de suicide et prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	32
3. Prévalence de la dépression et de l'anxiété : caractéristiques des études incluses	38
4. Idées suicidaires et taux de suicide : caractéristiques des études incluses	39
IV. Conclusions et perspectives	40
Discussion / ouverture	41
Résumé :	59

INDEX DES FIGURES

Figure n°1 : prévalence des symptomatologies anxieuses et dépressives d'après l'échelle HADS	22
Figure 2 : diagramme de flux : critères d'exclusion pour la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	32
Figure 3 : diagramme de flux : critères d'exclusion pour les études traitant du taux de suicide et de la prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)	33

INDEX DES TABLEAUX

Tableau I : caractéristiques de la population.....	20
Tableau II : critères d'éligibilité des études pour la prévalence de l'anxiété et de la dépression	27
Tableau III : critères d'éligibilité des études pour les taux de suicide et prévalence des idées suicidaires.....	28
Tableau IV : critères d'exclusion.....	28
Tableau V : termes choisis pour sélectionner les études traitant de la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	29
Tableau VI : termes choisis pour sélectionner les études traitant du taux de suicide et de la prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	29
Tableau VII: base de données Medline [®] pour la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	31
Tableau VIII: base de données Medline [®] pour le taux de suicide et de la prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).....	33
Tableau IX : caractéristiques des études retenues.....	34

TABLE DES ANNEXES

Annexe n°1 : Etat des lieux de la qualité de vie au travail des internes en pharmacie hospitalière dans l'inter-région Nord-Est

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML : association d'aide professionnelle aux médecins libéraux
ANEMF : association nationale des étudiants en médecine de France
ARS : agences régionales de santé
ASRA : aide aux soignants de Rhône Alpes
AWLS : areas of work life scale
BDI : beck depression inventory-short
BFI : big five inventory
CADEM : cellule d'accompagnement des étudiants en médecine
CHU : centre hospitalier universitaire
DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSM-V : diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5^{ème} édition
GAD : generalized anxiety disorder
GHQ : general health questionnaire
GHT : groupements hospitaliers de territoire
HADS : hospital anxiety and depression scale
INPS : institut national de la planification et de la statistique
ISNAR-IMG : intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale
ISNCCA : intersyndicat national des chefs de clinique et assistants
ISNI : intersyndicale nationale des internes
MBI- GS : maslach burnout inventory general survey
MDI : major depression inventory
MOTS : médecin organisation travail santé
OMS : organisation mondiale de la santé
PHQ : patient health questionnaire
PRIME MD : primary care evaluation of mental disorders
PSS : perceived stress scale
SIBQ : injurious behavior questionnaire
SMART : santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail
SPS : soins aux professionnels en santé
SUMPPS : service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

INTRODUCTION

Du 31 janvier 2017 au 1^{er} avril 2017, l'Intersyndicale nationale des internes (ISNI), l'Intersyndicat national des chefs de clinique et assistants (ISNCCA), l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) et l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) ont mené une enquête sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins en France, montrant les résultats suivants :

- Un taux de prévalence de l'anxiété de 66,2 %
- Un taux de prévalence de dépression de 27,7 %
- 23,7 % des répondants ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires dont 5,8 % dans le mois précédant le recueil de données pour l'étude.

Le taux de réponse à cette étude, proposée sous forme de questionnaire en ligne, était de 27 % (n = 80 000). Ces résultats représentaient les étudiants en médecine, les internes et médecins à tous les stades de leur formation, avec un taux de réponse de 19,5 % pour les étudiants en premier cycle, 40 % pour ceux en deuxième cycle, 35 % pour ceux en troisième cycle et seulement 5,5 % concernant des chefs de clinique assistants et assistants des hôpitaux.

Ce bilan confirme la réalité et la prévalence de la souffrance psychique des médecins en formation en France. [ISNI (Intersyndicale nationale des internes), ISNCCA (Intersyndicat national des chefs de clinique et assistants), ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale *et al*, 2017)]

Face à cet état des lieux alarmant, nous avons décidé d'approfondir nos connaissances sur le climat psychosocial précédant cette enquête. En effet, cette étude de 2017 met en avant un problème identifié préalablement et pour lequel une série de mesures avaient été prises.

En 2012, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) avait publié un rapport sous forme de « propositions pour humaniser la santé », tenant compte de :

- L'évolution des prises en charge avec le développement de l'ambulatoire qui raccourcit les durées de séjour ;
- Le vieillissement de la population et l'augmentation de la proportion des pathologies chroniques qui entraînent des prises en charge plus complexes, notamment liées à la polymédication ;
- La réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie ;
- La révolution du numérique ;
- La mise à disposition des connaissances médicales au grand public grâce aux médias, permettant aux patients d'être plus conscients mais aussi plus exigeants ;
- L'affirmation des droits du patient [Lagrange F. 2012]

En septembre 2012, l'ISNI réalise une enquête sur les conditions de travail des internes et en particulier sur l'application du repos de sécurité dans les établissements de santé. Parmi les 7000 internes ayant répondu au questionnaire en ligne (soit 30 % de l'effectif total), 20 %

rapportent que la loi sur le repos de sécurité après 24 heures de travail consécutives n'est pas respectée [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013].

Suite à cette étude, la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, diffuse une circulaire aux directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS) et auprès de tous les directeurs des établissements publics de santé, rappelant notamment les dispositions en matière de temps de repos de sécurité, de rémunération des internes pour participer à la continuité des soins, de permanence pharmaceutique et de temps consacré à la formation [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2012].

De plus, en mars 2013, Marisol Touraine établit un groupe de travail sur l'amélioration des conditions de travail des internes et étudiants en médecine. Le rapport contient trois objectifs déclinés en 9 actions de 26 mesures. Les trois objectifs visent à "améliorer les conditions de travail des médecins en formation et jeunes médecins, et prendre en compte les contraintes de sujétions liées à leur exercice", "réaffirmer et renforcer les aspects formation et recherche de l'exercice des professionnels concernés" et "garantir la protection des médecins en formation et jeunes médecins et la qualité du dialogue social [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013].

Le 28 février 2015, le décret n°2015-225 relatif au temps de travail des internes est publié au Journal Officiel. Ce texte fait suite à une directive européenne mettant en demeure la France afin de régulariser au plus vite le temps de travail des internes face à une situation jugée abusive. Le droit européen prévoit un temps de travail hebdomadaire maximal de 48 heures. Si le statut de l'interne prévoyait déjà un temps de travail de 48 heures, la réalité sur le terrain a été pointée du doigt par la Commission Européenne, avec des volumes hebdomadaires excédant 60 heures. Ce nouveau décret « définit les obligations de service de l'interne, au titre de sa formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, qui comprennent :

- en stage, huit demi-journées par semaine sur le trimestre ; et,
 - hors stage, deux demi-journées par semaine sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation encadrée pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité, une demi-journée hebdomadaire de formation autonomie que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences. »
- [Légifrance., 2015]

En 2016, 7 858 étudiants et jeunes médecins français répondent à un questionnaire en ligne sur leur état de santé global. Ce questionnaire a été envoyé par email aux étudiants qui ont une licence de remplacement en France. Dans les résultats de cette enquête par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en collaboration avec l'ANEMF, l'ISNI, l'ISNAR-IMG et l'ISNCCA, 25 % des répondants rapportent être en état de santé moyen ou mauvais. Le

questionnaire n'évaluait pas les troubles psychosociaux de façon détaillée, cependant 14 % d'entre eux déclarent avoir eu des idées suicidaires (à titre de comparaison, entre 3,7 et 4 % des femmes et 2,6 et 3,7 % des hommes âgés de 20 à 34 ans déclarent avoir des idées suicidaires dans la population générale). [Le Breton-Lerouillois et G, Mourgues J-M., 2016]

Fin 2016, la ministre de la santé et des affaires sociales présente un projet concernant la « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : prendre soin de ceux qui nous soignent ». Selon la ministre, « personne n'a besoin d'un énième plan », il ne s'agirait pas de tout « réinventer » mais de « susciter de nouvelles initiatives ». Ce projet a pour objectif de « faire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé une priorité politique, portée au plus haut niveau ». Les trois axes de cette stratégie portent sur « donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique », « améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien » et « accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psycho-sociaux » [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016]

Le 5 décembre 2016, Marisol Touraine annonce que « 30 millions d'euros vont être consacrés au déploiement des services de santé au travail pluri-professionnels dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ».

Malgré toutes ces mesures, les résultats de l'étude menée par l'ISNI en 2017 montrent un haut taux de dépression et d'anxiété chez les internes et médecins. Il semble particulièrement difficile d'y pallier. Il est donc intéressant d'essayer de comprendre quelle en est la source.

Ces troubles anxio-dépressifs sont-ils liés à la condition d'interne en médecine ou sont-ils aussi retrouvés chez les internes d'autres spécialités, tels que les internes en pharmacie ? Qu'en est-il de la prévalence de la souffrance psychique dans cette population ?

D'autre part, cette souffrance psychique est-elle liée au système français ? La prévalence de troubles anxiodépressifs chez les internes – toutes spécialités confondues – à est-elle similaire à l'échelle internationale ?

Afin de répondre à ces questions, nous avons décidé d'explorer deux hypothèses :

- La prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine est supérieure à celles d'autres spécialités (pharmacie et odontologie).
- Les internes français, de par leur statut d'étudiant/professionnel unique, sont particulièrement à risque de développer des troubles anxio-dépressifs.

La première partie de ce travail va consister à répondre au 1^{er} objectif en prenant un échantillon de la population d'internes en pharmacie, ceux de l'inter-région Nord-Est et d'évaluer la prévalence des troubles anxio-dépressifs.

La deuxième partie de ce travail comprend une revue systématique de la littérature afin d'identifier la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes toutes spécialités confondues au niveau international, ainsi que le taux de suicide recensé.

PARTIE I : PREVALENCE DES TROUBLES ANXIO-DEPRESSIFS CHEZ LES INTERNES EN
PHARMACIE HOSPITALIERE DE L'INTER-REGION NORD-EST

I. INTRODUCTION : TROUBLES ANXIEUX, TROUBLES DEPRESSIFS ET IDEES SUICIDAIRES

Les troubles anxieux et dépressifs sont courants et loin d'être spécifiques au milieu médical. Dans le monde, il est estimé que 260 millions de personnes souffrent de troubles anxieux et plus de 300 millions souffrent de dépression, chiffre qui propulse celle-ci comme première cause d'incapacité selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Ces conditions ont un effet non seulement sur la qualité de vie, mais aussi sur la capacité à travailler et la productivité. Elles représentent donc un enjeu majeur de santé publique et de santé du travail [OMS (Organisation mondiale de la santé), 2017].

Bien qu'il soit possible qu'un syndrome de « burn-out » se développe conjointement à une dépression ou une anxiété, il représente un état psychologique à part lié au stress ressenti au travail. Il est défini par un épuisement émotionnel accompagné d'une dépersonnalisation et d'un sentiment d'accomplissement diminué [Schaufeli WB, Maslach C, Marek T., 1993]. Ce travail, pour des raisons de synthèse, ne se focalisera que sur l'anxiété et la dépression.

1. Troubles anxieux

L'anxiété est un ensemble d'émotions se caractérisant par l'attente, consciente ou inconsciente, d'un danger. Le concept d'anxiété est très hétérogène : il regroupe de nombreux phénomènes déclenchés par un sentiment conscient d'inquiétude au sujet d'un événement non-désirable. L'anxiété et la peur sont des sentiments proches, mais la peur est une réponse à une menace réaliste alors que l'anxiété est une émotion diffuse, parfois déraisonnée ou excessive, en réaction à une menace perçue [Dwight LE, Edna BF, Raquel EG, *et al.*, 2005].

Réponse normale à une situation stressante, l'anxiété s'accompagne de caractéristiques somatiques et psychologiques qui se déclinent en un éventail de symptômes : fatigue, troubles du sommeil, malaises, étourdissements, problèmes gastro-intestinaux, nausées, palpitations, sensation d'étouffement, sudation, bouffées de chaleur, hypertension, tremblements, douleurs thoraciques, inquiétude et difficultés de concentration. Lorsque l'anxiété devient un mode de fonctionnement indépendant de causes identifiables, elle est alors considérée comme un trouble. Le DSM-V (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition) la classifie alors en six pathologies distinctes : trouble panique, trouble d'anxiété sociale, agoraphobie, phobie spécifique, trouble d'anxiété de séparation, mutisme sélectif.

Bien que différenciés pour la pratique clinique, il reste intéressant de considérer les troubles anxieux comme un tout, ayant une origine commune. Les questionnaires utilisés en recherche clinique ne distinguent majoritairement pas ces pathologies entre elles, mais évaluent plutôt la prévalence de la symptomatologie anxieuse ou des traits de personnalité anxieux caractérisés.

Différentes échelles permettent de quantifier l'anxiété, par exemple, le questionnaire de Spielberg [Spielberger CD, Gorsuch RL., 1983] qui évalue les sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude. Il existe aussi l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), utilisée pour dépister et quantifier les troubles anxieux et dépressifs [Lépine JP, Godchau M, Brun P *et al*, 1985].

En France, les études concernant l'anxiété en milieu médical concernent principalement les internes et les étudiants en médecine. L'étude nationale de l'ISNI montre une prévalence de l'anxiété de 59,7 % d'après le questionnaire HADS chez les internes en médecine français [Grichy L., 2017]. Ces chiffres laissent penser que la population d'internes en médecine est plus particulièrement touchée par l'anxiété, par rapport à la population générale où la prévalence de l'anxiété est estimée à 4,8 % [OMS (Organisation mondiale de la santé), 2017].

A ce jour, en France, aucune étude sur l'anxiété des internes en pharmacie n'a été publiée, bien que ces jeunes professionnels soient, eux aussi, exposés aux demandes et difficultés journalières du travail avec le patient, ainsi qu'à la même pression de ne pas commettre d'erreur. La seule étude disponible est une thèse sur article qui concerne les pharmaciens d'officine [Balayssac D., Pereira B., Viroit J. *et al*. 2017]. L'objectif premier de celle-ci est l'évaluation du « burn-out » chez les pharmaciens d'officine au niveau national. Cet article évalue également la prévalence des syndromes anxieux et dépressifs à l'aide de l'échelle HADS et montre un taux d'anxiété de 42,4 % dans cette population. Ces chiffres sont à prendre avec prudence au vu du faible taux de réponse : 3 % pour les pharmaciens titulaires et 1 % pour les pharmaciens assistants (n = 22104).

Cette étude, bien qu'elle soit peu représentative, tend à montrer que les pharmaciens n'échappent pas aux troubles anxieux décrits chez d'autres catégories de professionnels de santé et met aussi en évidence l'importance de disposer de données chiffrées pour les internes en pharmacie.

a) Les facteurs de risque propres au travail

L'interne tient une position sociale où la pression pour de bons résultats scolaires et professionnels est haute. Non seulement, il conduit des études très compétitives, mais sa capacité à la performance lors des examens va symboliquement définir sa valeur dans son travail. C'est ce qui ressort du rapport Donata Marra sur l'évaluation de la qualité de vie des étudiants en santé (internes compris) [Marra D., 2018]. L'environnement de travail a donc un rôle important à jouer.

b) Facteurs de risque propres aux pharmaciens

En ce qui concerne les pharmaciens d'officine, il semblerait que le genre n'ait pas d'incidence sur la prévalence de symptômes anxieux. Les scores de la HADS concernant l'anxiété étaient corrélés au nombre d'heures de travail journalier et, chez les hommes, à la consommation d'alcool supérieure à la limite fixée par l'OMS (pour les hommes : supérieure à 3 unités par jour ou supérieure 21 unités par semaine ; pour les femmes : supérieure à 2 unités par jour ou supérieure à 14 unités par semaine) [Balayssac D., Pereira B., Virot J. *et al.* 2017].

2. Troubles dépressifs et idées suicidaires

L'OMS définit la dépression comme « un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration » [OMS (Organisation mondiale de la santé), 2017]. Le DSM-V, quant à lui, parle de dépression caractérisée, terme le plus souvent utilisé en médecine clinique. Cette référence caractérise cet état en 9 symptômes, ajoutant à la définition ci-dessus un changement d'activité ou un ralentissement psychomoteur et des pensées de mort ou de suicide. Le diagnostic demande, pour être établi, que 5 de ces 9 critères soient présents tous les jours ou presque tous les jours pendant au moins deux semaines. A noter qu'il est conseillé de dépister certaines conditions qui peuvent imiter ou coexister avec une dépression, tels que l'abus de certaines substances (alcool, médicaments ou drogues), les maladies causant une humeur dépressive et d'autres maladies psychiques telles que la manie, l'hypomanie, les troubles bipolaires ou psychoaffectifs et la schizophrénie, et le deuil [American Psychiatric Association, 2015].

Les troubles dépressifs représentent un facteur de risque suicidaire important. Les données françaises publiées les plus récentes remontent à 2012. Le 2ème rapport de l'Observatoire national du suicide informe que 9715 décès par suicide ont été recensés cette année-là, ce qui correspond à 25 suicides par jour [Foucade N, Von Lennep F, Carrasco V, *et al.*, 2016] Il faut toutefois garder à l'esprit que ces chiffres ne sont qu'une estimation. En effet, la DREES rappelle qu'en « raison d'erreurs ou d'absence de codage, parmi les 558 408 certificats de décès, le nombre de suicides se rapproche plus vraisemblablement des 10 700 décès » [Pouchard A., 2016]. De plus, en dehors des suicides aboutis, en 2013, 78 980 personnes ont été hospitalisées suite à une tentative de suicide.

L'étude de l'ISNI retrouve l'existence de symptômes dépressifs chez 22,8 % des internes en médecine toutes spécialités confondues en 2017. Concernant les pharmaciens d'officine, l'étude de Balayssac *et al* retrouve un taux de 15,7 % [Balayssac D., Pereira B., Virot J. *et al.* 2017]. Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux retrouvés dans la population générale où la

prévalence des symptômes dépressifs a été estimée à 10 % pour les 20 à 34 ans d'après l'Institut national de la planification et de la statistique (INPS) [OMS (Organisation mondiale de la santé), 2017].

Pour ce qui est du risque suicidaire, en France, un rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins datant de 2003 a conclu à un risque suicidaire 2,3 fois plus élevé chez les médecins français que dans la population générale [Leopold Y, 2013]. L'étude de l'ISNI, quant à elle, retrouve une prévalence d'idées suicidaires chez 24 % des répondants, dont 5 % dans le mois précédant la passation du questionnaire.

a) Facteurs de risque propres au travail

Les facteurs de risque de dépression les plus communément rapportés dans les études sur les médecins sont le nombre d'heures de travail, le temps de loisir réduit [Yousuf A, Ishaque S, Qidwai W, 2011] [De Oliveira G, Chang R, McCarthy R., 2013] [Steinert Y, Magonet G, Carson K, *et al*, 1991] [Lam TP, Wong JGWS, Pang SL, *et al.*, 2010] [Gopal R, Glasheen JJ, Prochazka AV, *et al.*, 2005] et le manque de sommeil [Rosen IM, Gimotty PA, Bellini LM, *et al.*, 2006] [Rosen IM, Gimotty PA, Bellini LM, *et al.*, 2006] [Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS, 2015] [Wolf MR, Rosenstock JB, 2017].

Lorsque l'interne se sent valorisé dans ses efforts et responsabilisé, et lorsqu'il a un bon rapport avec ses collègues, il se trouve à moindre risque de développer des symptômes dépressifs [Sakata Y, Wada K, Watanabe M, *et al.*, 2008]. Cependant, le milieu de travail peut aussi être à l'origine de mal-être si l'environnement est ressenti comme « violent » [Vauloup-Soupault C, 2014], si la communication au sein du service n'est pas optimale ou si les ressources manquent [Raviola G, Machoki M, Good MJD, *et al.*, 2002].

b) Facteurs de risque propres aux pharmaciens

L'étude de Balayssac *et al* [Balayssac D., Pereira B., Virot J. *et al.* 2017] montre que, chez les pharmaciens d'officine, les scores de dépression sont significativement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. De même que pour l'anxiété, la dépression est liée à la consommation d'alcool excessive chez les hommes. La consommation de tabac est aussi un facteur de risque. Les scores de la HADS sont plus élevés pour ceux ayant le plus d'heures de travail. Cette étude n'a pas pu mettre en avant de corrélation avec l'âge ou le genre des pharmaciens ou le nombre de clients par jour.

3. Objectifs

A ce jour, en France, nous n'avons pas retrouvé d'étude publiée sur les troubles anxio-dépressifs chez les internes en pharmacie hospitalière. Cette population est pourtant elle aussi exposée à la plupart des facteurs de dépression et d'anxiété retrouvés dans le milieu médical. Dans ce contexte, il nous a paru judicieux d'effectuer un état des lieux des troubles anxio-dépressifs au sein de cette population.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Caractéristiques de l'étude

Une étude descriptive observationnelle a été conduite en septembre 2018 chez les internes en pharmacie hospitalière de l'inter-région Nord-Est en France.

Un questionnaire, établi à l'aide de Googleform[®], a permis de recueillir les caractéristiques épidémiologiques (âge, sexe, statut matrimonial) des répondants et de déterminer la prévalence des troubles anxio-dépressifs (Annexe 1).

Les présidents des associations d'internes en pharmacie de l'inter-région Nord-Est ont été sollicités pour diffuser le questionnaire aux internes en pharmacie hospitalière rattachés à chacune des 5 villes de l'inter-région (Reims, Besançon, Strasbourg, Nancy, Dijon). L'ARS du Grand-Est nous a fourni le nombre d'internes en pharmacie hospitalière de l'inter-région Nord-Est pour le semestre de mai à octobre 2018. Il s'élève à 121 internes.

Les internes en pharmacie ont été invités à répondre à ce questionnaire en ligne du 1^{er} au 30 septembre 2018 grâce à l'intervention des présidents des associations locales. Une relance auprès des présidents des associations a été effectuée le 15 septembre 2018.

2. Critères d'évaluation

Le critère de jugement principal est un critère composite alliant le sous-score de dépression et le sous-score d'anxiété de la HADS. Le critère de jugement secondaire est la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide.

L'échelle HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale, a été utilisée pour évaluer le critère principal. Cette échelle a été développée par Zimond et Snaith en Angleterre en 1982 puis traduite et validée en français par Lépine *et al* en 1985 [Lépine JP, Godchau M, Brun P *et al*, 1985]. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 14 items qui évalue la détresse psychologique. Il se présente, de façon alternée, sous la forme de 7 items constituant un sous-score d'évaluation de l'anxiété et de 7 items constituant un sous-score d'évaluation de la dépression. Chacun des items est coté sur une échelle de Likert qui attribue un score de 0 à 3 (3 points correspondant à une fréquence symptomatique plus élevée). Les sous-scores d'anxiété et de dépression varient chacun de 0 à 21, où 0-3 représentent l'absence de symptômes, 4-7 une symptomatologie sous-clinique, 8-10 suspectée, 11-14 modérée, 15-21 sévère. Une version de cette échelle a été validée en français par plusieurs études [Lépine JP, Godchau M, Brun P *et al*, 1985] [Lépine

JP, Godchau M, Teherani M, *et al*, 1986]. La sensibilité et la spécificité sont toutes deux d'environ 0,8. [Bjelland I, Dahl AA, Haug TT *et al.*, 2002]. Cette échelle a été retenue pour notre étude en raison de son temps de passage rapide, estimé entre 2 et 6 minutes, et de la possibilité d'évaluer à la fois la dépression et l'anxiété en un seul questionnaire.

La prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide a été évaluée grâce à deux questions du questionnaire qui portaient sur des « antécédents d'idées suicidaires » et/ou de « tentative de suicide » (« Actuelles/récentes (moins d'un mois) », « Passées » ou « Non »).

La sensibilisation des internes à la prévention a été évaluée grâce à trois questions du questionnaire :

- Au cours de l'année passée, avez-vous été en difficulté du fait d'une souffrance psychique pendant plus d'un mois ? (« Oui » ou « Non »)
- Avez-vous déjà vu un médecin du travail ? (« Oui, il y a plus d'un an », « Oui, il y a moins d'un an », « Non » et « Jamais »)
- Si oui, en plus des visites conventionnelles ? (« Oui » ou « Non »)

3. Traitement des données

L'étude étant entièrement descriptive, nous n'avons pas eu besoin d'utiliser de logiciel de statistiques avancé. Pour le traitement des données de cette étude (pourcentages tirés des réponses aux questionnaires) nous avons utilisé le logiciel Excel°. Ce même logiciel nous a permis de faire les tableaux.

III. RESULTATS ET DISCUSSION

1. Descriptif de la population de l'étude

Dans notre étude, 61 personnes ont répondu au questionnaire soumis à une population de 121 internes en pharmacie hospitalière, soit un taux de réponse de 50,4 %. Toutes les réponses ont pu être exploitées. Parmi les 61 réponses, 52 ont été reçues avant la première relance.

La population de notre étude, majoritairement féminine, se compose de 38 femmes, 21 hommes et 2 personnes n'ayant pas précisé leur sexe. L'âge médian de notre population était de 26 ans. Le tableau I détaille les caractéristiques de cette population.

Tableau I : caractéristiques de la population

	VARIABLE	NOMBRE (%)
GENRE	Femme	38 (62,3)
	Homme	21 (34,4)
CLASSE D'ÂGE	Moins de 24 ans	9 (14,7)
	25-30 ans	52 (85,3)
	30 ans et plus	0 (0)
SITUATION MATRIMONIALE	Célibataire	18 (29,5)
	En couple	30 (49,2)
	Marié / Pacsé	13 (21,3)
	Avec enfant	3 (4,9)

2. Prévalence des troubles anxio-dépressifs (Figure n°1)

a) Anxiété

Dans notre étude, 14 répondants (soit 22,9 % des internes en pharmacie) ont une symptomatologie anxieuse certaine d'après l'échelle HADS, avec un score maximum de 19 (n=1), sachant que la HADS score l'anxiété de 0 à 21. Dans la littérature, chez les internes en médecine en France, 33,5 % (n=7640) [Grichy L., 2017] présentaient une symptomatologie certaine.

Une symptomatologie anxieuse douteuse est retrouvée chez 23 répondants (soit 37,7 % des internes en pharmacie). Chez les internes en médecine français, une symptomatologie douteuse est retrouvée chez 59,7 % des répondants (n=7640) [Grichy L., 2017].

Au total, les troubles anxieux concernent potentiellement 37 répondants (soit 60,6 % des internes en pharmacie). Cette proportion est comparable à celle retrouvée dans la population des jeunes médecins qui est de 66,2 % [Grichy L., 2017].

b) Dépression

En ce qui concerne la dépression, 3 répondants ont une symptomatologie certaine d'après l'échelle HADS (soit 4,9 % des internes en pharmacie). Le score maximal est de 17 (n=1), sachant que le score maximal à la HADS concernant la dépression est aussi de 21. Dans la littérature, chez les internes en médecine en France, 8,4 % (n=7640) [Grichy L., 2017] présentaient une symptomatologie certaine.

Une symptomatologie dépressive douteuse est retrouvée chez 9 répondants (soit 14,7% des internes en pharmacie). Chez les internes en médecine français, une symptomatologie douteuse est retrouvée chez 22,8 % des répondants (n=7640) [Grichy L., 2017].

Au total, les troubles dépressifs concernent potentiellement 12 répondants (soit 19,7 % des internes). La proportion retrouvée dans la population des jeunes médecins est de 27,7 % [Grichy L., 2017].

Au cours de l'année passée, 30 % des internes en pharmacie déclarent avoir rencontré des difficultés liées à une souffrance psychique pendant plus d'un mois.

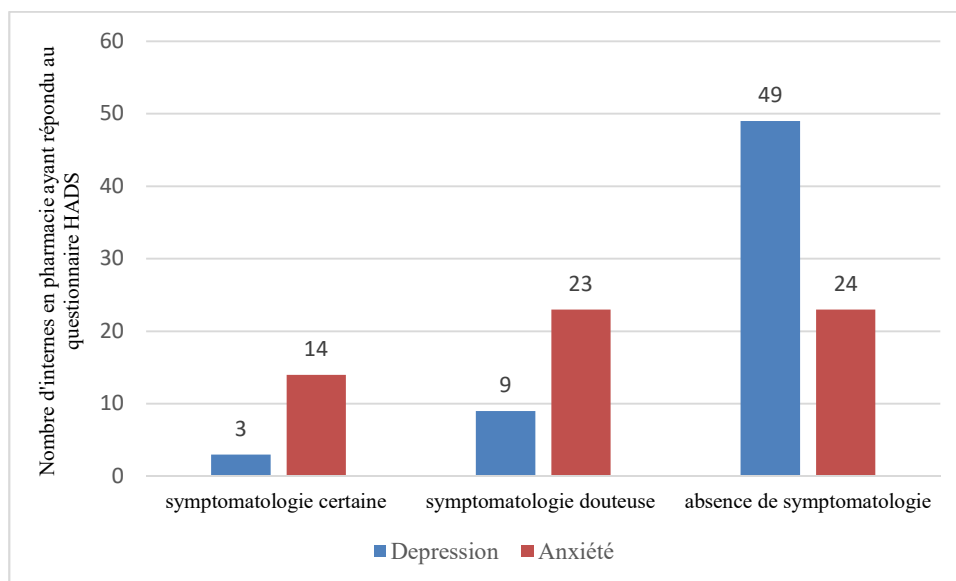


Figure n°1 : prévalence des symptomatologies anxieuses et dépressives d’après l’échelle HADS

3. Prévalence des idées suicidaires et tentatives de suicide

Des idées suicidaires sont retrouvées chez 12 internes en pharmacie, soit 19,7 % des répondants. Parmi ceux-ci, 5 internes en souffrent actuellement ou dans le mois précédent la réponse au questionnaire. Deux internes déclarent avoir fait une tentative de suicide, dont un le mois précédent la passation du questionnaire.

Dans notre étude, la prévalence des idées suicidaires chez les internes en pharmacie est moindre que celle décrite dans la littérature chez les internes en médecine, estimée à 23,7 % d’après l’étude de l’ISNI [Grichy L., 2017].

4. Prévention

Plus d’un tiers (38 %) des 61 répondants déclarent ne jamais avoir vu de médecin du travail, alors qu’une visite d’information et de prévention doit être organisée dans les trois mois suivant le début des stages, d’après la loi El Khomri sur le travail [Ministère du travail, 2016]. Seul 29 % des internes (n = 61) ont été vus par un médecin du travail dans l’année précédant la passation du questionnaire. Ce faible taux réduit fortement la capacité des professionnels de la médecine préventive à évaluer et prévenir les risques anxio-dépressifs ou les symptomatologies suicidaires pourtant courantes dans cette population. Dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) de l’inter-région Nord-Est, où une majorité de notre population (64 %) travaille, et où l’interne en pharmacie reçoit systématiquement une

convocation à une visite médicale en début d'internat, 41 % n'ont jamais été vus par un médecin du travail (n = 39).

IV. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Le faible effectif de notre population et le biais de recueil de données déclaratives ne permettent pas de comparaison directe entre les chiffres que nous retrouvons ici et ceux de l'étude de l'ISNI. Nous notons tout de même que les prévalences d'anxiété et de dépression retrouvées dans cette étude sont similaires aux prévalences retrouvées chez les internes en médecine au niveau national. Cela nous pousse à réfléchir sur l'origine de cette souffrance psychique. En effet, bien qu'il y ait des facteurs de risque spécifiques (facteurs psychosociaux, de spécialisation ou régionaux), les prévalences restent élevées quelle que soit la spécialité de l'interne ou son orientation en tant que pharmacien ou médecin.

A ce stade de notre réflexion, nous explorons l'hypothèse que ce mal-être soit lié à la condition d'interne, un statut entre le professionnel et l'étudiant qui est spécifique aux études en France. Pour étayer notre réflexion, nous avons donc entrepris une revue systématique de la littérature, pour avoir une connaissance de la situation mondiale des jeunes médecins et pharmaciens. Ceci nous permettra d'avoir un point de vue global afin de comprendre si elle est une particularité française.

PARTIE II : REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTERATURE SUR LA PREVALENCE DE
L'ANXIETE ET DE LA DEPRESSION CHEZ LES INTERNES DANS LE MONDE DURANT LES
5 DERNIERES ANNEES.

I. INTRODUCTION

En France, selon l'Article R6153-2 du Code de la santé publique, l'interne est un agent public, un praticien en formation spécialisée qui consacre la totalité de son temps à sa formation médicale, odontologique ou pharmaceutique, en stage et hors stage.

Dans la plupart des autres pays européens, l'étudiant finalise ses études universitaires par l'obtention d'une thèse de médecine ou de pharmacie et d'un diplôme de médecin ou de pharmacien. Il peut par la suite prendre son rôle de professionnel. En Suisse, par exemple, après six années d'études universitaires, obtenir un diplôme fédéral alloue le statut d'assistant. Le médecin ou pharmacien n'est alors plus un étudiant. Il n'est rattaché à aucune université et peut planifier son parcours professionnel à son gré. Le statut de spécialiste est obtenu en formation post-graduée, après la validation d'une maquette détaillant les exigences pour chaque spécialisation [Ker D, 2015]. Comme il le ferait s'il avait fini d'autres études, il choisit son lieu de pratique, la date de début de sa pratique et sa spécialité suivant les postes où sa candidature est acceptée. Il a donc une liberté importante, avec la possibilité de changer de spécialité, de ville, de région et même de pays sans perdre son statut. Il peut aussi quitter et revenir à sa profession, car son diplôme reste valide. La majorité des pays européens, par soucis d'harmonisation, fonctionnent de manière similaire, avec l'obtention durant les années universitaires d'un « Bachelor », puis d'un « Master » et d'un diplôme de médecin ou pharmacien à la fin des études universitaires (et non à la fin de la spécialisation) [Wikipedia , 2019].

En France, l'interne est un étudiant-professionnel. Il n'a pas de diplôme de médecin ou de pharmacien hospitalier et sa spécialisation, ainsi que le lieu où se déroulera celle-ci, est déterminée par son classement à un examen national. Son salaire reste peu élevé en comparaison avec les médecins ou pharmaciens d'autres pays européens et de grades similaires, ou même en comparaison avec de jeunes professionnels sortant de hautes écoles. Du fait de son statut d'étudiant, il ne peut ni quitter puis reprendre sa profession, ni toucher le chômage s'il arrête de travailler. Il peut avoir la possibilité de changer de région, de spécialité et de pays en suivant des démarches administratives plus ou moins complexes. En ceci, son statut en Europe est unique.

Le classement au concours de l'internat le dirige aussi vers une spécialité qu'il n'a parfois pas réellement choisie et dans laquelle il est possible qu'il n'ait effectué aucun stage [Marra D., 2018].

Les études sont gratuites dans la majorité des pays européens, ce qui les différencie des pays anglo-saxons. En Angleterre, aux Etats-Unis, au Canada et en Australie, par exemple, les jeunes professionnels pharmaciens ou médecins commencent le plus souvent leurs carrières avec une dette importante héritée de leurs années universitaires [Delisle J, Phillips O, Van Der Lind R., 2014]. Bien qu'ils soient plus libres dans leur orientation, ils sont liés à une

obligation de rendement salarial du fait de leur prêt. Cette situation peut aussi mener à des choix de spécialisation restreints – certains, par exemple choisiront de travailler pour l’armée aux Etats-Unis qui offre la possibilité de s’affranchir de sa dette –.

Ces différences importantes entre la France et ses voisins, plus ou moins lointains, est intéressante à explorer : pourrait-elle avoir une influence sur la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes ? Leur statut unique de l’interne français est-il, s’il n’en est pas la source, une explication possible du taux élevé de ces troubles au niveau national ?

Afin d’explorer cette possibilité, nous avons entrepris une revue systématique de la littérature concernant la prévalence des troubles anxio-dépressifs internationalement chez les médecins et les pharmaciens dans le monde.

II. MATERIELS ET METHODES

1. Sujets d'étude

La seconde partie de cette thèse contient une revue systématique de la littérature sur la santé mentale des internes français en médecine ou en pharmacie et des jeunes médecins ou pharmaciens dans le monde. Les recherches sélectionnées à cet effet concernent :

- la prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les internes en médecine et en pharmacie en France et chez les jeunes médecins et pharmaciens dans le monde
- les taux de suicide et la prévalence des idées suicidaires chez les internes en médecine et en pharmacie en France et chez les jeunes médecins et pharmaciens dans le monde

2. Anxiété et dépression

Cette thèse utilise les chiffres de l'OMS afin d'obtenir les prévalences internationales de dépression et d'anxiété. Les publications évaluant la prévalence de l'anxiété ou de la dépression dans la population étudiée ont été extraites de la base de données Pubmed Medline[®]. Elles incluent plusieurs outils diagnostiques validés car nous n'avons pas limité les recherches par les critères d'évaluation. Seules les études en anglais ou en français ont été considérées. Les critères d'éligibilité concernant la prévalence de dépression et d'anxiété sont résumés dans le tableau II.

Tableau II : critères d'éligibilité des études pour la prévalence de l'anxiété et de la dépression

Descriptif de l'étude	Toutes les études évaluant la prévalence de l'anxiété ou de la dépression
Intervention	Toutes les interventions évaluant la prévalence de la dépression et de l'anxiété
Population	Les internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)
Population de comparaison	Toutes
Résultats	Nombre ou proportion de sujets avec anxiété et dépression

3. Taux de suicide

Cette thèse se base sur les chiffres de l'OMS afin d'obtenir la prévalence internationale de suicide. Les publications évaluant la prévalence du taux de suicide dans la population étudiée ont été extraites de la base de données Pubmed Medline[®]. Les résultats primaires extraits de ces publications concernaient le taux de suicide, mais des résultats en rapport avec toutes causes de mortalité ont été extraits, ce qui a permis une comparaison entre le taux de suicide et d'autres causes de mortalité dans la population des jeunes médecins et pharmaciens. Les études mentionnant la prévalence des idées suicidaires ont aussi été retenues. Les critères d'éligibilité concernant le taux de suicide sont résumés dans le tableau III.

Tableau III : critères d'éligibilité des études pour les taux de suicide et prévalence des idées suicidaires

Descriptif de l'étude	Toutes les études évaluant le taux de suicide et la prévalence des idées suicidaires
Population	Les internes en médecine et pharmacie et jeunes médecins/pharmaciens)
Intervention	Toutes les interventions évaluant le taux de suicide
Population de comparaison	Taux de suicide dans la population générale
Résultats	Nombre ou proportion d'internes, jeunes médecins ou pharmaciens s'étant suicidé Nombre ou proportion d'internes, jeunes médecins ou pharmaciens suivant les spécialités s'étant suicidé Nombre ou proportion de sujets de différentes professions s'étant suicidé Toute cause de mortalité chez les internes, jeunes médecins ou pharmaciens Prévalence des idées suicidaires chez les internes, jeunes médecins ou pharmaciens

4. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont résumés dans le tableau IV

Tableau IV : critères d'exclusion

Mauvais sujets d'étude	Etude n'évaluant pas l'anxiété, la dépression, les idées suicidaires ou le taux de suicide.
Mauvaises populations	Population n'étant pas interne en médecine ou pharmacie ou jeune médecin ou pharmacien
Mauvais résultats	Etudes n'examinant pas les prévalences d'anxiété, de dépression, des idées suicidaires ou du suicide.

Mauvaises langues	Etudes non-anglophones ou francophones
Ancienneté	Etudes datant de plus de 5 ans (avant 2014)

5. Méthode de recherche initiale pour l'évaluation de l'éligibilité à l'étude

Nous avons effectué une recherche systématique dans la littérature à l'aide de la base de données Pubmed Medline[®] en excluant les études datant d'avant 2014. Nous avons revu la liste de références des études incluses afin d'identifier des études ayant échappé à la recherche de littérature. Nous n'avons pas contacté d'auteurs pour obtenir des études non publiées. Les recherches ont été effectuées entre le 11 février 2019 et le 18 février 2019, les études publiées après cette date n'ont donc pas été incluses dans cette revue systématique. La stratégie de recherche est résumée dans le tableau V et dans le tableau VI.

Tableau V : termes choisis pour sélectionner les études traitant de la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

#	Termes de recherche
1	anxiety disorder
2	depression OR central depression OR clinical depression OR depressive disease OR depressive disorder OR depressive episode OR depressive illness OR depressive personality disorder OR depressive state OR depressive symptom OR depressive syndrome OR mental depression OR parental depression
3	resident OR medical resident OR physicians resident OR pharmacist OR foundation doctor OR medical intern OR junior doctor

Tableau VI : termes choisis pour sélectionner les études traitant du taux de suicide et de la prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

#	Termes de recherche
1	resident OR medical resident OR physicians resident OR pharmacist OR foundation doctor OR medical intern OR junior doctor
2	Suicide OR self killing
3	Prevalent OR prevalence OR incident OR incidence OR mortality OR morbidity

Après avoir sélectionné les études, nous les avons comparés entre elles. Les critères relevés sont :

- Auteurs et année
- Sujet de l'étude (dépression, anxiété, idées suicidaires et/ou suicide)
- Echelles utilisées
- Principaux résultats
- Pays

III. RESULTATS ET DISCUSSION

1. Prévalence de la dépression et de l'anxiété

Suite à notre recherche avec les termes sélectionnés, les résultats obtenus sont déclinés dans le tableau VII. Puis en appliquant les critères d'exclusion décrits dans la méthodologie aux 5995 articles identifiés dans la base de données Pubmed Medline[®], 30 publications ont été incluses pour l'étude (Figure 2).

Tableau VII : résultats issus de la base de données Pubmed Medline[®] pour la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

#	Termes de recherche	Nombre d'articles
1	anxiety disorder	141539
2	depression OR central depression OR clinical depression OR depressive disease OR depressive disorder OR depressive episode OR depressive illness OR depressive personality disorder OR depressive state OR depressive symptom OR depressive syndrome OR mental depression OR parental depression	420450
3	#1 OR #2	500376
4	resident OR medical resident OR physicians resident OR pharmacist OR foundation doctor OR medical intern OR junior doctor	212251
5	#3 AND #4	5995

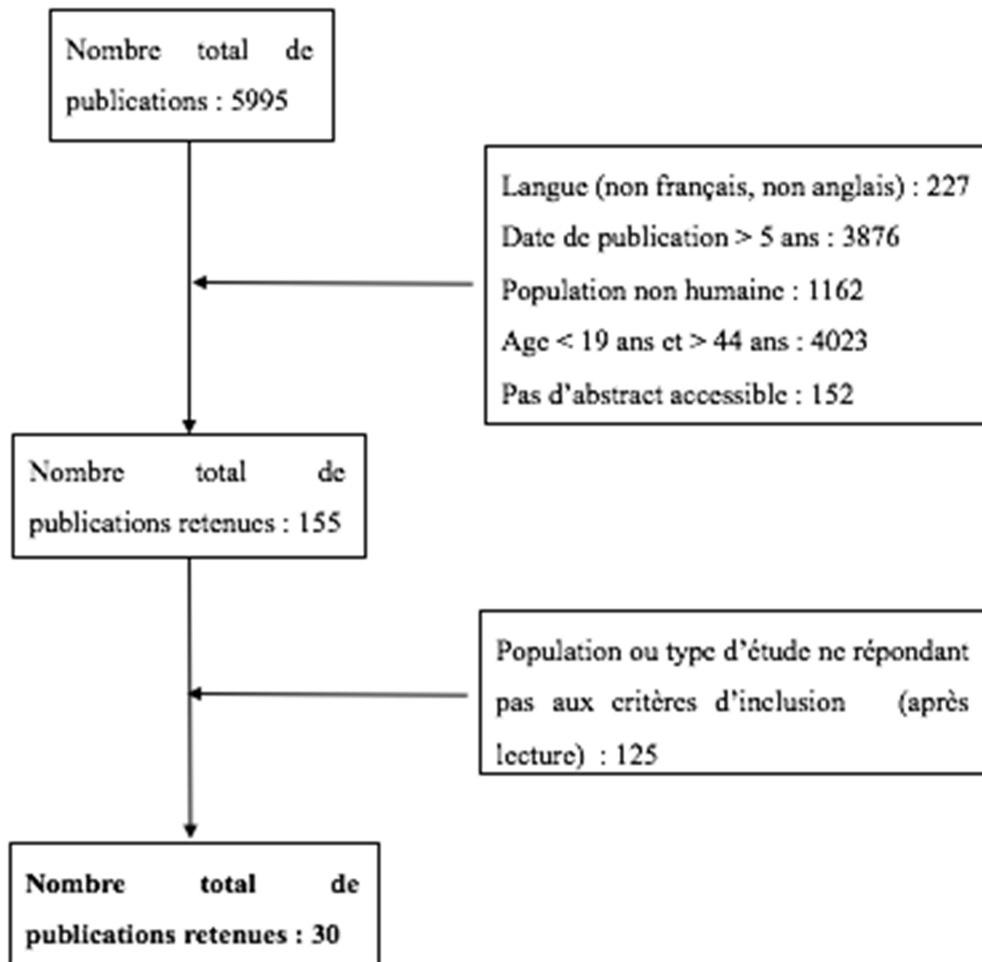


Figure 2 : diagramme de flux de la recherche bibliographique pour la prévalence de la dépression et de l'anxiété des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

2. Taux de suicide et prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

Suite à notre recherche avec les termes sélectionnés, les résultats obtenus sont déclinés dans le tableau VIII. Puis en appliquant les critères d'exclusion décrits dans la méthodologie aux 819 articles identifiés dans la base de données Pubmed Medline[®], 8 publications ont été incluses pour l'étude (Figure 3).

Tableau VIII : base de données Medline® pour le taux de suicide et la prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

#	Termes de recherche	Nombre d'articles
1	resident OR medical resident OR physicians resident OR pharmacist OR foundation doctor OR medical intern OR junior doctor	212251
2	Suicide OR self killing	89705
3	#1 AND #2	1420
4	Prevalent OR prevalence OR incident OR incidence OR mortality OR morbidity	3586863
5	#3 AND #4	819

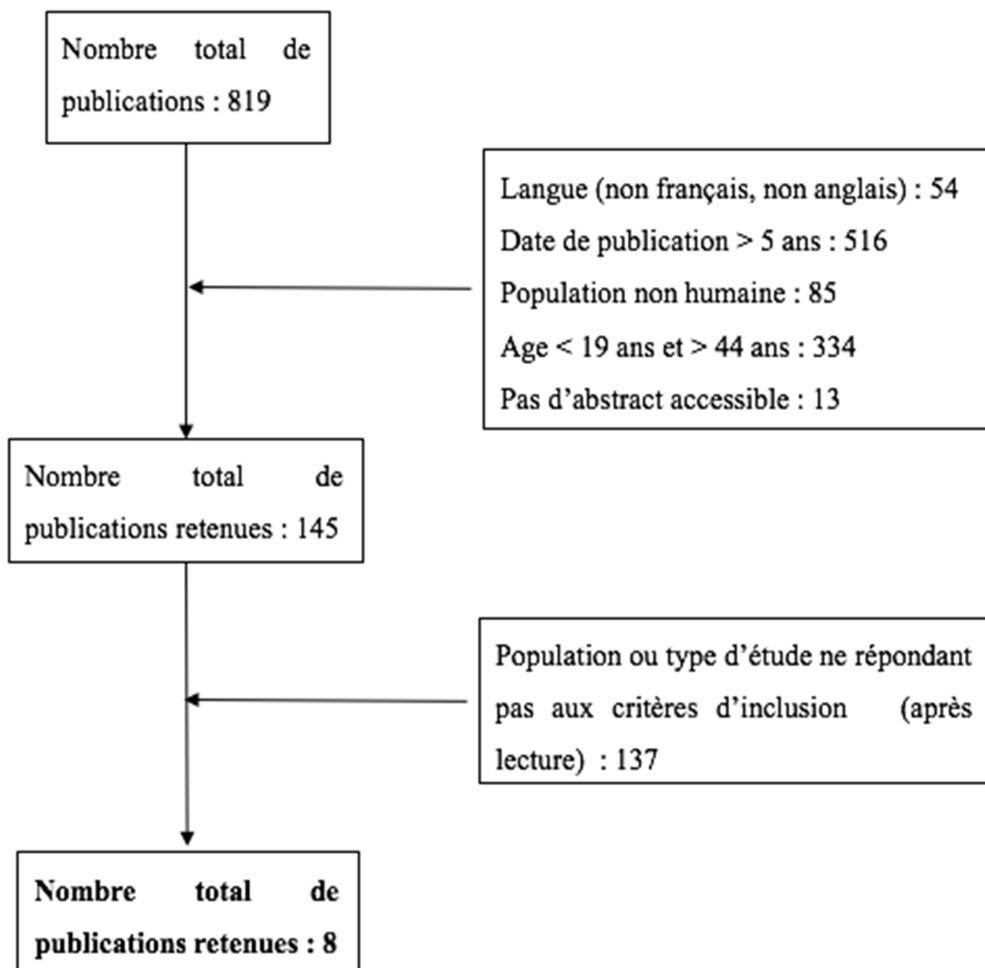


Figure 3 : diagramme de flux de la recherche bibliographique sur taux de suicide et de prévalence des idées suicidaires des internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens)

Après lecture des titres, abstracts et publications complètes lorsque nécessaire, seules 32 publications répondaient aux critères d'inclusion pour au moins un sujet de l'étude :

- 24 publications évaluant la prévalence de la dépression et/ou de l'anxiété
- 2 publications évaluant le taux de suicide et/ou la prévalence des idées suicidaires
- 6 publications évaluant à la fois la dépression et/ou l'anxiété, le taux de suicide et/ou la prévalence des idées suicidaires.

Les 32 études retenues sont référencées dans le tableau IX.

Tableau IX : caractéristiques des études retenues

N°	Référence	Type d'étude	Echelles	Résultats	Pays
Amérique du Nord					
1	[Stoesser K, Cobb NM., 2014]	Prévalence de la dépression chez les internes	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	17,7 % dépression (n = 260)	USA
2	[Dyrbye LN, West CP, Satele D <i>et al.</i> 2014]	Prévalence de la dépression et des idées suicidaires chez les internes	PRIMary care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)	50,8 % dépression 8,1 % idées suicidaires (n = 1701)	USA
3	[Ito M, Seo E, Ogawa R, <i>et al.</i> 2015]	Prévalence de la dépression chez les internes à T0 et à 3 mois	The center for Epidemiologic studies Depression screen	T0 = 6,4 % (n = 2935) T 3 mois = 23,3 % (n = 1020)	USA
4	[Mousa OY, Dhamoon MS, Lander S, <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les internes	PHQ-2, Generalized Anxiety Disorder (GAD-7)	15,1 % dépression 15,9 % anxiété (n = 126)	USA
5	[Mata DA, Ramos MA, Kim MM <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes	PHQ-9	35 % dépression (n = 126)	USA
6	[Lin DT, Liebert CA, Tran J <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes en chirurgie	Beck Depression Inventory – short (BDI-short)	36 % dépression 7,5 % dépression modérée à sévère (n = 73)	USA
7	[Matheson KM, Barrett T,	Prévalence de la dépression et des	Kessler-10 Echelle de Likert	11,2 % dépression	Canada

	Landine J <i>et al.</i> 2016]	idées suicidaires chez les internes		élevée à très élevée (K10 \geq 30) 6,7 % ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (n = 149)	
8	[Cellini MM, Serwint JR, Chaudron LH <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les internes en pédiatrie	PHQ-2 + Echelle de Likert	11 % dépression 28 % anxieux (n = 227)	USA
9	[Lin DT, Liebert CA, Esquivel MM <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression chez les internes en chirurgie	BDI-short	36 % dépression 20 % dépression modérée à sévère (n = 73)	USA
10	[Krug MF, Golob AL, Wander PL <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression chez les internes de 1 ^{ère} année, 2 ^{ème} année et 3 ^{ème} année.	PRIME-MD	Dépression : 2001 : 45 % (n = 115), 2004 : 55 % (n = 118), 2012 : 31 % (n = 112)	USA
11	[Holmes EG, Connolly A, Putnam KT <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression chez les internes	PHQ-9	17 % de dépression (n = 263)	USA
12	[Mayberry KM, Miller LN. 2017]	Prévalence de la dépression et des idées suicidaires chez les internes en pharmacie	Major Depression Inventory (MDI)	38 % de dépression, 20 % idées suicidaires (n = 50)	USA
13	[Wolfe KK, Unti SM. 2017]	Incidence de la dépression chez les internes en pédiatrie	The center for Epidemiologic studies Depression screen	4 % dépression avant la rotation en soin intensif de pédiatrie (n = 24) 42 % dépression post rotation (n = 17)	USA
14	[Chaukos D, Chad-Friedman E, Mehta DH <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression et anxiété chez les internes]Perceived Stress Scale (PSS-10) PHQ-9	<u>Internes en médecine</u> : 4,9 % dépression 18,4 % anxiété <u>Internes en psychiatrie</u> :	USA

				1,8 % dépression 13 % anxiété (n = 68)	
15	[Winkel AF, Nguyen AT, Morgan HK <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de la dépression chez les internes en obstétrique et en gynécologie	Echelle de Likert	23,6 % de dépression (n = 838)	USA
16	[Yaghmour NA, Brigham TP, Richter T <i>et al.</i> 2017]	Prévalence des suicides chez les internes en médecine	National Death Index pour connaître les causes de décès	21 % de suicides (66 suicides sur 311 décès dont la cause est connue)	USA
17	[Williams E, Martin SL, Fabrikant A <i>et al.</i> 2018]	Prévalence de la dépression chez les internes en pharmacie	PHQ-9	Septembre 2015 : 32,2 % dépression (n = 633) Décembre 2015 : 36,9 % dépression (n = 542) Mars 2016 : 33,8 % dépression (n = 749)	USA
18	[Rosen T, Zivin K, Eisenberg D <i>et al.</i> 2018]	Incidence de la dépression chez les internes	PHQ-9	T0 : 4,8 % dépression T12 mois : 18,2 % dépression (n = 3127)	USA
Amérique du Sud					
19	[Pereira-Lima K, Loureiro SR. 2015]	Prévalence de la dépression et de l'anxiété chez les internes	PHQ-9 GAD-7	21,64 % dépression 41,31 % anxiété (n = 305)	Brésil
20	[Cubero DI, Fumis RR, de Sá TH <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes en cancérologie	BDI	30 % dépression modérée (n = 54)	Brésil
Europe					
21	[Mordant P, Deneuve S, Rivera C <i>et al.</i>	Prévalence de la dépression chez les internes en	Spitzer	51 % de dépression (n = 109)	France

	2014]	chirurgie oncologique			
22	[Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G <i>et al.</i> 2015]	Prévalence de la dépression et idées suicidaires chez les internes en psychiatrie	Maslach burnout inventory general survey (MBI-GS), AWLS, PHQ-9, SIBQ, BFI	0,9 % (n = 1) dépression majeure 16 % ont admis des idées suicidaires au cours de la vie	Italie
23	[Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes	Copenhagen psychological questionnaire	17 % dépression (n = 435)	Allemagne
24	[Gulen B, Serinken M, Eken C <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes urgentistes	BDI	77,1 % dépression sévère (n = 53)	Turquie
25	[Monrouxe LV, Bullock A, Tseng HM <i>et al.</i> 2017]	Prévalence de l'anxiété chez les internes (T2) 1 mois après la transition; (T3) 6 mois après la transition et (T4) 10 mois après la transition	Échelle modifiée d'anxiété de Hamilton	Anxiété : T2 : 11,32 % (n = 179) T3 : 10,72 % (n = 141) T4 : 10,86 % (n = 125)	Angleterre
26	[Chati R, Huet E, Grimberg L <i>et al.</i> 2017]	Prévalence des idées suicidaires chez les internes en chirurgie digestive	Questionnaire créé pour l'étude	12,2 % ont des idées suicidaires (n = 328)	France
27	[Lazarescu I, Dubray B, Joulakian MB <i>et al.</i> 2018]	Prévalence de la dépression et des idées suicidaires chez les internes radio-oncologues	MBI GHQ-12	42 % dépression 6,7 % idées suicidaires au cours de 12 derniers mois (n = 166)	France
Moyen Orient et Afrique du Nord					
28	[Al-Ghafri G, Al-Sinawi H, Al-Muniri A <i>et al.</i> 2014]	Prévalence de la dépression chez les internes	PHQ-9 (sensibilité modifiée : dépression sévère à 12 au lieu de 10)	11,4 % dépression (n = 132)	Oman
29	[Talih F, Warakian R, Ajaltouni J <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires chez les internes	PHQ-9 GAD-7	22 % dépression 13 % idées suicidaires 7,6 % anxiété (n = 118)	Liban

30	[Ben Zid A, Homri W, Ben Romdhane I <i>et al.</i> 2018]	Prévalence de la dépression chez les internes	BDI	31% dépression sévère à modérée (n = 149)	Tunisie
Asie					
31	[Nomura O, Mishina H, Kobayashi Y <i>et al.</i> 2016]	Prévalence de la dépression chez les internes en pédiatrie	Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)	31,7 % dépression (n = 41)	Japon
32	[Miyoshi R, Matsuo H, Takeda R <i>et al.</i> 2016]	Incidence de la dépression chez les internes	Self rating depression scale	15,3 % dépression (n = 85)	Japon

3. Prévalence de la dépression et de l'anxiété : caractéristiques des études incluses

Vingt-six études sont des études de prévalence ((1) ; (2) ; (3) ; (4) ; (5) ; (6) ; (7) ; (8) ; (9) ; (10) ; (11) ; (12) ; (14) ; (15) ; (16) ; (19) ; (20) ; (21) ; (22) ; (23) ; (24) ; (26) ; (27) ; (28) ; (29) ; (30) ; (31)), dont deux sont répétées avec différentes populations à différent moments mais dans les mêmes centres ((10), (17)). Quatre études sont des études d'incidence ((13), (18), (32), (25)).

La plupart des études utilisent des outils validés pour l'évaluation de la dépression et de l'anxiété : le PHQ-2 ((4) ; (8)) ; PHQ-9 ((1) ; (5) ; (11) ; (14) ; (17) ; (18) ; (19) ; (22) ; (28) ; (29)) BDI-short ((6) ; (9) ; (20) ; (24) ; (30)) ; PRIME MD ((2) ; (10)) ; MDI (12) ; The Center for Epidemiologic Studies Depression Screen ((3) ; (13) ; (31)) ; Copenhagen psychological questionnaire (23) ; Kessler Psychological Distress Scale (K10) (7) et General Health Questionnaire (27) pour la dépression. Nous avons retrouvé une seule échelle pour l'évaluation individuelle de l'anxiété : la GAD 7 ((4) ; (19) ; (21) ; (29)).

D'autres études ont développé leur propres échelles ((25) ; (26) ; (32) ; (15)). A noter que l'évaluation des échelles n'est pas effectuée dans le cadre de ce travail au vu de l'ampleur et de la spécificité d'un tel sujet.

Le taux de dépression varie selon les études, avec une prévalence se situant entre 11 % (8) et 77,1 % (24). Ce taux est toujours supérieur à l'estimation de la prévalence mondiale de dépression faite par l'OMS en 2015, qui est de 4,4 % [OMS (Organisation mondiale de la santé), 2017]. Nous observons que la dépression est fréquente chez les internes, et ce à tous stades de leur formation et dans tous les pays évalués : Etats-Unis, Canada, Brésil, Angleterre, Allemagne, Italie, France, Portugal, Tunisie, Liban, Turquie, Oman, et Japon.

Nous avons aussi trouvé une haute prévalence d'anxiété située entre 7,6 % (29) et 41,3 % (19), sachant que la prévalence mondiale de l'anxiété est estimée à 3,6 % par l'OMS. Il faut aussi garder à l'esprit que le taux le plus faible d'anxiété retrouvé dans notre revue systématique concerne une étude menée au Liban, dans la région méditerranéenne de l'Est, où le taux mondial d'anxiété est aussi le plus bas.

4. Idées suicidaires et taux de suicide : caractéristiques des études incluses

Nous avons identifié 8 études concernant soit la prévalence des idées suicidaires, soit le taux de suicide chez les internes en médecine et/ ou pharmacie (jeunes médecins/pharmaciens).

Sept études concernent les idées suicidaires ((2) ; (7) ; (12) ; (22) ; (26); (27) ; (29)), une le taux de suicide (16). Yagmour et son équipe (16) évaluent les causes de décès dans une étude de prévalence sur une population de 381 614 internes en médecine résidant aux Etats-Unis entre 2000 et 2014. Ils retrouvent qu'après les néoplasies, la deuxième cause de décès est le suicide. Sur 324 décès, 66 concernaient un suicide (contre 80 décès liés à une néoplasie) avec 64 % des suicide lors des deux premières années d'internat. Cette étude retrouve un taux de suicide inférieur chez les internes en médecine par rapport à la population générale de 25 à 34 ans : 4,07 par 100 000 personnes-années chez les internes en comparaison avec 13,07 par 100 000 personnes années dans la population générale. Le taux de suicide était plus élevé chez les hommes (5,56) que chez les femmes (2,13). Toutes causes confondues, les internes en médecine mourraient moins que la population générale de même âge : 20,08 par 100 000 chez les internes contre 105,4 par 100 000 dans la population générale.

Dans les publications retenues pour notre revue, la prévalence des idées suicidaires se trouve entre 6,7 % (27) et 20 % (12). Toutefois, en France, le secteur de la santé et de l'action sociale présente les plus hauts taux de mortalité par suicide (34,3 par 100 000) suivi ensuite par le secteur de l'administration publique (29,8 pour 100 000) [INVS (Institut national de veille sanitaire), 2010].

IV. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

Il est difficile de tirer des conclusions définitives en ce qui concerne les prévalences d'anxiété et de dépression chez les internes / jeunes professionnels de santé, devant l'hétérogénéité des études retenues dans cette revue systématique de la littérature. Cependant, nous observons que la prévalence des troubles anxio-dépressifs est toujours supérieure à celle de la population générale, telle que décrite par l'OMS, et ce quel que soit le pays étudié.

Nous avons émis l'hypothèse que le système médical français était associé à des facteurs de risques psychosociaux uniques - de par le statut de l'interne - et présentait donc une prévalence particulièrement élevée de dépression et d'anxiété. Nous n'avons pour autant pas retrouvé ces différences et donc nous ne pouvons confirmer cette hypothèse. Au contraire, il semblerait que ces troubles se retrouvent au niveau international. Notons cependant qu'il existe d'autres médecines que la médecine occidentale et que nous n'avons trouvé aucune donnée à ce sujet.

DISCUSSION / OUVERTURE

Nous avons jusqu'ici établi qu'aussi bien en France, parmi les internes en médecine ou en pharmacie, qu'à l'échelle internationale, les prévalences d'anxiété et de dépression chez les internes en santé sont importantes. Ces souffrances psychiques ne semblent donc pas être liées à un système de santé en particulier.

Comme mentionné brièvement dans l'introduction, le gouvernement français n'est pas en reste face à l'état des lieux alarmant que reflètent ces études. La ministre de la santé et des affaires sociales a, par exemple, présenté un projet concernant la « Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail : prendre soin de ceux qui nous soignent ». [Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016]

« Le premier axe place ces réformes comme une priorité politique à travers 4 engagements :

- Evaluer la qualité de vie au travail à l'aide du développement de la recherche sur la qualité de vie au travail au niveau régional et national, et suivre la démarche à l'aide d'un observatoire national ;
- Adapter les formations initiales et continues pour améliorer la qualité de vie au travail, notamment en renforçant le management d'équipe afin de faciliter le repérage des professionnels en situation de fragilité grâce à un travail collectif, et en intégrant un module « qualité de vie au travail » dans toutes les maquettes de formations initiales médicales, paramédicales et de directeurs d'établissements ;
- Elaborer un plan d'action afin de revaloriser le métier de médecin du travail ;
- Adapter le régime indemnitaire aux rythmes de travail nécessaires à la continuité des soins (la prise en charge des patients 24h/24).

Le deuxième axe a pour sujet d'améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, par 3 engagements :

- Placer la qualité de vie au travail au cœur du dialogue et des politiques sociales, notamment en l'intégrant aux projets d'établissements, en élaborant des baromètres sociaux, en mettant en place un rendez-vous annuel consacré à ce sujet ;
- Renforcer la communication au sein d'une équipe en systématisant les réunions ainsi que les entretiens annuels pour chaque professionnel ;
- Favoriser la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle en permettant une stabilité et visibilité sur les plannings (logiciels spécifiques) et en développant des offres de services tels que pressing, livraison de courses, démarche administrative...

Le dernier axe améliorerait la détection des risques psychosociaux et favoriserait l'accompagnement des professionnels de santé au changement, à travers 3 engagements :

- Accompagner les établissements de santé dans cette restructuration par le biais de colloques, des actions de sensibilisation et de formations ;

- Proposer un co-développement, coaching, mentorat et supervision des cadres avec leurs pairs ;
- Détecter et prendre en charge les risques psychosociaux, par la sensibilisation des professionnels, la mise en place de dispositifs d'écoute et de soutien psychologique, l'analyse des pratiques professionnelles et la déclaration obligatoire des suicides et tentatives de suicide. »

Cependant, comme le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé rédigé par Donata Marra le stipule : « Il ne serait toutefois pas adapté de faire dans la surenchère ni de psychiatriser à outrance le problème. Mettre un « psy » derrière chaque étudiant n'est pas une solution. Sur le plan personnel il s'agit fondamentalement d'aider à l'empowerment de chacun, en termes de gestion du stress, de communication, de compétences transdisciplinaires » [Marra D., 2018].

Les internes et médecins, directement concernés, ont eux même pris en main la situation en proposant de nombreuses mesures afin de pallier au mal-être des professionnels de santé. Dans cette optique, plusieurs initiatives ont vu le jour telles que SOS internes, l'association AAPML (association d'aide professionnelle aux médecins libéraux), la commission SMART (santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail), l'association MOTS (médecin organisation travail santé), le réseau ASRA (aide aux soignants de Rhône Alpes), et l'association SPS (soins aux professionnels en santé).

Le CHU de Reims est aussi sensibilisé à cette problématique. Deux structures existent afin d'accompagner les internes en médecine : la CADEM (cellule d'accompagnement des étudiants en médecine) qui a été créée en 2015 afin de lutter contre le « burn-out » et le service SUMPPS (service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé). De plus, à l'hôpital, des initiatives individuelles ont vu le jour sous forme d'ateliers d'initiation à la sophrologie (depuis 2017) et à la méditation (depuis 2018) gratuits pour tout le personnel hospitalier. De manière générale, la pratique de pleine conscience est reconnue utile pour lutter contre les conséquences et les symptômes liés au stress, tels que l'anxiété et la dépression. Ces pratiques ont montré une efficacité comparable aux traitements pharmacologiques de la dépression [Chen K.W., Berger CC, Manheimer E *et al.* 2012] et de l'anxiété [Pace TWW, Negi LT, Adame DD *et al.* 2009], avec l'avantage certain de n'avoir pas ou peu d'effets indésirables.

Malgré tout ce qui a déjà été mis en place, le problème persiste. Comme ce travail le montre, il n'est pas dépendant du pays, du système et du statut du travailleur hospitalier. On peut supposer qu'il soit lié au rôle du soignant, celui-ci étant constamment confronté, de par sa mission, à la maladie.

La science moderne a profondément changé notre relation à la mortalité. Elle a permis de rallonger considérablement l'espérance et la qualité de vie. Elle a aussi transformé le processus de vieillissement et de mort en « expériences cliniques », remises dans les mains du professionnel médical, souvent peu formé à ce propos. Ainsi, notre modèle sociétal a repoussé

les limites de la mort et offre de nouvelles possibilités de vaincre la maladie. Le soignant, à l'aide de la science moderne, travaille pour diminuer la maladie et la mort, mais il lui incombe aussi d'y faire face, et si ce n'est de les confronter directement, d'y être néanmoins chaque jour rappelé. Alors que sa formation se focalise sur les mécanismes physiopathologiques, la chimie, la physique ou la biologie, les situations qui se présentent à lui impliquent d'autres dimensions. Par un mécanisme psychologique reconnu, en faisant face à la mort des autres, le soignant doit faire face à sa propre finitude. Il entre, ou peut entrer, dans un rôle de « sauveur », afin de pallier à sa propre peur.

Le rôle du « sauveur », proposé par le psychologue transactionnel Karpman, implique la notion de culpabilité. En effet, si le soignant a la compétence pour sauver, il peut aussi se sentir coupable si la santé du patient évolue défavorablement. Dans cette configuration, le patient endosse le rôle de « victime », dépossédée de ses ressources et incapable de prendre les décisions nécessaires à la résolution de son problème. Le soignant se retrouve alors face à une situation impossible à résoudre, son mandat étant de vaincre la mort. Il importe que le soignant et le patient se retrouvent chacun dans une posture adaptée pour exercer leur propre puissance dans une action synergique.

BIBLIOGRAPHIE

Al-Ghafri G, Al-Sinawi H, Al-Muniri A, *et al.* Prevalence of depressive symptoms as elicited by Patient Health Questionnaire (PHQ-9) among medical trainees in Oman. *Asian J Psychiatr.*, 2014, 8 , pp.59-62.

Al-Maddah EM, Al-Dabal BK, Khalil MS. Prevalence of Sleep Deprivation and Relation with Depressive Symptoms among Medical Residents in King Fahd University Hospital, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J.*, févr 2015, 15 (1), pp.e78-84.

American Psychiatric Association. DSM-V® : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème Edition. Elsevier Masson Ed. Issy-les-Moulineaux. 2015, 1114 p.

Balayssac D., Pereira B., Virot J., *et al.* Burnout, associated comorbidities and coping strategies in French community pharmacies-BOP study: A nationwide cross-sectional study. *PLoS ONE*, 2017, 12 (8), pp.e0182956.

Ben Zid A, Homri W, Ben Romdhane I, *et al.* Burnout in Tunisian medical residents: About 149 cases. *Encephale*, 2018, 44 (4), pp.337-342.

Bernburg M, Vitzthum K, Groneberg DA, *et al.* Physicians' occupational stress, depressive symptoms and work ability in relation to their working environment: a cross-sectional study of differences among medical residents with various specialties working in German hospitals. *BMJ Open*, 2016, 6 (6), pp. e011369.

Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, *et al.* The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.*, 2002, 52 (2), pp.69-77.

Cellini MM, Serwint JR, Chaudron LH, *et al.* Availability of Emotional Support and Mental Health Care for Pediatric Residents. *Acad Pediatr.* 2017, 17 (4), pp.424-430.

Chati R, Huet E, Grimberg L, *et al.* Factors associated with burnout among French digestive surgeons in training: results of a national survey on 328 residents and fellows. *Am J Surg.* 2017, 213 (4), pp.754-762.

Chaukos D, Chad-Friedman E, Mehta DH *et al.* Risk and Resilience Factors Associated with Resident Burnout. *Acad Psychiatry*, 2017, 41 (2), pp.189-194.

Chen K.W., Berger CC, Manheimer E, *et al.* Meditative therapies for reducing anxiety : A systemic review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Depression and Anxiety*, 2012, 29(7), pp.545-562.

Cubero DI, Fumis RR, de Sá TH, *et al.* Burnout in Medical Oncology Fellows: a Prospective Multicenter Cohort Study in Brazilian Institutions. *J Cancer Educ.*, 2016, 31(3), pp.582-7.

Delisle J, Phillips O, Van Der Lind R. The Graduate Student Debt Review. The State of Graduate Student Borrowing [en ligne]. Disponible sur : <https://static.newamerica.org/attachments/750-the-graduate-student-debt-review/GradStudentDebtReview-Delisle-Final.pdf>. (Page consultée le 27/03/2019).

De Oliveira G, Chang R, McCarthy R. The prevalence of burnout and depression and their association with adherence to safety and practice standards : a survey of United States anesthesiology trainees. *Anesth Analg*, 2013, 117 (1), pp.182-93.

Dyrbye LN, West CP, Satele D, *et al.* Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.*, 2014, 89 (3), pp.443-51.

Dwight LE, Edna BF, Raquel EG, *et al.* Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders: What We Know and What We Don't Know. A Research Agenda for Improving the Mental Health of Our Youth. Oxford University Press Ed. New-York. 2005, [en ligne].

Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, *et al.* Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Med Lav*, 2015, 106 (3), pp.172-85.

Foucade N, von Lennep F, Carrasco V, *et al.* Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives [en ligne]. In : Observatoire national du suicide. Site disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf. (Page consultée le 27/03/2019).

Gopal R, Glasheen JJ, Prochazka AV, *et al.* Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med*, 2005, 165 (22), pp.2595-600.

Grichy L. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risques et prévention. A propos d'une étude nationale. Thèse d'exercice en médecine. Paris : Université de Paris VII, 2017, 108 p.

Gulen B, Serinken M, Eken C, *et al.* Serum S100B as a Surrogate Biomarker in the Diagnoses of Burnout and Depression in Emergency Medicine Residents. *Acad Emerg Med.*, 2016, 23 (7), 786-9.

Holmes EG, Connolly A, Putnam KT, *et al.* Taking Care of Our Own: A Multispecialty Study of Resident and Program Director Perspectives on Contributors to Burnout and Potential Interventions. *Acad Psychiatry*, 2017, 41,(2), pp.159-166.

INVS (Institut national de veille sanitaire). Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles [en ligne]. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/index.html. (Page consultée le 27/03/2019).

ISNI (Intersyndicale nationale des internes), ISNCCA (Intersyndicat national des chefs de clinique et assistants), ISNAR-IMG (Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale) et ANEMF (Association nationale des étudiants en médecine de France). Enquête de la santé mentale des jeunes médecins [en ligne]. Disponible sur : <http://www.isncca.org/Actualite/207/20170613%20Dossier%20de%20presse%20ESMJM.pdf>. (Page consultée le 27/03/2019).

Ito M, Seo E, Ogawa R, *et al.* Can we predict future depression in residents before the start of clinical training?. *Med Educ.*, 2015, 49 (2), 215-23.

Ker D. Etude comparative des systèmes de formation des étudiants en médecine générale en France et en Suisse. Thèse d'exercice en médecine. Angers : Université d'Angers, 2015, 70 p.

Krug MF, Golob AL, Wander PL, *et al.* Changes in Resident Well-Being at One Institution Across a Decade of Progressive Work Hours Limitations. *Acad Med.*, 2017, 92 (10), pp.1480-1484.

Lagrange F. Santé, égalité, solidarité : des propositions pour humaniser la santé, sous la direction de J.-F. Mattéi et C. Dreux. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 2012, 47 (3), p.2019.

Lam TP, Wong JGWS, Pang SL, *et al.* Psychological well-being of interns in Hong Kong: what causes them stress and what helps them. *Med Teach.*, 2010, 32 (3), pp.e120-126.

Lazarescu I, Dubray B, Joulakian MB, *et al.* Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists. *Cancer Radiother.* 2018, 22 (8), pp.784-789.

Le Breton-Lerouillois G, Mourgues J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commission jeunes médecins – sections santé publique et démographie médicale [en ligne]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf. (Page consultée le 27/03/2019).

Légifrance. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642&categorieLien=id>. (Page consultée le 27/03/2019).

Leopold Y. Le suicide, étape ultime du Burn Out? [en ligne]. Disponible sur : http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/BURN_OUT_DR_LEOPOLD_.pdf. (Page consultée le 27/03/2019).

Lépine JP, Godchau M, Brun P, *et al.* Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Ann Med Psychol.*, 1985, 143 (2), pp.175-89.

Lépine JP, Godchau M, Teherani M, *et al.* Utilité des échelles d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression en médecine interne. *Acta Psychiatr Belg.*, 1986, 86 (5), pp.608-615.

Lin DT, Liebert CA, Esquivel MM, *et al.* Prevalence and predictors of depression among general surgery residents. *Am J Surg.*, 2017, 213 (2), pp.313-317.

Lin DT, Liebert CA, Tran J, *et al.* Emotional Intelligence as a Predictor of Resident Well-Being. *J Am Coll Surg.*, 2016, 223 (2), pp.352-8.

Marra D. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé [en ligne]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>. (Page consultée le 27/03/2019).

Mata DA, Ramos MA, Kim MM, *et al.* In Their Own Words: An Analysis of the Experiences of Medical Interns Participating in a Prospective Cohort Study of Depression. *Acad Med.*, 2016, 91 (9), pp.1244-50.

Matheson KM, Barrett T, Landine J, *et al.* Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support During Medical Training: a Survey of Medical Students. *Acad Psychiatry*, 2016, 40 (1), pp.63-8.

Mayberry KM, Miller LN. Incidence of Self-Reported Depression Among Pharmacy Residents in Tennessee. *Am J Pharm Educ.*, 2017, 81 (8), pp.5960.

Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire n° DGOS/RH4/2012/337 du 10 septembre 2012 relative au rappel des dispositions réglementaires sur le temps de travail des internes dans les établissements de santé [en ligne]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dgosrh42012337-du-10-septembre-2012-relative-au-rappel-des-dispositions-reglementaires-sur-le-temps-de-travail-des-internes-dans-les-etablissements-de-sante/>. (Page consultée le 27/03/2019).

Ministère des affaires sociales et de la santé. « Conditions de travail des étudiants, internes et assistants » [en ligne]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-final-du-groupe-de-travail-conditions-de-travail-des-etudiants-internes-et-assistants-4-mars-2013/>. (Page consultée le 27/03/2019).

Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail - Prendre soin de ceux qui nous soignent [en ligne]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/rapport-strategie-nationale-damelioration-de-la-qualite-de-vie-au-travail-prendre-soin-de-ceux-qui-nous-soignent-decembre-2016/>. (Page consultée le 27/03/2019).

Ministère du travail. LOI n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032983213&categorieLien=id>. (Page consultée le 27/03/2019).

Miyoshi R, Matsuo H, Takeda R, *et al.* Burnout in Japanese residents and its associations with temperament and character. *Asian J Psychiatr.*, 2016, 24, pp.5-9.

Monrouxe LV, Bullock A, Tseng HM, *et al.* Association of professional identity, gender, team understanding, anxiety and workplace learning alignment with burnout in junior doctors: a longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 2017, 7 (12), pp.e017942.

Mordant P, Deneuve S, Rivera C, *et al.* Quality of life of surgical oncology residents and fellows across Europe. *J Surg Educ.*, 2014, 71 (2), pp.222-8.

Mousa OY, Dhmoon MS, Lander S, *et al.* The MD Blues: Under-Recognized Depression and Anxiety in Medical Trainees. *PLoS ONE*, 2016, 11 (6), pp.e0156554.

Nomura O, Mishina H, Kobayashi Y, *et al.* Limitation of duty hour regulations for pediatric resident wellness: A mixed methods study in Japan. *Medicine (Baltimore)*, 2016, 95 (37), pp.e4867.

OMS (Organisation mondiale de la santé). Journée mondiale de la santé mentale [en ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/fr/. (Page consultée le 25/10/2018).

OMS (Organisation mondiale de la santé). Dépression [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/depression/fr/>. (Page consultée le 25/10/2018).

OMS (Organisation mondiale de la santé). Depression and other common mental disorder. Global health estimates [en ligne]. Disponible sur : https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/. (Page consultée le 27/03/2019).

Pace TWW, Negi LT, Adame DD, *et al.* Effect of compassion meditation on neuroendocrine, innate immune and behavioral responses to psychosocial stress. *Psychoneuroendocrinology*, 2009, 34 (1), pp.87-98.

Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med.*, 2015, 20 (3), pp.353-62.

Pouchard A. Six chiffres-clés pour comprendre le suicide en France [en ligne]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2016/02/09/six-chiffres-cles-pour-comprendre-le-suicide-en-france_4861662_4355770.html. (Page consultée le 28/10/2018).

Raviola G, Machoki M, Good MJD, *et al.* HIV, disease plague, demoralization and « burnout »: resident experience of the medical profession in Nairobi, Kenya. *Cult Med Psychiatry.*, 2002, 26 (1), pp.55-86.

Rosen IM, Gimotty PA, Bellini LM, *et al.* Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.*, 2006, 81 (1), pp.82-5.

Rosen T, Zivin K, Eisenberg D, *et al.* The Cost of Depression-Related Presenteeism in Resident Physicians. *Acad Psychiatry*, 2018, 42 (1), pp.84-87.

Sakata Y, Wada K, Watanabe M, *et al.* Effort-reward imbalance and depression in Japanese medical residents. *J Occup Health*, 2008;50(6):498-504.

Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. *Professional Burnout: recent developments in theory and research.* Taylor & Francis Ed. Washington DC. 1993, 299p.

Spielberger CD, Gorsuch RL. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y) : (“self-evaluation questionnaire”)*. Consulting Psychologists Press, Ed. Palo Alto. 1983, 36p.

Steinert Y, Magonet G, Carson K, *et al.* Emotional Well-Being of House Staff: Comparison of residency training programs. *Can Fam Physician Med Fam Can.*, 1991, 37, pp.2130-8.

Stoesser K, Cobb NM. Self-treatment and informal treatment for depression among resident physicians. *Fam Med.*, 2014, 46 (10), pp.797-801.

Talih F, Warakian R, Ajaltouni J, *et al.* Correlates of Depression and Burnout Among Residents in a Lebanese Academic Medical Center: a Cross-Sectional Study. *Acad Psychiatry.*, 2016, 40 (1), pp.38-45.

Vauloup-Soupault C. *Facteurs prédictifs du burn out chez les internes en médecine générale d’Ile de France. Etude longitudinale. Thèse d’exercice en médecine.* Paris : Université Paris Descartes, 2014, 160 p.

Wikipedia. Doctor of Medicine [en ligne]. Disponible sur : https://en.wikipedia.org/wiki/Doctor_of_Medicine#cite_note-Beisiegel791-17. (Page consultée le 27/03/2019).

Williams E, Martin SL, Fabrikant A, *et al.* Rates of depressive symptoms among pharmacy residents. *Am J Health Syst Pharm.*, 2018, 75 (5), pp.292-297.

Winkel AF, Nguyen AT, Morgan HK, *et al.* Whose Problem Is It? The Priority of Physician Wellness in Residency Training. *J Surg Educ.*, 2017, 74 (3), pp.378-383.

Wolfe KK, Unti SM. Critical care rotation impact on pediatric resident mental health and burnout. *BMC Med Educ.*, 2017, 17 (1), pp.181.

Wolf MR, Rosenstock JB. Inadequate Sleep and Exercise Associated with Burnout and Depression Among Medical Students. *Acad Psychiatry.*, 2017, 41 (2), pp.174-9.

Yaghmour NA, Brigham TP, Richter T, *et al.* Causes of Death of Residents in ACGME-Accredited Programs 2000 Through 2014: Implications for the Learning Environment. *Acad Med.*, 2017, 92 (7), pp.976-983.

Yousuf A, Ishaque S, Qidwai W. Depression and its associated risk factors in medical and surgical post graduate trainees at a teaching hospital: a cross sectional survey from a developing country. *J Pak Med Assoc.*, 2011, 61 (10), pp.968-73.

ANNEXE

Annexe 1 : Etat des lieux de la qualité de vie au travail des internes en pharmacie hospitalière dans l'inter-région Nord-Est

(* = Réponse obligatoire)

Vous êtes *

Femme

Homme

Je ne souhaite pas le préciser

Quel âge avez-vous ? *

Réponse courte

En quel semestre êtes-vous ? *

2

3

4

5

6

7

8

Votre statut marital actuel *

Célibataire

En couple sans concubinage

En concubinage

Marié(e)/Pacsé(e)

Divorcé(e)

Veuf(ve)

Avez-vous des enfants ? *

Oui

Non

Avez-vous des antécédents personnels ? *

	Passé	Actuel/récent (moins d'un mois)	Non
Trouble anxieux généralisé (pathologie entraînant une anxiété excessive PERMANENTE depuis au moins 6 mois)			
Episode dépressif caractérisé			

Etat de stress post-traumatique (flash-back, cauchemars, hypervigilance, évitement en lien avec un ou plusieurs événements...)			
Trouble bipolaire			
Trouble du comportement alimentaire (anorexie, boulimie...)			
Episode psychotique aigu (bouffée délirante aiguë...)			
Trouble psychotique chronique (schizophrénie...)			
Idées suicidaires			
Tentative de suicide			
Addiction à l'alcool			
Autres addictions (cocaïne, héroïne, jeu pathologique, amphétamines, hallucinogène)			
Pathologie somatique chronique (diabète, HTA, etc...)			
Accident de travail			
Arrêt de travail			
Deuil			

Consommez-vous actuellement ... ? *

	Jamais	Inférieur à une fois par mois	Entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Tabac - cigarette électronique					
Alcool					
Plus de 4 verres d'alcool en une occasion					
Cannabis					
Cocaïne					
Hypnotique, anxiolytique, benzodiazépine, méthylphénidate, antalgique de palier 2 ou 3					
Autres drogues (amphétamines, ecstasy, hallucinogènes...)					

Quel est votre lieu de stage/travail actuel ? *

CHU

Centre hospitalier (hors CHU)

Autre structure publique (ARS...)

Etablissement privé participant au service public hospitalier (CRLCC)
Laboratoire/Unité de recherche
Disponibilité
Autres

Quel est votre temps de travail hebdomadaire en moyenne sur les trois derniers mois ? (gardes et cours compris / temps de travail personnel (thèse, préparation de cours...) non compris) *

Moins de 35 heures
Entre 35 et 48 heures
Entre 49 et 60 heures
Entre 61 et 80 heures
Plus de 80 heures par semaine

Au cours de l'année passée, avez-vous été en difficulté du fait d'une souffrance psychique pendant plus d'un mois ? *

Oui
Non

Avez-vous déjà vu un médecin du travail ? *

Oui, il y plus d'un an
Oui, il y a moins d'un an
Non, jamais

Si oui, en plus des visites conventionnelles ?

Oui
Non

Echelle HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale *

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave

- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé
- Plus autant qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

5. Je me fais du souci

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg *

	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre				
Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités				
Tout bien considéré, je suis porté à me considérer				

comme un raté				
Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens				
Je sens peu de raisons d'être fier de moi				
J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même				
Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi				
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même				
Parfois je me sens vraiment inutile				
Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien				

N° d'identification :

TITRE

Prendre soin du soin : état des lieux des troubles anxio-dépressifs chez les internes. Revue systématique de la littérature.

Thèse soutenue le 30 avril 2019

Par Léa Aubert

RESUME :

Les troubles anxio-dépressifs représentent un enjeu majeur de santé publique. L'interne est confronté à une pression importante qui le rend particulièrement vulnérable. En France, l'étude de l'ISNI (intersyndicale nationale des internes) relève un taux d'anxiété de 66,2 % et de dépression de 27,7 % dans la population des internes en médecine (n=7640).

Dans ce contexte, nous avons décidé d'étudier dans un 1^{er} temps la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes en pharmacie et de la comparer à celle des internes en médecine retrouvée par l'ISNI. Dans un second temps, nous avons réalisé une revue systématique de la littérature afin d'identifier la prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les internes au niveau international.

Notre étude menée dans l'inter-région Nord-Est retrouve un taux d'anxiété de 60,6 % et de dépression de 19,7 % dans la population des internes en pharmacie (n = 61). Ces résultats sont similaires à ceux de l'ISNI.

Grâce à la revue systématique de la littérature, nous retrouvons un taux de dépression et d'anxiété plus élevé dans le milieu hospitalier que dans la population générale.

Ce travail montre que la survenue des troubles anxio-dépressifs chez les internes n'est pas dépendante du pays, du système et du statut de travailleur hospitalier. Comme le rappelle le rapport ministériel de Donata Marra en 2018, il importe avant tout d'accompagner chaque interne en terme de gestion du stress, « d'aider à l'empowerment de chacun », notamment en mettant à sa disposition des techniques de pleine conscience.

MOTS CLES :

Interne, jeune médecin, jeune pharmacie, anxiété et dépression

Directeurs de thèse	Intitulé du laboratoire	Nature
Mme Céline Mongaret Mme Pauline Quillet	Service pharmacie du centre hospitalier de Reims	Expérimentale <input checked="" type="checkbox"/> Bibliographie <input type="checkbox"/> Thème : 6

Thèmes

1 – Sciences fondamentales

3 – Médicament

5 - Biologie



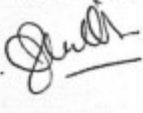
2 – Hygiène/Environnement

4 – Alimentation – Nutrition

6 – Pratique professionnelle

DEMANDE D'IMPRIMATUR

Date de soutenance : 30 avril 2019

<p align="center">DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE</p> <p>présenté par : AUBERT Léa</p> <p><u>Sujet</u> : Prendre soin du soin : état des lieux des troubles anxio-dépressifs chez les internes. Revue systématique de la littérature.</p> <p><u>Jury</u> :</p> <p>Président : Mme Béatrice DEMORE, PU-PH, Pharmacien Directeurs : Mme Céline MONGARET, MCU-PH Pharmacien Mme Pauline QUILLET, PH, Pharmacien Juge : Mme Alice KRAHENBUHL, Médecin</p>	<p align="center">Vu, Nancy et Reims, le 02/04/2019</p> <p>Le Président du Jury Directeurs de Thèse</p> <p>Mme Demoré Mme Mongaret Mme Quillet</p>   
<p align="center">Vu et approuvé, Nancy, le</p> <p align="center">Doyen de la Faculté de Pharmacie de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center"><i>Pr. Raphaël DUVAL</i></p>	<p align="center">Vu, Nancy, le</p> <p align="center">Le Président de l'Université de Lorraine,</p> <p align="center"><i>Pierre MUTZENHARDT</i></p> <p>N° d'enregistrement :</p>