

UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année :2025

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**PRÉVALENCE DE SYMPTÔMES ANXIEUX, DÉPRESSIFS ET DE BURNOUT
CHEZ LES INTERNES EN MÉDECINE DE FRANCE.**

Présentée et soutenue publiquement le 8 octobre 2025 à 13h

Au **Pôle Recherche**

Par **Tatiana AMOUGOU MPEI**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Ali AMAD*

Assesseurs :

Monsieur le Docteur *Julian BÉTRÉMIEUX*

Monsieur le Docteur *Gabriel MASSON*

Directeur de thèse :

Monsieur Docteur *Benoit GRANON*

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Le premier devoir du médecin est de se soigner lui-même. »

WILLIAM OSLER, médecin canadien (12/07/1849 au 29/12/1919)

La détresse psychique des professionnels de santé, dont les internes, est une question qui suscite un intérêt croissant. Les enjeux sont situés aux niveaux politique, social et de santé publique. Cette détresse est le sujet de nombreux articles en France comme à l'international. Une étude américaine réalisée par Makhija et al. publiée en février 2025¹ étudiait de manière rétrospective le taux d'incidence de suicide chez les médecins entre janvier 2017 et décembre 2021. Cette étude de cohorte incluait 97 915 personnes décédées. Les femmes médecins présentaient une incidence de suicide significativement plus élevée (pour 100 000 personnes-années) que la population générale féminine en 2017 et 2019, avec une incidence globale plus élevée sur la période de 2017 à 2021. Cette étude souligne le fait que les femmes médecins présentent une vulnérabilité accrue au suicide. Elle énonce toutefois des facteurs communs aux deux sexes notamment en raison d'une charge de travail élevée, d'un manque d'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle, de discriminations sur le lieu de travail et du stress inhérent à leur métier.

Une méta analyse publiée dans le *JAMA* révèle que 27,2% des étudiants en médecine présentent des symptômes dépressifs, contre 9,3% dans la population générale de la même tranche d'âge². De même, le suicide chez les soignants demeure un sujet alarmant, dépassant le simple phénomène isolé : entre 16,5% et 25% des étudiants en médecine déclarent avoir eu des idéations suicidaires au cours de leur formation, contre 10,5% chez les jeunes adultes âgés de 18 à 25 ans dans la population générale³. De plus, les médecins, en général, sont exposés à des facteurs de risque spécifiques, tels que l'accès facilité à des substances létales et la stigmatisation entourant la santé mentale dans la profession. Si la pandémie de COVID-19 a modifié ces dynamiques, réduisant l'écart de risque entre les sexes après 2020, la situation reste préoccupante.

En France en 2017, l'ISNI, l'ISNAR-IMG, l'ANEMF et l'INSCCA (aujourd'hui Jeunes Médecins) déploient la première enquête nationale sur la santé mentale des jeunes médecins⁴. Ce travail collectait alors plus de 21.000 réponses d'étudiants, d'internes et de jeunes praticiens. Les résultats étaient déjà inquiétants : 62.2% des jeunes et futurs médecins présentaient des symptômes anxieux, 27.7% des symptômes dépressifs et 23.7% affirmaient avoir des idées suicidaires. De plus, 3,8 %, soit 738 jeunes médecins déclaraient avoir fait une tentative de suicide au moins une fois pendant leur cursus. Cette étude a mis **en** lumière une fréquence annuelle de 10 à 20 suicides d'internes de médecine par an. Ceci correspond à une fréquence de 1 suicide d'internes tous les 18 jours. La dernière enquête menée par l'ISNI parue en 2024⁵ met en lumière des résultats tout aussi préoccupants. Sur 8307 réponses d'étudiants, d'internes et de jeunes praticiens 52% des jeunes et futurs médecins présentaient des symptômes anxieux, 16% des symptômes dépressifs, 66% une symptomatologie de burnout et 21% affirment avoir des idées suicidaires.

La confrontation fréquente avec la maladie, la souffrance et parfois la mort, les horaires de travail dépassant en moyenne les 48 heures par semaine⁶ font de l'internat une période propice à de la vulnérabilité.

Étant une étape indispensable pour forger des compétences médicales et développer la résilience, elle se révèle aussi être un terrain fertile pour l'émergence d'atteintes psychologiques tels que le trouble anxieux, les symptômes dépressifs et le burnout.

Loin de l'image idéalisée du jeune médecin dévoué et invulnérable, les internes sont confrontés à des pressions multiples qui affectent leur équilibre personnel et professionnel. L'étude présentée ici a deux objectifs. Le premier est de déterminer la prévalence des symptômes anxieux, dépressifs, de burnout et des idées suicidaires (IDS) chez les internes en médecine de France. Le second cherche à identifier les facteurs de risques et protecteurs professionnels et personnels associés à ces symptômes.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Elle précise qu'il ne s'agit pas uniquement de l'absence de

maladie ou d'infirmité. Il en découle une réflexion de la santé dans sa globalité, englobant tous les aspects qui contribuent au bien-être de l'individu⁷.

L'OMS ne fait pas de différence entre la santé du patient et celle du soignant. Pourtant, dans la société, cette distinction est souvent établie, parfois même de manière inconsciente. Il existe, de fait, un déséquilibre dans la perception de la santé par les soignants et les patients. Les médecins et le corps médical, bien que essentiels au bien-être des patients, ne voient pas toujours leur propre santé considérée avec la même attention et le même respect.

Ce constat met en évidence l'un des paradoxes les plus troublants du monde médical, celui du « médecin malade ». Ce paradoxe est particulièrement visible chez les internes, souvent en première ligne des soins hospitaliers. En effet, ils sont souvent exposés à différents aspects de la prise en charge des patients qui peuvent mettre en difficulté leur santé mentale. Comme l'a souligné Sir William Osler, « le premier devoir du médecin est de se soigner lui-même ». Cependant, dans la pratique, les médecins et en particulier les internes peinent souvent à suivre ce conseil. L'étude de Dyrbye et al. *Academic Medicine* (2015)⁸ qui analyse la stigmatisation liée à la santé mentale chez les étudiants en médecine montre que les professionnels de santé sont souvent réticents à demander de l'aide en raison d'une possible stigmatisation.

Le paradoxe du “médecin malade” met également en lumière une culture médicale où la vulnérabilité est perçue comme une faiblesse. L'étude de Dyrbye et al. *Academic Medicine* (2015)⁸ montre que les internes sont souvent réticents à demander de l'aide ou à reconnaître leurs difficultés psychologiques, de peur d'être perçus comme incompetents. Cette réticence peut aggraver de possibles symptômes psychologiques, entraînant des conséquences parfois graves, tant sur leur santé personnelle que sur la qualité des soins qu'ils prodiguent aux patients. L'étude de Li et al. *American Journal of Medical Quality* (2023)⁹ sur le burnout et les erreurs médicales montrent les conséquences néfastes d'un état de santé mentale sur la prise en charge des patients.

Les taux de dépression chez les internes oscillent entre 10% et 30%, selon les études américaines de Mata et al. (2015)² et Rotenstein et al. (2016)¹⁰. Ces chiffres témoignent de l'ampleur du problème, tout en mettant en lumière la diversité des contextes dans lesquels les internes évoluent. Une étude de Sen et al. (2010)¹¹ révèle que les médecins en formation qui souffrent de dépression sont plus susceptibles de commettre des erreurs médicales, ce qui met en péril non seulement leur santé mais aussi celle de leurs patients.

Le trouble anxieux est un autre trouble mental prévalent parmi les internes. L'étude américaine de Quek et al., (2019)¹² montrent des taux variant de 20% à 40%. Une autre étude, indique que 15,9% des internes souffriraient de troubles anxieux, contre 8,3% des adultes âgés de 25 à 44 ans dans la population générale. En France, en 2021 il était de 75% selon une enquête nationale de l'ISNI¹³. Comme le révèlent les études mentionnées ci-dessus, les étudiants en médecine doivent continuer d'assurer leurs consultations malgré le fait de présenter des taux d'anxiété croissants au fur et à mesure de leurs études.

Comprendre les causes, facteurs de risques et facteurs protecteurs permettrait de mieux équipés pour gérer la souffrance des autres.

Le burnout, quant à lui, est probablement le trouble le plus emblématique de la souffrance professionnelle des internes en médecine. Ce syndrome a été décrit par Christina Maslach dans les années 1970 culminant en la Maslach Burnout Inventory (MBI)¹⁴. Ce syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution de l'accomplissement personnel toucherait entre 40% et 75% des internes, selon l'étude de Dyrbye et al. (2014)¹⁵. De plus, l'étude de West et al. publiée en 2018 sur les médecins Américains montre plus de 50% de taux de burnout chez ces derniers¹⁶. Une étude de Rotenstein, L. S., et al.¹⁷ explique que cette forme de détresse psychologique est particulièrement associée aux environnements de travail stressants, aux horaires prolongés, aux conflits éthiques récurrents et à l'absence de reconnaissance professionnelle. Par ailleurs, l'enquête SESMAT (Santé et satisfaction des médecins au travail), réalisée entre avril 2007 et mai 2008 et publiée en 2010, a mesuré la prévalence du burnout chez des professionnels de santé à l'aide du Copenhagen Burnout Inventory (CBI). L'étude comprenait 3 196 participants, dont 92,8%

travaillaient en milieu hospitalier et 16,8% étaient des urgentistes. Les spécialités représentées incluent 538 urgentistes, 565 anesthésistes-réanimateurs, 576 médecins généralistes, 331 chirurgiens, 179 psychiatres, 106 gériatres, 217 radiologues et biologistes, 285 médecins préventifs et 155 pharmaciens. La prévalence du burnout observée était de 42,4% chez l'ensemble des professionnels de santé et atteignait 51,5% dans le groupe des urgentistes¹⁸.

L'étude de Kerrien et al. publiée en 2016 sur les internes en médecine générale en France, met en lumière une tendance similaire à celle observée à l'international, révélant ainsi que ce phénomène dépasse les frontières¹⁹. La revue de littérature d'Ishak et al. publiée en 2009 démontre également que le burnout est une réalité bien établie au sein de la formation médicale²⁰.

Ce travail se propose ainsi d'apporter une contribution à la compréhension des défis psychologiques auxquels sont confrontés les internes en médecine en France. En examinant la prévalence des symptômes anxieux, dépressifs et du burnout, ainsi que les facteurs de risque et les mécanismes de protection, cette recherche aspire à offrir une contribution pour élaborer des stratégies préventives et des interventions ciblées.

Matériel et Méthode

Population cible :

La population cible de cette étude est constituée de l'ensemble des internes de médecine en France inscrit à une faculté de médecine française durant les années 2023-2024 et 2024-2025 tout semestre confondu. Les participants ont été recrutés via le mailing des diverses facultés.

Critères d'inclusion et d'exclusion :

Les critères d'inclusion étaient : être un interne de médecine inscrit à une faculté de médecine française durant l'année scolaire 2023-2024 et/ou 2024-2025 et donner son accord de participation à la présente étude. Un seul critère d'exclusion a été établi, le refus de participer à l'étude.

Il s'agit d'une étude de type transversal et observationnel. Elle a impliqué l'envoi d'un mail à travers les secrétariats des facultés de médecines diverses aux internes de médecine toute spécialité confondue, comprenant une lettre d'information clarifiant l'objectif de l'étude et un lien menant à un questionnaire en ligne. Ce questionnaire était structuré en trois sections. La première section avait pour but de décrire l'échantillon (questions démographiques, professionnelles et personnelles). La deuxième partie consiste en les deux échelles d'évaluation, la HOSPITAL ANXIETY and DEPRESSION SCALE (HAD) et la MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI). La troisième partie approfondit les facteurs protecteurs que la littérature scientifique a pu mettre en avant.

Un score au HAD supérieur ou égal à 7 indique la présence de symptômes anxieux et/ou dépressifs. Nous retiendrons comme positif tout score supérieur ou égal à 7¹⁹.

Le score MBI sera interprété de cette manière

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Le questionnaire était hébergé sur un serveur sécurisé appelé GOUILE. Les données sont recueillies via un formulaire eCRF à partir de l'éditeur en ligne de données GOUILE. Ces données seront hébergées sur un serveur sécurisé et certifié pour les données de santé (GPLExpert). Seules les personnes impliquées dans l'étude ont accès aux données recueillies. Cela garantit la sécurité et la confidentialité des réponses et des participants. Les données collectées dans le cadre de cette étude ont été anonymisées. Ensuite, elles ont été extraites et stockées sur un autre serveur sécurisé, NEXTCLOUD, pour en assurer la protection.

La première diffusion du questionnaire a eu lieu en septembre 2024. Par la suite, deux relances supplémentaires ont été effectuées pour maximiser le taux de participation. La première relance s'est déroulée en novembre 2024, suivie d'une seconde en décembre 2024.

Il n'y avait pas de suivi continu des participants après la réponse au questionnaire.

Cependant, pour répondre à d'éventuels besoins de soutien, un ensemble de coordonnées de contact était indiqué à la fin du document. Cela permettait aux participants de se diriger vers une prise en charge si nécessaire.

Critère de jugement principal :

Le critère de jugement principal correspond à la proportion de participants présentant un résultat positif à au moins l'un des deux scores suivants : HAD permettant d'identifier des symptômes anxieux, dépressifs et/ou MBI permettant de rechercher des symptômes de burnout. Les critères secondaires portaient sur la recherche de facteur(s) de risque et/ou de facteur(s) protecteur(s) symptômes anxieux, dépressifs et de burnout (sexe, activité physique, encadrement ...).

Les traitements statistiques seront réalisés à l'aide des logiciels R (version 4.2.1) et Excel (Microsoft®).

Dans un premier temps, une analyse descriptive recherchera les caractéristiques des participants à l'enquête. Les variables quantitatives seront décrites au moyen de moyennes et écart-types en cas de distribution normale, ou au moyen de médianes et intervalles interquartiles en cas de distribution non normale. Les variables qualitatives seront décrites au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Objectif principal : une analyse descriptive des résultats obtenus à l'échelle de la HAD et de la MBI sera réalisée.

Objectifs secondaires :

- Afin de décrire la population en fonction du niveau de sévérité des symptômes des analyses descriptives comparatives seront réalisées. Les moyennes seront comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation du test de Student ne sont pas réunies Les proportions seront comparées à l'aide d'un test paramétrique de khi2 (lorsque les effectifs théoriques sont ≥ 5 ind/groupe) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les

effectifs théoriques sont < 5 ind/groupe). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0.05 .

- Afin de rechercher des facteurs de risque et/ou protecteurs de la dépression dans cette population une analyse multivariée par régression logistique sera réalisée.

L'étude a été menée grâce à l'appui méthodologique et statistique fourni par la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France (F2RSM). Cet organisme a apporté un soutien tout au long du processus de recherche, et a permis de garantir la rigueur scientifique et la validité des résultats. Avant d'être mise en œuvre, l'étude a obtenu l'autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP), s'assurant qu'elle respecte les normes éthiques en vigueur. Il est important de noter qu'aucun conflit d'intérêt n'est à déclarer.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles

Sur plus de 50 000 internes répondant aux critères d'inclusion, 7135 ont été interrogés via divers secrétariats de 9 facultés de médecine en France. Les secrétariats nous ont communiqué le nombre d'internes à qui le questionnaire était diffusé. 817 ont répondu, soit 11.5% de la population étudiée (Figure 1). Parmi les répondants 73.1% (595) étaient des femmes, une moyenne d'âge de 27.08 années, 68.43% étaient en couple, 93.6% sans enfants. 58.72% n'ont pas effectué leur internat dans la même ville où ils ont réalisé leur externat et 58.7% réalisent leur internat à plus de 100 km de leur lieu d'externat. (Tableau 1).

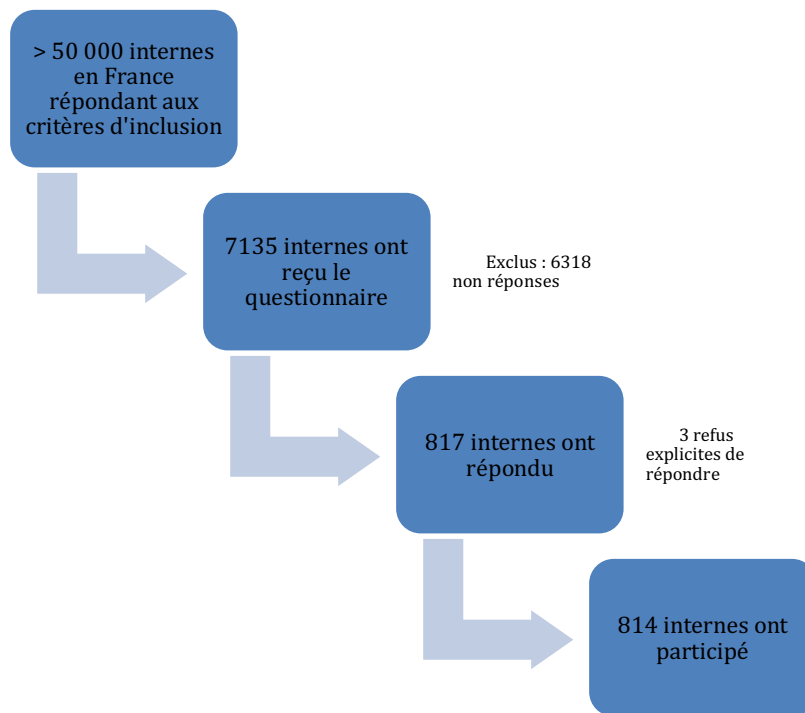


Figure 1 : Flowchart

Profil type de l'interne

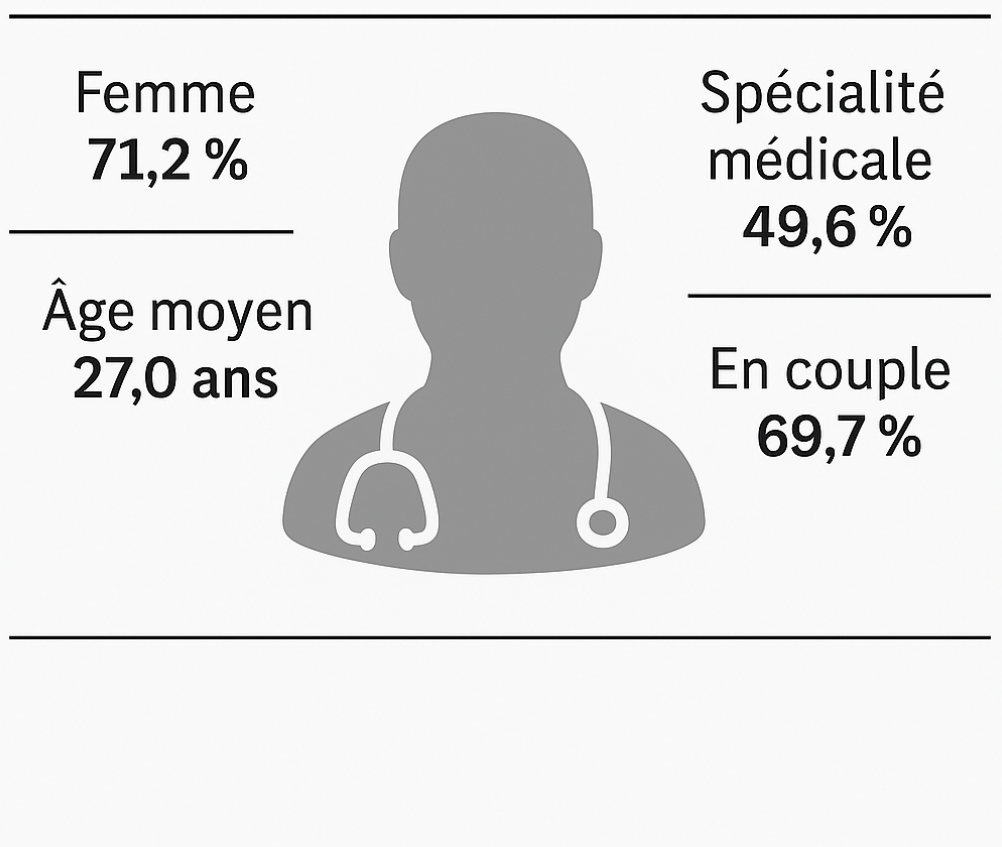


Figure 2 – Profil type de l'interne

Tableau 1. Caractéristiques de la population

Analyses univariées		
	N	814
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	217 (26.7)
	Femme	595 (73.1)
	Non binaire	2 (0.2)
Age, moy (sd)		
		27.1 (2.6)
<i>Min : 23 ; Max : 27 ; Médiane : 27</i>		

Situation, n (%)	En couple	557 (68.4)
	Célibataire	257 (31.6)
Enfants, n (%)	Oui	52 (6.4)
	Non	762 (93.6)
Médecin traitant, n (%)	Oui	628 (77.1)
	Non	186 (22.9)
Externat et internat effectué dans la même faculté, n (%)	Oui	336 (41.3)
	Non	478 (58.7)
Distance internat > 100km, n (%)	Oui	478 (58.7)
	Non	336 (41.3)
Spécialités par groupes, n (%)	Médecine générale	334 (41.0)
	Spécialités médicales	373 (45.8)
	Spécialités chirurgicales	56 (6.9)
	Urgence	51 (6.3)
Nombre moyen de semestres validés, moy (sd)		3.7 (2.6)
<i>Min : 0 ; Max : 12 ; Médiane : 4</i>		

Cette population est similaire à la distribution actuelle et répartition en France des internes de médecine²¹.

Santé mentale et caractéristiques psychologiques de la population

Au total, 814 internes ont participé à l'enquête. Parmi eux, 31,7 % déclaraient des antécédents psychiatriques personnels avant le début de l'internat, et 34,3 % avaient

des antécédents familiaux en santé mentale. Plus de la moitié (54,5 %) avaient déjà consulté un professionnel de santé mentale au moins une fois dans leur vie.

Concernant l'anxiété (score HAD), la moyenne était de $8,7 \pm 4,1$, avec 31,6 % des internes présentant un score pathologique (score > 10). En matière de dépression, le score moyen était de $4,4 \pm 3,6$, et 7,1 % présentaient une symptomatologie qui cotait au-delà du seuil pathologique.

Le score global d'épuisement émotionnel (MBI) était en moyenne de $21,8 \pm 11,3$, et 26 % des internes présentaient un score pathologique. La dépersonnalisation était également marquée, avec une moyenne de $9,9 \pm 6,1$ et 37,7 % des internes dans la catégorie "élevé".

À l'inverse, la sous-échelle d'accomplissement personnel affichait une moyenne de $33,7 \pm 6,9$, avec 45,9 % des participants dans la catégorie "élevée", suggérant un engagement professionnel présent chez une partie des répondants. Parmi les internes interrogés, 21,7 % (n = 177) présentaient un faible score d'accomplissement personnel, reflétant une perte marquée de sens, de satisfaction ou d'efficacité dans leur travail.

Ce sous-groupe était plus fréquemment caractérisé par des antécédents psychiatriques personnels, un soutien social ou professionnel insuffisant, une charge de travail importante, ainsi qu'un faible recours aux dispositifs de soutien institutionnels.

L'absence d'accomplissement personnel constitue une dimension silencieuse mais centrale du burnout, et pourrait, à long terme, favoriser un désengagement professionnel voire une remise en question du projet médical lui-même. L'ensemble des semestres d'internat était représenté, avec une légère surreprésentation des internes en fin de cursus (S7 et au-delà : 20,2 %). Le semestre moyen des répondants était de 4,4, soit une répartition centrée autour du milieu de l'internat, reflétant une diversité d'expériences, tant en début qu'en fin de formation.

Le risque global de burnout (combinant les trois sous-échelles) était :

- Faible pour 66,8 %

- Modéré pour 22,4 %
- Sévère pour 10,8 % des internes

Enfin, 17,3 % des internes ont déclaré avoir eu des idées suicidaires (IDS) au cours des 12 derniers mois, dont 19,1 % à fréquence hebdomadaire, et 3,2 % quotidiennement. Ces chiffres reflètent une prévalence préoccupante de la détresse psychique dans cette population.

Habitudes de vie, perception du soutien et attentes en matière de prévention

Sont présentées les données sur l'activité physique, les pratiques relaxantes, le soutien perçu (encadrement, réseau social), et les propositions émises par les internes pour améliorer la santé mentale dans leur environnement universitaire.

La quasi-totalité des internes déclaraient disposer d'un réseau de soutien social (97,9 %), avec un niveau perçu élevé dans 54,4 % des cas (niveau 5).

La pratique d'une activité physique régulière concernait 74 % des participants, avec une moyenne de 3 heures hebdomadaire. Parmi eux, seuls 3,5 % atteignaient ou dépassaient 8 heures par semaine. En revanche, les activités relaxantes étaient peu fréquentes, avec une médiane de 0 h par semaine.

Un encadrement soutenant était rapporté par 70,3 % des internes, mais seulement 6,6 % avaient eu un entretien avec la médecine du travail en lien avec leur santé mentale au cours de l'année écoulée.

64,9 % connaissaient l'existence de structures universitaires de santé mentale, et 87,5 % estimaient que l'université devrait jouer un rôle actif dans la prévention.

Parmi les actions attendues, figuraient en priorité :

- Des ateliers de gestion du stress (49,3 %)
- Un meilleur accès à du temps libre (43,1 %)
- La sensibilisation aux pathologies psychiatriques (44,6 %)
- La création d'un service de soutien psychologique spécifique à l'université (51 %)
- Un tuteur formé à la santé mentale pour chaque spécialité (33,7 %)

Résultats – Analyses bivariées

Analyses bivariées // Impact de la vie professionnelle sur la santé mentale			
	Impact positif (score > 5) N = 400	Impact négatif (score ≤ 5) N = 414	p
Sexe, n (%)			0.008*
Homme	123 (30.7)	94 (22.7)	
Femme	277 (69.3)	318 (76.8)	
Non binaire	0 (0.0)	2 (0.5)	
Age, moy (sd)	27.0 (2.6)	27.2 (2.6)	0.316
Situation, n (%)			0.787
En couple	276 (69.0)	281 (67.9)	
Célibataire	124 (31.0)	133 (32.1)	
Distance internat > 100K, n (%)	234 (58.5)	244 (58.9)	0.956
Spécialité par groupe, n (%)			0.249
Médecine générale	160 (40.0)	174 (42.0)	
Spécialité médicale	180 (45.0)	193 (46.6)	
Spécialité chirurgicale	28 (7.0)	28 (6.8)	
Urgences	32 (8.0)	19 (4.6)	
ATCD psy perso, n (%)	110 (27.5)	148 (35.7)	0.014*
Pratique d'une activité physique, n (%)	309 (77.3)	293 (70.8)	0.043*
*Résultats significatifs			

Tableau 2 - Impact de la vie professionnelle sur la santé mentale

Afin d'analyser les facteurs associés à la perception de l'impact de la vie professionnelle sur la santé mentale, une analyse bivariée a été réalisée, comparant les caractéristiques des internes selon qu'ils déclaraient un impact positif (score > 5) ou négatif (score ≤ 5) sur une échelle de 1 à 10.

Sur les 814 répondants, 414 internes (50,9 %) estimaient que leur activité professionnelle avait un impact négatif sur leur bien-être psychologique.

Plusieurs facteurs étaient significativement associés à cette perception :

- Le sexe : les femmes étaient plus nombreuses à déclarer un impact négatif que les hommes (76,8 % vs 22,7 %, $p = 0,008$).
- La présence d'antécédents psychiatriques personnels était également liée à une perception plus négative (35,7 % vs 27,5 %, $p = 0,014$). A condition identique, les antécédents personnels psychiatrique influent sur une vision négative de la vie.
- La pratique d'une activité physique régulière semblait au contraire protectrice, les internes physiquement actifs déclarant moins souvent un impact négatif (70,8 % vs 77,3 %, $p = 0,043$).

En revanche, l'âge, la situation familiale, la distance entre la ville d'internat et celle d'externat, ou encore le groupe de spécialité médicale n'étaient pas significativement associés à cette perception.

Soutien social perçu et idées suicidaires (IDS)

Une analyse bivariée a mis en évidence une association significative entre le niveau de soutien social perçu et la déclaration d'idées suicidaires (IDS) au cours des 12 derniers mois ($p < 0,001$).

Parmi les 141 internes rapportant des IDS (17,3 % de l'échantillon), la majorité déclaraient un niveau de soutien social de 4 (42,1 %) ou 5 (36,1 %) sur une échelle allant de 1 à 5.

À l'inverse, parmi les internes n'ayant pas rapporté d'IDS, une plus grande proportion (59,5 %) percevait un soutien social maximal (niveau 5).

Ces données indiquent que plus le soutien social perçu est élevé, moins les internes rapportent d'idées suicidaires, mettant en lumière un rôle protecteur majeur du réseau social. Toutefois, le V de Cramer (0,21) suggère une intensité d'association modérée, invitant à considérer également d'autres facteurs contextuels et personnels.

Analyses bivariées // Lien entre soutien social déclaré et IDS			
	IDS dans les 12 derniers mois N = 141	Pas d'IDS dans les 12 derniers mois N = 673	p
Niveau de soutien social déclaré, n (%)			< 0.001 *
1	0 (0.0)	1 (0.2)	
2	10 (7.5)	11 (1.7)	
3	19 (14.3)	63 (9.5)	
4	56 (42.1)	194 (29.2)	
5	48 (36.1)	395 (59.5)	
<i>*Résultats significatifs</i>			
V de Cramer	0.21		
Valeur du V de Cramer	Intensité de la relation entre les variables		
< 0.10	Relation nulle ou très faible		
≥ 0.10 et < 0.20	Relation faible		
≥ 0.20 et < 0.30	Relation moyenne		
≥ 0.30	Relation forte		

Tableau 3 : Soutien social et IDS

Nombre de gardes mensuelles et symptômes psychiques

Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Nombre de gardes et score HAD (anxiété)	0.02	[-0.05 ; 0.09]
Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Nombre de gardes et score HAD (dépression)	0.04	[-0.03 ; 0.11]
Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Nombre de gardes et score MBI (SEP)	-0.001	[-0.07 ; 0.07]
Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Nombre de gardes et score MBI (SD)	0.17	[0.11 ; 0.24]*
Variables analysées	Coefficient de corrélation r	p [IC95%]
Nombre de gardes et score MBI (SAP)	-0.03	[-0.10 ; 0.03]
*Résultats significatifs		

Tableau 4 : corrélation entre nombre de gardes et atteinte psychologique

L'analyse des corrélations entre le nombre de gardes mensuelles et les différents scores psychiques montre que la fréquence des gardes n'est pas associée de manière significative aux scores d'anxiété ($r = 0,02$) ni à ceux de dépression ($r = 0,04$), les deux corrélations étant faibles et non significatives (IC 95 % incluant 0).

De même, aucun lien n'est observé entre le nombre de garde et les dimensions d'épuisement émotionnel du burnout ($r \approx 0$) ni avec le sentiment d'accomplissement personnel ($r = -0,03$).

En revanche, une corrélation significative est retrouvée entre le nombre de gardes et la dépersonnalisation ($r = 0,17$; IC95 % : [0,11 ; 0,24]), suggérant que l'accumulation de gardes pourrait favoriser un désengagement émotionnel vis-à-vis du travail. Bien que la force de la corrélation soit modérée, cette donnée renforce l'idée d'un effet délétère de la charge en gardes sur la santé mentale relationnelle des internes.

La dépersonnalisation est définie dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition) comme suit :

Il s'agit d'une expérience persistante ou récurrente de détachement ou d'irréalité par rapport à soi-même, comme si l'on était un observateur extérieur de ses pensées, de ses sensations, de son corps ou de ses actions (par exemple : se sentir comme dans un rêve, se sentir irréal, absent ou robotisé, ou avoir une altération de la perception corporelle).

Cette association significative, bien que modérée, entre le nombre de gardes mensuelles et la dépersonnalisation pourrait s'expliquer par les effets délétères de la privation chronique de sommeil et de l'irrégularité des rythmes de travail.

Ces éléments sont susceptibles d'altérer les capacités d'empathie, de gestion émotionnelle et d'investissement relationnel des internes, les exposant ainsi à une forme de désengagement émotionnel défensif typique du burnout.

Cette hypothèse est renforcée par l'absence de lien entre le nombre de gardes et les autres dimensions du burnout ou de la symptomatologie anxio-dépressive, suggérant un impact plus spécifique sur la sphère relationnelle.

Analyses bivariées // Lien entre nombre de gardes / mois et IDS			
	IDS dans les 12 derniers mois N = 141	Pas d'IDS dans les 12 derniers mois N = 673	p
Nombre moyen de gardes / mois, moy (sd)	2.8 (2.3)	3.1 (2.2)	0.056

Tableau 5 : Lien entre nombre de gardes et IDS

Le nombre moyen de gardes mensuelles était légèrement inférieur chez les internes ayant rapporté des idées suicidaires ($2,8 \pm 2,3$) par rapport à ceux n'en ayant pas rapporté ($3,1 \pm 2,2$), bien que cette différence ne soit pas statistiquement significative ($p = 0,056$).

Ce résultat pourrait s'expliquer non pas par une moindre exposition à la charge de travail, mais plutôt par le fait que les internes en souffrance psychique bénéficient, dans certains cas, d'aménagements de planning, tels que des exemptions de gardes ou des réductions d'activité, notamment après un signalement, un arrêt maladie ou un accompagnement par les services de santé.

Il est donc possible que cette différence traduise davantage un effet de protection secondaire

qu'une absence d'impact des gardes sur la santé mentale. Cette hypothèse souligne l'importance de prendre en compte les réponses adaptatives du système hospitalier dans l'interprétation des données de charge de travail.

Cette différence est proche du seuil de significativité ($p = 0,056$), ce qui suggère une tendance, mais ne permet pas de conclure à une relation statistiquement significative entre la fréquence des gardes et la survenue d'IDS dans cet échantillon.

Ainsi, contrairement à l'effet observé sur certaines dimensions du burnout (comme la dépersonnalisation), le nombre de gardes ne semble pas clairement associé aux IDS. Ces résultats suggèrent que d'autres facteurs (comme le soutien social ou l'histoire psychiatrique personnelle) jouent un rôle plus déterminant.

Temps de travail et détresse psychique

Impact du temps de travail sur les scores HAD et MBI			
	Nombre d'heures de travail / sem $\leq$ 48h N = 428	Nombre d'heures de travail / sem $>$ 48h N = 336	p
Score HAD - Anxiété, moy (sd)	8.4 (4.1)	8.9 (4.2)	0.065
Score HAD - Dépression, moy (sd)	3.9 (3.6)	4.8 (3.5)	$< 0.001^*$
Score MBI - Épuisement professionnel, moy (sd)	20.1 (11.1)	23.7 (11.2)	$< 0.001^*$
Score MBI - Dépersonnalisation, moy (sd)	9.2 (5.9)	10.6 (6.2)	$< 0.001^*$
Score MBI - Accomplissement personnel, moy (sd)	33.7 (7.0)	33.8 (6.7)	0.935
Risque de Burn-out, n (%)			$< 0.001^*$
Faible	311 (72.7)	233 (60.4)	
Moyen	81 (18.9)	101 (26.2)	
Sévère	36 (8.4)	52 (13.5)	
IDS dans les 12 derniers mois, n (%)	73 (17.1)	68 (17.6)	0.906
*Résultats significatifs			

Tableau 6 : Impact du temps de travail sur la HAD et la MBI

Les internes déclarant travailler plus de 48 heures par semaine présentaient des scores significativement plus élevés sur plusieurs indicateurs de souffrance psychique :

- Dépression : $4,8 \pm 3,5$ vs $3,9 \pm 3,6$ ($p < 0,001$)
- Épuisement professionnel : $23,7 \pm 11,2$ vs $20,1 \pm 11,1$ ($p < 0,001$)
- Dépersonnalisation : $10,6 \pm 6,2$ vs $9,2 \pm 5,9$ ($p < 0,001$)

Le score d'anxiété, bien que légèrement plus élevé dans ce groupe, n'atteignait pas la significativité statistique ($p = 0,065$).

Le risque de burnout sévère était également plus élevé chez les internes avec plus de 48h

hebdomadaires (13,5 % vs 8,4 % ; $p < 0,001$), confirmant que la surcharge horaire constitue un facteur aggravant important de la détresse psychique, en particulier pour les symptômes dépressifs et les dimensions du burnout.

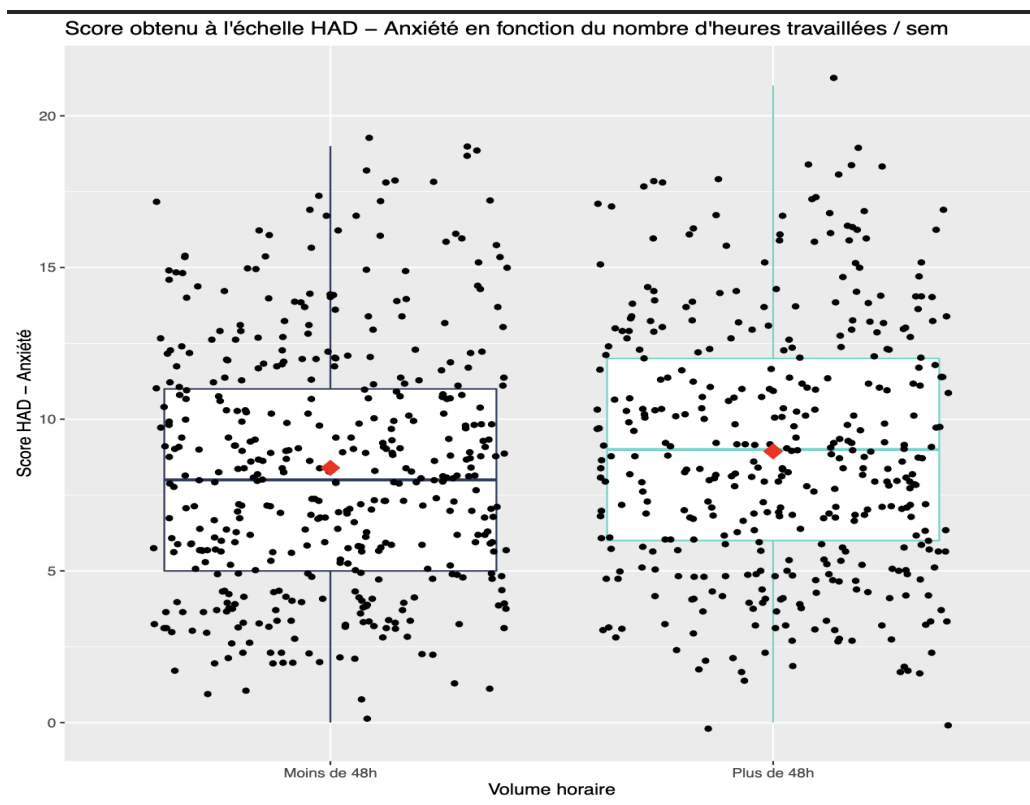


Figure 2 : symptômes anxieux en fonction du temps de travail

Le graphique ci-dessus met en évidence la distribution des scores d'anxiété (HAD) selon le volume horaire hebdomadaire déclaré.

La moyenne des scores est légèrement plus élevée chez les internes travaillant plus de 48 heures par semaine ($8,9 \pm 4,2$) comparée à ceux travaillant moins ($8,4 \pm 4,1$). Toutefois, cette différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique ($p = 0,065$).

Visuellement, la variabilité interindividuelle est importante dans les deux groupes, et les distributions sont globalement comparables.

Ces résultats suggèrent que si une tendance à l'augmentation de l'anxiété existe avec l'intensité du travail, elle n'est pas suffisamment marquée pour être considérée comme significative dans cet échantillon. Il est possible que l'anxiété soit davantage influencée par des facteurs qualitatifs (pression, ambiance, soutien) que par la simple quantité horaire.

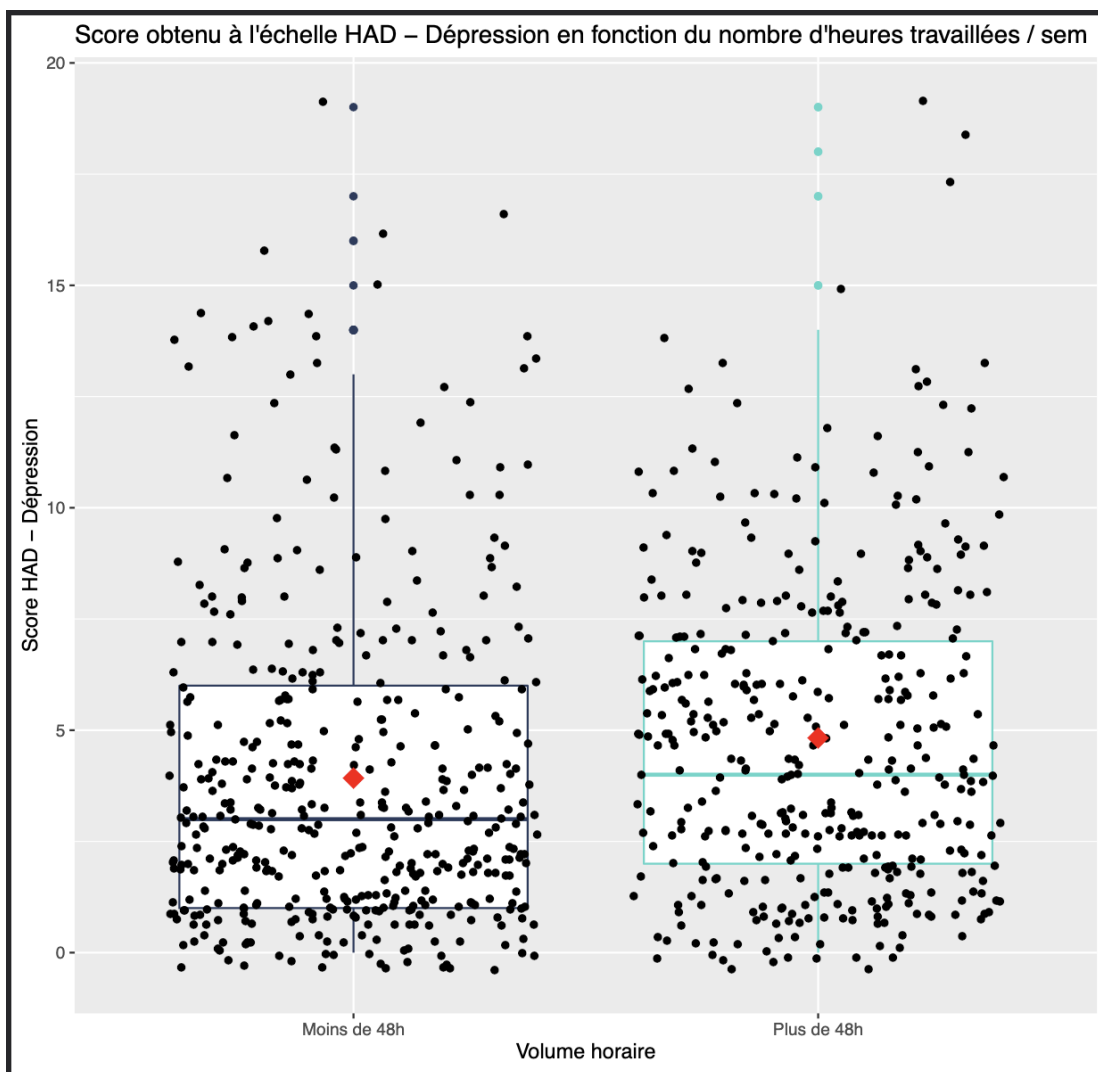


Figure 3 : Symptômes dépressifs en fonction du temps de travail

Cette figure montre une différence marquée entre les internes travaillant moins ou plus de 48 heures par semaine en ce qui concerne leurs scores de dépression (HAD).

Les internes effectuant plus de 48 heures hebdomadaires présentaient une moyenne de score significativement plus élevée ($4,8 \pm 3,5$) que ceux travaillant moins ($3,9 \pm 3,6$), avec une différence statistiquement significative ($p < 0,001$).

Cette tendance est visuellement confirmée par une médiane plus élevée, un décalage du nuage de points vers le haut, ainsi qu'une variabilité persistante dans chaque groupe.

Ces résultats confirment que l'intensité horaire est un facteur de risque clairement associé à des symptômes dépressifs plus marqués, ce qui corrobore les données de la littérature sur le lien entre surcharge de travail et détresse psychique chez les soignants.



Figure 4 : sentiment d'accomplissement personnel en fonction du temps de travail

Cette figure illustre la dimension d'accomplissement personnel du burnout, en lien avec le volume horaire hebdomadaire déclaré.

Les moyennes sont quasi identiques entre les deux groupes (33,7 vs 33,8), et la distribution est similaire, tant en termes d'étendue que de médiane ($p = 0,935$).

L'absence de différence significative suggère que le sentiment d'efficacité personnelle et de réalisation au travail n'est pas affecté par le nombre d'heures travaillées par semaine, contrairement aux autres dimensions du burnout.

Il est possible que cette dimension soit davantage influencée par la reconnaissance, l'autonomie ou le soutien institutionnel, que par la charge horaire brute.

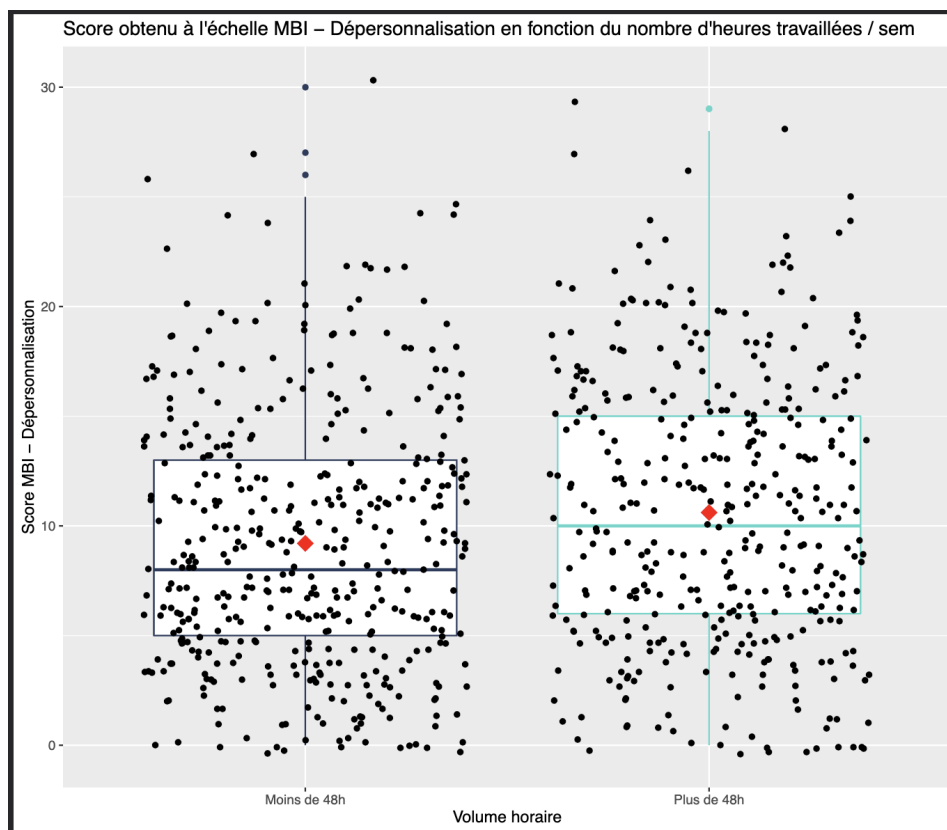


Figure 5 : sentiment de dépersonnalisation en fonction du temps de travail.

Le score de dépersonnalisation, qui reflète le détachement émotionnel vis-à-vis des patients et du travail, est significativement plus élevé chez les internes déclarant travailler plus de 48 heures par semaine.

La moyenne de score est de 10,6 dans ce groupe contre 9,2 chez ceux travaillant moins ($p < 0,001$), confirmant une différence statistiquement significative.

Visuellement, cette tendance est perceptible à travers une légère élévation de la médiane et une distribution plus étendue vers le haut dans le groupe des internes surmenés.

Ces résultats confortent l'idée que la surcharge horaire favorise un processus de désengagement et de désensibilisation, caractéristiques de la dépersonnalisation.



Figure 6 : sentiment d'épuisement professionnel en fonction du temps de travail

Cette figure met en évidence une différence marquée sur les scores d'épuisement émotionnel, selon le volume horaire hebdomadaire.

Les internes travaillant plus de 48 heures par semaine présentent une moyenne de score significativement plus élevée ($23,7 \pm 11,2$) que ceux avec un volume horaire inférieur ($20,1 \pm 11,1$), avec une différence hautement significative ($p < 0,001$).

La distribution des scores révèle un décalage net de la médiane, une élévation du nuage de points et une plus grande variabilité chez les internes les plus exposés.

Ces données confirment que la surcharge horaire est un facteur de risque majeur d'épuisement émotionnel, première étape du syndrome d'épuisement professionnel.

Les trois dimensions du burnout évaluées par l'échelle MBI — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel — ont été comparées selon le volume horaire hebdomadaire déclaré ($<$ ou $>$ 48h/semaine).

Deux dimensions montrent une différence significative :

- L'épuisement émotionnel est significativement plus élevé chez les internes surchargés ($p < 0,001$).
- La dépersonnalisation est également plus marquée dans ce groupe ($p < 0,001$).

En revanche, l'accomplissement personnel ne varie pas significativement selon le volume horaire ($p = 0,935$), ce qui suggère que cette dimension repose sur d'autres mécanismes (reconnaissance, autonomie, sens du travail).

Ces résultats soulignent que la quantité d'heures travaillées est un facteur de risque déterminant du burnout, en particulier dans ses formes émotionnelles et relationnelles.

Éloignement géographique et santé mentale

Analyses bivariées // Impact de la distance de l'internat sur les scores HAD et MBI			
	Distance internat > 100K N = 478	Distance internat < 100K N = 336	p
Score HAD - Anxiété, moy (sd)	8.5 (4.1)	8.8 (4.1)	0.316
Score HAD - Dépression, moy (sd)	4.4 (3.6)	4.3 (3.5)	0.716
Score MBI - Épuisement professionnel, moy (sd)	21.9 (11.2)	21.7 (11.5)	0.860
Score MBI - Dépersonnalisation, moy (sd)	10.1 (6.1)	9.6 (6.0)	0.267
Score MBI - Accomplissement personnel, moy (sd)	33.9 (6.8)	33.5 (7.0)	0.462
Risque de Burn-out, n (%)			0.756
Faible	225 (67.0)	319 (66.7)	
Moyen	110 (23.0)	72 (21.4)	
Sévère	49 (10.3)	39 (11.6)	

Tableau 7 : Éloignement géographique et santé mentale

Enfin, l'analyse du lien entre l'éloignement géographique (internat à plus de 100 km de la ville d'externat) et les troubles psychiques n'a révélé aucune association significative :

- Anxiété : $p = 0,316$
- Dépression : $p = 0,716$
- Burnout (toutes dimensions) : $p > 0,2$
- Risque global de burnout : $p = 0,756$

Ces résultats suggèrent que la mobilité géographique seule ne constitue pas un facteur de risque indépendant de souffrance mentale. D'autres variables — telles que l'environnement local d'internat, la qualité de l'accueil ou le niveau de soutien — pourraient moduler cette relation.

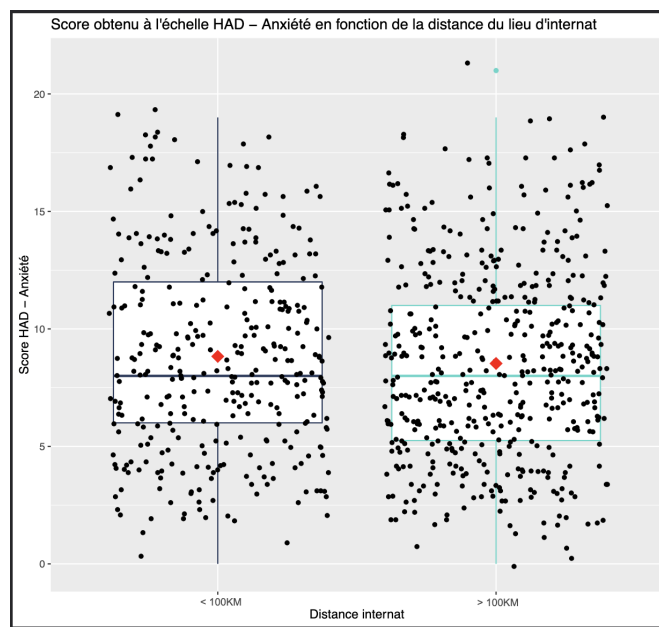


Figure 7 : symptômes anxieux en fonction de l'éloignement géographique

Cette figure ci-dessus illustre la distribution des scores d'anxiété (HAD) en fonction de la distance entre le lieu d'internat et celui d'externat.

Aucune différence significative n'est observée entre les deux groupes, tant en termes de médiane, de moyenne (représentée par le losange rouge), que de dispersion des valeurs.

Les scores sont globalement comparables, avec une variabilité importante dans chaque groupe, ce qui confirme les résultats du test statistique ($p = 0,316$), suggérant que l'éloignement géographique ne constitue pas un facteur de risque indépendant de l'anxiété chez les internes.

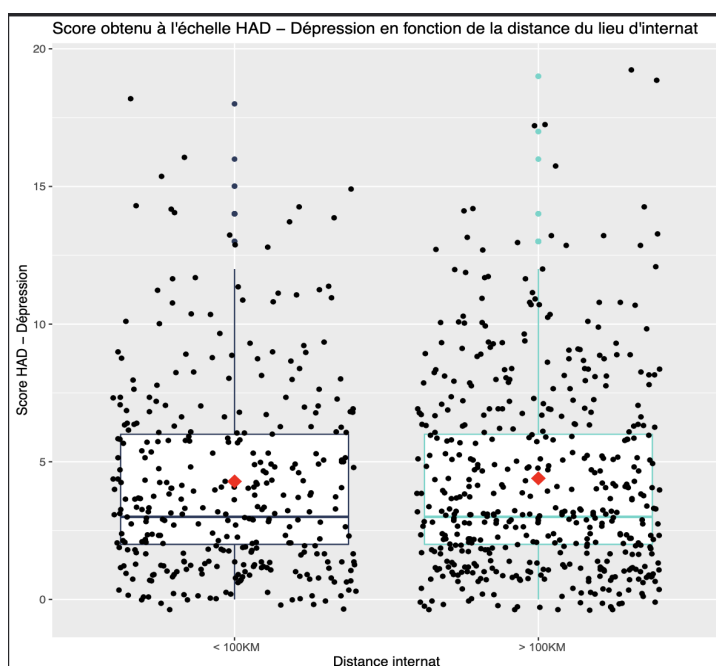


Figure 8 : Symptômes dépressifs en fonction de la distance

Cette figure ci-dessus compare les scores de dépression selon la distance entre le lieu d'externat et celui d'internat. Les distributions sont similaires dans les deux groupes, avec des médianes proches, une variabilité importante des scores et quelques valeurs extrêmes. La moyenne (indiquée par le losange rouge) n'est pas significativement différente entre les groupes : $p = 0,716$.

Ces résultats appuient les données statistiques déjà présentées, indiquant que la distance géographique n'est pas un facteur significatif de variation des symptômes dépressifs chez les internes. Il est possible que d'autres éléments, comme la qualité de l'environnement d'accueil ou le soutien sur place, aient un effet plus déterminant.



Figure 9 : Sentiment d'accomplissement personnel en fonction de l'éloignement géographique

Le graphique ci-dessus illustre la distribution des scores d'accomplissement personnel, l'une des trois dimensions évaluées par le Maslach Burnout Inventory (MBI). Cette dimension reflète le sentiment d'efficacité et de valeur personnelle dans le travail.

Les résultats montrent des moyennes proches dans les deux groupes (< 100 km : 33,7 ; > 100 km : 33,8), sans différence statistiquement significative ($p = 0,935$).

La dispersion est importante, mais comparable entre les groupes, ce qui renforce l'idée que l'éloignement géographique n'influence pas le sentiment d'accomplissement professionnel chez les internes.

Ces données concordent avec les résultats obtenus pour les deux autres dimensions du burnout (épuisement professionnel et dépersonnalisation), suggérant que la mobilité géographique ne constitue pas, à elle seule, un facteur de risque ou de protection face au burnout.

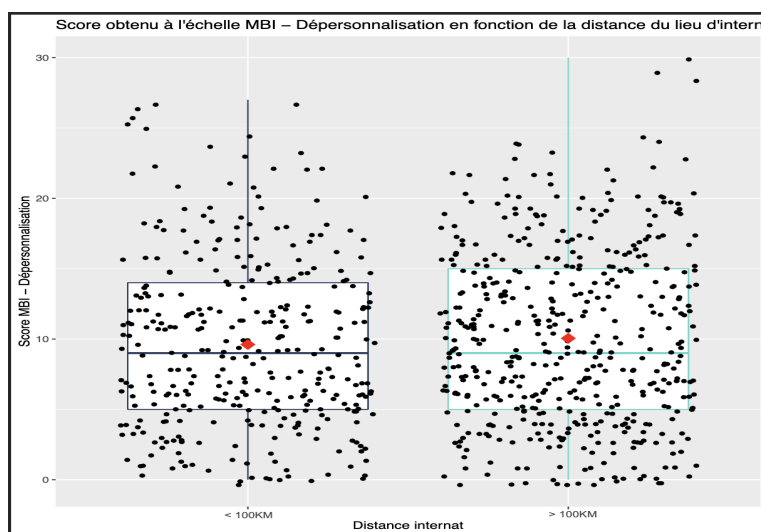


Figure 10 : sentiment de dépersonnalisation en fonction de l'éloignement géographique

Le score de dépersonnalisation, indicateur de détachement émotionnel dans la relation de soins, ne montrait aucune différence significative selon la distance entre la ville d'externat et celle d'internat ($p = 0,267$).

La moyenne est légèrement plus élevée dans le groupe > 100 km, mais la dispersion des données est importante et similaire dans les deux groupes.

Ce résultat laisse penser que la mobilité géographique n'exerce pas d'effet clair sur le sentiment de dépersonnalisation des internes, et que d'autres facteurs liés à l'organisation du travail ou aux relations hiérarchiques jouent probablement un rôle plus déterminant.

Le score d'épuisement professionnel, considéré comme la composante centrale du burnout, ne présentait aucune différence significative entre les internes proches ou éloignés géographiquement de leur ville d'externat ($p = 0,860$).

Les moyennes et médianes étaient très proches entre les deux groupes, et la distribution des scores montrait une large variabilité dans les deux cas.

Ce résultat concorde avec les autres dimensions du burnout et suggère que la distance géographique n'est pas en soi un facteur de surrisque d'épuisement émotionnel, mais pourrait interagir avec d'autres paramètres du vécu professionnel.

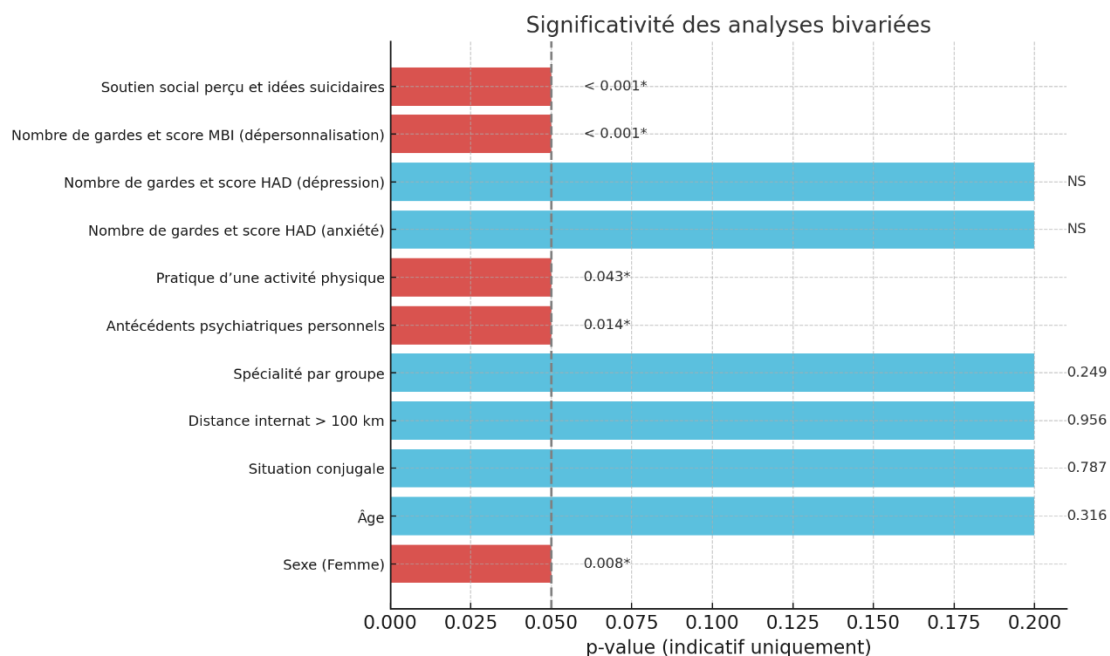
L'analyse graphique des trois dimensions du burnout (MBI) — épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel — en fonction de la distance géographique entre lieu d'externat et lieu d'internat montre une absence de différences significatives entre les deux groupes.

Les scores moyens sont très similaires, et bien que l'on observe une certaine variabilité individuelle, aucune tendance claire ne se dégage en faveur d'un impact de la mobilité sur la détresse professionnelle.

Ces résultats convergent avec les analyses statistiques ($p > 0,2$ pour les trois dimensions), soulignant que l'éloignement géographique ne constitue pas un facteur explicatif majeur du burnout, contrairement à d'autres éléments tels que le nombre d'heures travaillées ou la fréquence des gardes.

Le tableau suivant synthétise les principales associations mises en évidence dans l'analyse bivariable entre les variables étudiées et les symptômes anxieux, dépressifs ou de burnout chez les internes en médecine :

Certaines populations n'ont pas pu être étudiées (externat dom tom, étranger).



Facteurs associés	Type	Association significative ?	Effet
Sexe féminin	Personnel	Oui (p < 0,01)	Plus de symptômes anxieux/dépressifs
Antécédents psychiatriques	Personnel	Oui (p < 0,01)	Risque accru d'IDS
Activité physique	Personnel	Oui (p < 0,05)	Effet protecteur
Soutien social perçu	Social	Oui (p < 0,001)	Moins d'IDS
Nombre de gardes	Professionnel	Oui (r = 0.17)	Corrélié à la dépersonnalisation
Temps de travail > 48h	Professionnel	Oui (p < 0,001)	Plus de burnout
Spécialité, âge, ville	Personnel	Non	Pas d'effet observé

Tableau 8. Récapitulatif des résultats

I. Synthèse des principaux résultats

Cette étude réalisée auprès de 814 internes en médecine en France met en évidence une prévalence importante des troubles psychiques dans cette population. Plus de 60 % présentent des symptômes anxieux, dont 31,6 % avec une symptomatologie certaine ($HAD \geq 11$). Concernant la dépression, 7,1 % des internes atteignent également un seuil pathologique.

Le burnout semble plus important en particulier sur les dimensions d'épuisement émotionnel (51,6 % à haut niveau) et de dépersonnalisation (55,4 %), avec 10,8 % des internes classés dans un burnout sévère (selon les critères du MBI). Le sentiment d'accomplissement personnel (SAP), une composante de la MBI est mieux préservée, bien que 21,7 % présentent un niveau faible, ce qui reste préoccupant. Ceci pourrait suggérer qu'une altération de la SAP caractérise une population plus à risque.

Par ailleurs, 17,3 % des internes rapportent avoir eu des idées suicidaires (IDS) au cours des 12 derniers mois, dont 3,2 % de façon quotidienne, ce qui constitue un signal d'alerte majeur.

Les facteurs significativement associés à cette souffrance psychique sont :

- Le sexe féminin ($p = 0,008$),
- Les antécédents psychiatriques personnels ($p = 0,014$),
- L'absence d'activité physique régulière ($p = 0,043$),
- Et un faible soutien social perçu, fortement lié aux IDS ($p < 0,001$; V de Cramer = 0,21).

Sur le plan professionnel, la surcharge horaire ($> 48h/semaine$) est associée à des scores significativement plus élevés de dépression, de dépersonnalisation, et d'épuisement émotionnel ($p < 0,001$). Ces résultats suggèrent que l'intensité du travail n'a pas d'effet

significatif sur l'anxiété, laquelle pourrait être davantage influencée par des facteurs qualitatifs comme la pression ou le soutien.

Il s'agit ici d'un signal d'alarme quant à l'effet délétère du rythme de travail imposé sur la qualité de la relation de soin et sur la santé mentale du soignant (dans la discussion).

Une corrélation modérée mais significative a également été trouvée entre le nombre de gardes et la dépersonnalisation (r (coefficient de corrélation) = 0,17), ce qui suggère un effet délétère de l'accumulation des gardes sur le lien émotionnel au travail.

Parmi les internes ayant rapporté des idées suicidaires (17,3 %, $n = 140$), 3,2 %, $n = 3$ déclaraient en avoir quotidiennement. Ce sous-groupe, bien que numériquement restreint, constitue une population à haut risque clinique. Nous avons redirigé ces 2 répondants vers des structures de prise en charge de santé mentale adaptées.

Un écrit libre en fin de questionnaire a été rempli par les internes sur la question de la santé mentale. L'analyse des commentaires libres formulés par les internes a permis de faire émerger plusieurs axes de réflexion complémentaires aux données quantitatives.

1. Une expression centrée sur les droits légaux et les conditions de travail

Un point saillant de cette analyse est que la majorité des commentaires se focalise sur les droits professionnels fondamentaux : respect des horaires, limitation du temps de travail, jours de repos, charge de garde, ou encore reconnaissance statutaire. Les internes réclament en priorité l'application du droit du travail (48h/semaine, repos de sécurité, demi-journées de formation) avant même d'aborder la question de la santé mentale de façon explicite. Cela illustre un glissement du langage de la santé mentale vers celui des droits syndicaux.

"Diminuer le temps de travail maximal à l'hôpital me paraît urgent [...] On ne traite pas les pathologies mentales par leurs symptômes mais par leurs causes."

2. Un ressenti de surcharge chronique et d'isolement structurel

Les internes décrivent des conditions de travail délétères, marquées par la solitude en stage, le manque d'encadrement ou encore la confusion entre rôles pédagogiques et hiérarchiques. L'ambiance et le cadre du stage est souvent vécu comme un facteur déterminant de l'expérience émotionnelle, avec des différences importantes selon les spécialités, les services, ou les chefs.

"Un minimum de respect suffit à faire survivre un interne, voire à rendre le stage agréable."

"L'internat est plus un travail qu'une formation."

Cette dissociation entre le statut d'étudiant et le ressenti de salarié exploité est fréquemment dénoncée, renforçant le sentiment d'abandon institutionnel, notamment vis-à-vis des lieux d'exercice.

3. Un besoin de reconnaissance et d'écoute, mais peu de revendications directes en santé mentale

Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, peu de commentaires font directement référence à la dépression, au burnout ou aux idées suicidaires. Lorsqu'ils le font, c'est souvent via des anecdotes personnelles (dépression pendant l'externat, tentative de suicide passée, effet bénéfique d'une disponibilité, etc.). Cela peut s'expliquer par une honte persistante, une peur des répercussions professionnelles, ou une intériorisation de la souffrance comme élément "normal" du cursus.

"J'ai mis 6 mois à me remettre de mon burnout. La dispo m'a sauvée."

Plusieurs internes insistent aussi sur le manque de sécurité pour parler (lien hiérarchique avec les référents, peur de l'évaluation, absence de confidentialité réelle), et proposent des pistes concrètes :

- Tutorat indépendant,

- Soutien psychologique extérieur à la faculté,
- Sensibilisation des seniors.

4. Un sentiment d'épuisement global et de découragement latent

Enfin, plusieurs commentaires soulignent une fatigue institutionnelle : le sentiment d'avoir déjà exprimé ces difficultés sans réponse tangible. Cela peut générer un découragement, voire une forme de résignation silencieuse.

"Si aucune action n'est mise en place, cela devient du découragement."

II. Comparaison avec la littérature

En France, l'étude de Lemogne et al. (2018)²² a montré que 47 % des internes déclaraient un épuisement émotionnel, 32 % une dépersonnalisation, et 12 % un burnout sévère, des chiffres très proches de ceux observés ici. L'étude de Kerrien publiée en 2016¹⁹ qui étudiait la prévalence du burnout chez les internes de médecine générale en France montrait que 66,2 % des internes présentaient des troubles psychiques liés à leur activité.

L'enquête nationale réalisée par Jaulin et al. publiée en 2021²³ auprès des internes en anesthésie-réanimation en France met en évidence une prévalence notable des symptômes d'anxiété (19,8 %), de dépression (7,8 %) et de burnout (38,9 %) dans cette population. Les auteurs identifient comme facteurs de risque indépendants la durée hebdomadaire de travail supérieure à 50 heures, le genre féminin et la formation en réanimation en cours. Ces résultats soulignent l'impact majeur de la charge horaire sur la santé mentale des internes, en confirmant une relation dose-effet entre le nombre d'heures travaillées et les niveaux de détresse psychologique.

Les résultats de notre étude s'inscrivent dans la lignée des données internationales concernant la prévalence du burnout chez les étudiants en médecine. Une méta-analyse récente d'Almutairi et al. publiée en 2022²⁴, incluant 42 études et 26 824 étudiants, a estimé la prévalence globale du burnout chez les étudiants en médecine à 37,2 %. Cette étude a

également montré des prévalences similaires pour les dimensions d'épuisement émotionnel (38,1 %), de dépersonnalisation (35,1 %) et de faible accomplissement personnel (37,2 %). Par ailleurs, l'analyse en méta-régression a identifié l'âge avancé (> 30 ans) et le sexe féminin comme facteurs prédictifs du burnout. Ces données corroborent nos propres résultats, qui montrent une prévalence élevée du burnout et soulignent l'influence des facteurs sociodémographiques et contextuels sur la santé mentale des internes.

Une étude nationale récente conduite aux États-Unis et publiée dans *JAMA* en 2025 par Saddawi-Konefka et al.²⁵ a inclus plus de 12 000 internes en médecine. Les auteurs rapportent que 43 % présentaient des symptômes dépressifs cliniquement significatifs, 38 % des symptômes anxieux, et près de 62 % un niveau élevé de burnout. De plus, 11 % déclaraient avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. L'analyse multivariée mettait en évidence le rôle majeur de la charge horaire, du manque de sommeil et d'un climat institutionnel peu soutenant comme facteurs de risque. Ces constats rejoignent les observations faites en France et témoignent du caractère universel de cette problématique.

La littérature internationale souligne aussi le rôle des facteurs organisationnels. Quek et al. (2019)¹² rappellent que la charge horaire excessive et le manque de soutien sont des prédicteurs majeurs du burnout. Dyrbye et al. (2014)¹⁶ montrent que les femmes internes sont plus exposées, ce qui est également confirmé dans notre étude, même si nous pouvons supposer l'existence de violences sexistes et sexuelles qu'elles peuvent subir pendant l'internat.

Une étude longitudinale récente menée aux États-Unis par Kim et al. publiée en 2024²⁶ dans le cadre du *Intern Health Study* a suivi 858 internes pendant 10 ans. Les auteurs montrent que les internes présentant des symptômes dépressifs modérés à sévères (PHQ-9 $\geq$ 10) au cours de leur première année d'internat conservent, plusieurs années après, des scores PHQ-9 significativement plus élevés que leurs pairs.

À 5 ans, leur score moyen restait supérieur à celui des autres (4,7 vs 2,8 ; $p < 0,001$), et à 10

ans, cet écart persistait (5,1 vs 3,5 ; $p < 0,001$).

Ces données montrent que la souffrance psychique durant l'internat peut avoir des conséquences durables, au-delà même du cursus hospitalier, et soulignent l'importance d'une prévention et d'un repérage précoce des troubles dépressifs dès les premières années de formation.

Nos résultats, bien que transversaux, viennent renforcer cette hypothèse : les internes en souffrance ne bénéficient pas toujours d'un cadre de prise en charge adapté, ce qui peut favoriser l'installation durable d'un état dépressif ou d'un épuisement professionnel chronique.

Concernant le soutien social, notre étude renforce les résultats de Rotenstein et al.¹⁰, qui soulignent qu'un manque de soutien perçu est un facteur fortement lié à la survenue d'IDS. Nos données confirment cette relation avec un $p < 0,001$ et une intensité moyenne de l'association.

Enfin, si certaines variables — telles que la spécialité, l'âge, ou la distance internat/externat — ne sont pas associées aux troubles dans notre étude, cela corrobore les conclusions de D'Alejandra del Carmen Dominguez-Espinosa publiée en 2022²⁷ dans son étude sur le rôle modérateur des facteurs socio-démographiques sur les symptômes psychiques d'internes mexicains selon lesquelles la détresse psychique est davantage liée aux conditions de travail et au ressenti subjectif qu'aux facteurs socio-démographiques.

Les résultats de notre étude rejoignent également ceux de Dyrbye et al., publiée en 2010²⁸ dans une enquête longitudinale menée auprès de 1321 étudiants en médecine. Les auteurs ont identifié plusieurs facteurs de protection contre le burnout : un bon soutien social, un climat d'apprentissage positif, une moindre exposition au stress, l'absence d'emploi en parallèle des études, et une valorisation perçue de la formation par les enseignants. Ces éléments, tous modifiables, étaient significativement associés à la résilience ou à la récupération du burnout au fil du temps.

Cette étude souligne, comme la nôtre, que le burnout n'est pas un phénomène strictement individuel, mais profondément influencé par l'environnement d'apprentissage et les conditions institutionnelles.

Dans notre cohorte, les internes bénéficiant d'un soutien social élevé et d'un encadrement structurant déclaraient moins d'idéation suicidaire et moins de symptômes d'épuisement. Ces résultats appuient la nécessité de programmes de prévention ciblant l'environnement de formation, au-delà des approches centrées sur l'individu.

3. Implications cliniques, institutionnelles et perspectives

Le soutien social apparaît ici comme un levier majeur de protection : les internes bénéficiant d'un réseau soutenant perçoivent significativement moins d'IDS (soutien niveau 5 : 59,5 % sans IDS vs 36,1 % avec IDS).

D'un point de vue organisationnel, la fréquence élevée des gardes, bien qu'indirectement liée aux scores anxieux ou dépressifs, est associée à la dépersonnalisation. Cette corrélation pourrait s'expliquer par les troubles du sommeil chroniques, fréquemment induits par les gardes, et connus pour altérer la régulation émotionnelle et l'empathie. Les études de Rosen et al., publiée en 2006²⁹ et Reith et al. publiée en 2018³⁰ arrivent à des conclusions similaires. Une meilleure gestion des plannings de garde, la garantie du repos post-garde, et une limitation du nombre maximal de gardes mensuelles pourraient prévenir ce glissement vers un burnout relationnel.

Sur le plan académique, il est notable que 87,5 % des internes estiment que leur université devrait jouer un rôle actif en santé mentale néanmoins peu de déterminants sanitaires sont évoqués. Ces données soulignent l'existence d'un noyau d'internes en grande vulnérabilité psychique, pour lesquels un repérage actif et un accompagnement renforcé devraient être priorités dans les dispositifs de prévention.

64,9 % connaissaient l'existence de structures universitaires de santé mentale, et 87,5 % estimaient que l'université devrait jouer un rôle actif dans la prévention.

Parmi les actions attendues, figuraient en priorité :

- Des ateliers de gestion du stress (49,3 %)
- Un meilleur accès à du temps libre (43,1 %)
- La sensibilisation aux pathologies psychiatriques (44,6 %)
- La création d'un service de soutien psychologique spécifique à l'université (51 %)
- Un tuteur formé à la santé mentale pour chaque spécialité (33,7 %)

Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées par les internes eux-mêmes dans les commentaires libres, notamment la création d'espaces de parole sécurisés, le tutorat indépendant, ou un accompagnement psychologique individualisé. Ces recommandations rejoignent les résultats d'un essai clinique randomisé de West et al., publié dans le JAMA Intern Med, publiée en 2020³¹ mené à la Mayo Clinic (US) auprès de 88 médecins, où 6 séances de coaching professionnel ont permis de réduire significativement l'épuisement émotionnel (-5,2 points dans le groupe intervention vs +1,5 dans le groupe contrôle ; $p < 0,001$) et d'améliorer la qualité de vie et la résilience des participants ($p = 0,005$ et $p = 0,04$ respectivement).

Ces résultats suggèrent qu'un accompagnement structuré, ciblé sur les besoins émotionnels des internes, pourrait être une stratégie efficace pour prévenir l'installation du burnout.

La méta-analyse de West et al. publiée en 2016¹⁶, publiée dans *The Lancet*, incluant 52 études (dont 15 essais randomisés), a montré une réduction significative du burnout global chez les médecins, passant de 54 % à 44 % ($p < 0,0001$). Les scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ont également diminué de manière statistiquement significative (respectivement -2,65 et -0,64 points).

Cette étude conclut que les stratégies individuelles (gestion du stress, coaching, thérapie cognitivo-comportementale...) comme les mesures structurelles (amélioration de l'organisation du travail, réduction des charges horaires, reconnaissance professionnelle) peuvent produire des effets cliniquement pertinents sur le bien-être des soignants.

Ces données confirment la nécessité d'un double niveau d'intervention dans les politiques de

prévention du burnout chez les internes, en combinant accompagnement personnel et réformes systémiques du cadre de travail hospitalier.

Une autre approche prometteuse, complémentaire aux interventions institutionnelles, est l'usage de techniques de pleine conscience (mindfulness) pour la réduction du stress.

L'étude randomisée de Shapiro et al. publiée en 2005³² a évalué l'efficacité d'un programme MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) de 8 semaines auprès de soignants hospitaliers. Les participants ayant suivi l'intervention ont présenté une réduction significative du stress perçu ($p = 0,04$) et une amélioration marquée de la compassion envers soi-même ($p = 0,004$), avec des tendances favorables également sur la satisfaction de vie et le burnout. Bien que menée sur une cohorte restreinte, cette étude souligne l'intérêt de programmes éducatifs non-médicamenteux, accessibles en milieu hospitalier, pouvant être intégrés dans les cursus de formation ou dans les parcours de soins aux professionnels en souffrance.

Au-delà du constat, plusieurs études montrent que des interventions efficaces contre le burnout médical existent, tant à l'échelle individuelle qu'organisationnelle. Les méta-analyses de West et al. publiée en 2016¹⁶ et Panagioti et al. publiée en 2017³³ ont respectivement démontré une réduction significative du burnout chez les médecins.

Ces résultats sont appuyés par Slavin et Chibnall publiée en 2016³⁴, qui proposent des réformes pédagogiques intégrant des ateliers de pleine conscience, la création de communautés de soutien, et la réduction du temps de travail. Leur expérience à la Saint Louis University a montré une diminution des symptômes anxieux et dépressifs chez les étudiants en médecine. De même, l'étude de Faivre et al. publiée en 2018³⁵ souligne la nécessité de prévention, détection précoce et accompagnement institutionnel face à une prévalence élevée du burnout chez les internes en chirurgie.

Les approches basées sur la pleine conscience, comme dans l'étude de Shapiro et al. publiée en 2005³², confirment l'intérêt des techniques non médicamenteuses, avec une réduction du stress perçu et une amélioration du bien-être.

Ces travaux, en cohérence avec notre étude, appellent à une action conjointe sur les facteurs individuels et les déterminants organisationnels, pour prévenir efficacement le burnout et ses conséquences, notamment les idées suicidaires rapportées par 10 % des internes.

Ces résultats ouvrent la voie à une diversification des outils de prévention, incluant aussi bien des approches psychologiques que corporelles, et renforcent la nécessité d’offrir aux internes des ressources pratiques de gestion du stress émotionnel et professionnel.

Tableau 9 – Interventions validées pour améliorer la santé mentale des internes

Niveau d'intervention	Exemples	Références
Structurel	Réduction des horaires, réforme des gardes, encadrement renforcé	West et al., Lancet 2016
Organisationnel	Tutorat, espaces de parole, formation des seniors	Kim et al., 2024 ; Dyrbye et al., 2010
Individuel	Coaching, MBSR, soutien psy, ateliers de gestion du stress	Shapiro et al., 2005 ; West et al., JAMA 2020

1. Forces et Limites de l’étude

Cette étude présente plusieurs forces méthodologiques et contextuelles qui en renforcent la robustesse et la pertinence.

Tout d’abord, la taille de l’échantillon, comprenant 814 internes en médecine répartis sur l’ensemble du territoire français et issus de diverses spécialités, offre une bonne représentativité de cette population. Cela permet une généralisation prudente mais crédible des résultats à l’ensemble des internes en France.

Ensuite, l'étude s'appuie sur des outils psychométriques validés et reconnus, tels que l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) pour l'évaluation des troubles anxieux et dépressifs, et le Maslach Burnout Inventory (MBI) pour le burnout. Ces instruments confèrent une solidité méthodologique aux mesures, limitant les biais d'interprétation ou d'approximation souvent associés à des outils non standardisés.

Un autre point fort réside dans l'approche multidimensionnelle adoptée, qui ne se limite pas à un indicateur unique de santé mentale, mais examine de manière conjointe les symptômes anxieux, dépressifs, le burnout et les idées suicidaires. Cette approche globale permet de mieux saisir la complexité de la détresse psychique vécue par les internes.

L'étude se distingue également par l'intégration de variables personnelles et professionnelles comme le genre, l'activité physique, le soutien social perçu ou encore les antécédents psychiatriques. Cette double lecture — à la fois individuelle et organisationnelle — permet d'identifier des leviers d'action concrets et adaptés à différents niveaux d'intervention.

Enfin, cette recherche s'inscrit dans un contexte post-crise sanitaire où les tensions sur le système hospitalier restent élevées. Elle répond ainsi à un besoin urgent de données actualisées sur la santé mentale des soignants. En articulant ses résultats avec les recommandations issues de la littérature internationale, elle contribue à alimenter la réflexion sur les politiques de prévention, tout en proposant des pistes spécifiques au contexte français.

Cette étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, son plan transversal ne permet pas d'établir de relation de cause à effet entre les facteurs étudiés et les troubles psychiques observés. Les associations identifiées doivent donc être interprétées comme des corrélations, sans présumer de leur directionnalité.

Par ailleurs, les données ont été recueillies via un auto-questionnaire en ligne, ce qui expose à un biais de déclaration, notamment concernant les symptômes psychiques, le soutien perçu ou le nombre d'heures travaillées. Le biais de désirabilité sociale peut également avoir

conduit certains répondants à minimiser ou à majorer leur état psychologique. De plus, l'utilisation d'échelles subjectives (HAD, MBI, échelle de soutien perçu) ne permet pas de validation clinique formelle.

Il est également possible que cette enquête soit sujette à un biais de sélection : les internes les plus concernés par la santé mentale ont pu être plus enclins à répondre, tandis que ceux en grande détresse (voire en arrêt de travail) sont potentiellement sous-représentés. Ce phénomène pourrait entraîner une sous-estimation ou une surreprésentation de certaines problématiques. De plus, seules 9 facultés universitaires ont accepté de diffuser le questionnaire à leurs internes majorant ce biais de sélection.

En outre, plusieurs facteurs contextuels importants n'ont pas été explorés, comme le type de spécialité ou de service d'affectation, la relation avec la hiérarchie, les événements de vie récente, ou encore l'impact spécifique de la crise sanitaire liée au COVID-19, qui a pu aggraver certaines situations. Leur absence limite l'analyse fine des mécanismes de vulnérabilité.

Conclusion

Cette étude, menée auprès de plus de 800 internes en médecine en France, met en évidence une souffrance psychique importante et multiforme au sein de cette population. Les résultats révèlent des taux préoccupants de symptômes anxieux (plus de 60 %), dépressifs (environ 30 %), de burnout sévère (10,8 %) et d'idées suicidaires (17,3 %). Ces données confirment que l'internat, bien que central dans la formation des futurs médecins, peut aussi représenter une période à haut risque pour la santé mentale.

Au-delà des chiffres, l'étude met en lumière plusieurs facteurs de vulnérabilité, personnels (sexe féminin, antécédents psychiatriques, faible activité physique), sociaux (manque de soutien perçu), mais surtout organisationnels, tels que la surcharge de travail, le nombre de gardes, ou l'absence de reconnaissance et d'encadrement. Ces éléments sont rarement considérés dans les dispositifs institutionnels, alors même qu'ils apparaissent comme des déterminants majeurs de la détresse psychique.

Les commentaires libres des internes témoignent d'un décalage entre le discours médical sur la santé mentale et leur expérience vécue, souvent exprimée en termes de droits bafoués, de solitude en stage ou d'absence de réponse institutionnelle. Ces récits soulignent que la souffrance psychique des internes est structurelle, systémique, et que sa prévention ne peut reposer sur des stratégies individuelles uniquement.

La littérature récente confirme la pertinence de solutions multiples et complémentaires : aménagement du temps de travail, dispositifs de soutien, coaching, formation des encadrants, et développement d'approches telles que la pleine conscience ou une supervision plus rapprochée par les séniors. Ces interventions ont prouvé leur efficacité dans des contextes similaires, mais restent encore peu développées ou inaccessibles pour nombre d'internes en France.

Ce travail invite donc à repenser collectivement la place de l'internat dans la formation médicale. Il appelle à une amélioration des conditions de travail, de l'encadrement et du soutien psychologique, afin de faire de cette période non pas un facteur de fragilisation, mais un levier de développement personnel, professionnel et humain.

La santé mentale des internes n'est pas un enjeu secondaire : elle est le socle d'une médecine éthique, durable et humaine.

Il devient alors légitime de s'interroger : si les futurs médecins sont exposés à une telle vulnérabilité psychique dès l'internat, qu'en est-il de leur équilibre une fois pleinement engagés dans une carrière médicale marquée par des exigences croissantes ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Makhija H, Davidson JE, Lee KC, Barnes A, Choflet A, Zisook S. National Incidence of Physician Suicide and Associated Features. *JAMA Psychiatry*. Published online February 26, 2025. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.4816
2. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373-2383. doi:10.1001/jama.2015.15845
3. Shim G, Jeong B. Predicting Suicidal Ideation in College Students with Mental Health Screening Questionnaires. *Psychiatry Investig*. 2018;15(11):1037-1045. doi:10.30773/pi.2018.08.21.3
4. ESMJM_Dossier_de_presse.pdf. Accessed August 15, 2025. https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
5. DOSSIER DE PRESSE - Enquête santé mentale. Accessed August 15, 2025. <https://isni.fr/wp-content/uploads/2024/11/WEB-DOSSIER-DE-PRESSE-Enquete-sante-mentale.pdf>
6. ISNI-Enquete-de-travail-2023-1405.pdf. Accessed February 7, 2025. <https://isni.fr/wp-content/uploads/2024/05/ISNI-Enquete-de-travail-2023-1405.pdf>
7. Définitions et principes | Le portail de la fonction publique. Accessed November 11, 2024. <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/definitions-et-principes>
8. Dyrbye LN, Eacker A, Durning SJ, et al. The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. *Academic Medicine*. 2015;90(7):961. doi:10.1097/ACM.0000000000000655
9. Li CJ, Shah YB, Harness ED, Goldberg ZN, Nash DB. Physician Burnout and Medical Errors: Exploring the Relationship, Cost, and Solutions. *Am J Med Qual*. 2023;38(4):196-202. doi:10.1097/JMQ.0000000000000131
10. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-2236. doi:10.1001/jama.2016.17324
11. Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, et al. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(6):557-565. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.41
12. Quek TTC, Tam WWS, Tran BX, et al. The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2735. doi:10.3390/ijerph16152735
13. DP-Sante-mentale2021-int.pdf. Accessed August 15, 2025. <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981;2(2):99-113. doi:10.1002/job.4030020205

15. 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):443-451. doi:10.1097/ACM.0000000000000134
16. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;388(10057):2272-2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X
17. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777
18. Estryn-Behar M, Doppia MA, Guetarni K, et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. *Emerg Med J*. 2011;28(5):397-410. doi:10.1136/emj.2009.082594
19. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Le Galudec M, Dewitte JD. Troubles anxio-dépressifs des internes. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. 2012;73(3):431. doi:10.1016/j.admp.2012.03.402
20. Ishak WW, Lederer S, Mandili C, et al. Burnout during residency training: a literature review. *J Grad Med Educ*. 2009;1(2):236-242. doi:10.4300/JGME-D-09-00054.1
21. Les formations aux professions de santé non médicales et de sage-femme en 2023 : une hausse des nombres d'inscrits et de diplômés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Accessed August 28, 2025. https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/241127_DATA_ formations-aux-professions-de-sante
22. Delbrouck M, Lemogne C. Chapitre 66. Santé mentale des soignants et épuisement professionnel. In: *Psychiatrie de liaison*. Lavoisier; 2018:692-698. doi:10.3917/lav.lemog.2018.01.0692
23. Jaulin F, Nguyen DP, Marty F, et al. Perceived stress, anxiety and depressive symptoms among anaesthesia and intensive care residents: A French national survey. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*. 2021;40(3):100830. doi:10.1016/j.accpm.2021.100830
24. Almutairi H, Alsubaiei A, Abduljawad S, et al. Prevalence of burnout in medical students: A systematic review and meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(6):1157-1170. doi:10.1177/00207640221106691
25. Saddawi-Konefka D, Moutier CY, Ehrenfeld JM. Reducing Barriers to Mental Health Care for Physicians: An Overview and Strategic Recommendations. *JAMA*. Published online August 14, 2025. doi:10.1001/jama.2025.12587
26. Kim E, Sinco BR, Zhao J, et al. Duration of New-Onset Depressive Symptoms During Medical Residency. *JAMA Network Open*. 2024;7(6):e2418082. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.18082
27. Dominguez-Espinosa A del C, Montes de Oca-Mayagoitia SI, Sáez-Jiménez AP, de la Fuente-Zepeda J, Monroy Ramírez de Arellano L. The moderating role of sociodemographic and work-related variables in burnout and mental health levels of Mexican medical residents. *PLoS One*. 2022;17(9):e0274322. doi:10.1371/journal.pone.0274322
28. Dyrbye LN, Power DV, Massie FS, et al. Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med Educ*. 2010;44(10):1016-1026. doi:10.1111/j.1365-2923.2010.03754.x

29. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med*. 2006;81(1):82-85. doi:10.1097/00001888-200601000-00020
30. Reith TP. Burnout in United States Healthcare Professionals: A Narrative Review. *Cureus*. 2018;10(12):e3681. doi:10.7759/cureus.3681
31. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209385. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
32. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*. 2005;12(2):164-176. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164
33. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2017;177(2):195-205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674
34. Jennings M, Slavin S. Resident Wellness Matters: Optimizing Resident Education and Wellness Through the Learning Environment. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 2015;90 9:1246-1250. doi:10.1097/ACM.0000000000000842
35. Faivre G, Marillier G, Nallet J, Nezelof S, Clment I, Obert L. Are French orthopedic and trauma surgeons affected by burnout? Results of a nationwide survey. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*. 2019;105(2):395-399. doi:10.1016/j.otsr.2018.12.009

ANNEXE

Analyses univariées		
	N	814
Données sociodémographiques		
Sexe, n (%)		
	Homme	217 (26.7)
	Femme	595 (73.1)
	Non binaire	2 (0.2)
Age, moy (sd)		
		27.1 (2.6)
<i>Min : 23 ; Max : 27 ; Médiane : 27</i>		
Situation, n (%)		
	En couple	557 (68.4)
	Célibataire	257 (31.6)

Enfants, n (%)		
	Oui	52 (6.4)
	Non	762 (93.6)
Médecin traitant, n (%)		
	Oui	628 (77.1)
	Non	186 (22.9)
Parcours de formation		
Ville études externat, n (%)		
	Aix-Marseille	20 (2.5)
	Paris	23 (2.8)
	Auvergne	7 (0.9)
	Bourgogne	30 (3.7)
	Lille	202 (24.8)
	Limoges	36 (4.4)
	Lorraine	18 (2.2)
	Montpellier	7 (0.9)
	Nantes	12 (1.5)
	Reims	15 (1.8)
	Strasbourg	8 (1.0)
	Nice	7 (0.9)
	Paris	51 (6.3)
	Tours	18 (2.2)
	Poitiers	12 (1.5)
	Rouen	71 (8.7)
	Grenoble	11 (1.4)
	Saint-Etienne	6 (0.7)
	Lyon	48 (5.9)
	Toulouse	8 (1.0)

	Amiens	35 (4.3)
	Caen	70 (8.6)
	Paris	17 (2.1)
	Bretagne Occidentale	12 (1.5)
	Versailles	2 (0.2)
	Angers	13 (1.6)
	Rennes	14 (1.7)
	Bordeaux	32 (3.9)
	Franche-Comte	9 (1.1)
Internat, n (%)		
	Bourgogne	69 (8.5)
	Limoges	77 (9.5)
	Reims	1 (0.1)
	Paris	38 (4.7)
	Tours	2 (0.2)
	Rouen	102 (12.5)
	St Etienne	5 (0.6)
	Lille	269 (33.0)
	Amiens	31 (3.8)
	Caen	115 (14.1)
	La Réunion	80 (9.8)
	Rennes	22 (2.7)
	Bordeaux	1 (0.1)
	Franche-Comte	2 (0.2)
Externat et internat effectué dans la même faculté, n (%)		
	Oui	336 (41.3)
	Non	478 (58.7)
Distance internat > 100K, n (%)		

	Oui	478 (58.7)
	Non	336 (41.3)
Spécialités, n (%)		
	Allergologie	1 (0.1)
	Anatomo-pathologie	2 (0.2)
	Anesthésiologie	33 (4.1)
	Biologie médicale	3 (0.4)
	Cardiologie	13 (1.6)
	Chirurgie cardiaque	1 (0.1)
	Chirurgie esthétique, plastique et reconstructrice	2 (0.2)
	Chirurgie générale	9 (1.1)
	Chirurgie pédiatrique	2 (0.2)
	Chirurgie thoracique	2 (0.2)
	Chirurgie vasculaire	1 (0.1)
	Dermatologie	12 (1.5)
	Endocrinologie	10 (1.2)
	Gastro-entérologie	9 (1.1)
	Génétique médicale	1 (0.1)
	Gériatrie	24 (2.9)
	Gynécologie	23 (2.8)
	Hématologie	4 (0.5)
	Hépatologie	2 (0.2)
	Infectiologie	3 (0.4)
	Médecine aigue	46 (5.7)
	Médecine du travail	12 (1.5)
	Médecine générale	334 (41.0)
	Médecine interne	9 (1.1)
	Médecine légale	2 (0.2)

	Médecine nucléaire	1 (0.1)
	Médecine physique	10 (1.2)
	Médecine préventive	5 (0.6)
	Néonatalogie	2 (0.2)
	Néphrologie	2 (0.2)
	Neurologie	8 (1.0)
	Obstétrique	15 (1.8)
	Oncologie	9 (1.1)
	Ophtalmologie	9 (1.1)
	Orthopédie	6 (0.7)
	Oto-rhino-laryngologie	4 (0.5)
	Pédiatrie	41 (5.0)
	Pneumologie	11 (1.4)
	Psychiatrie	97 (11.9)
	Radiologie	17 (2.1)
	Radiothérapie	1 (0.1)
	Rhumatologie	7 (0.9)
	Santé publique	1 (0.1)
	Urgences	5 (0.6)
	Urologie	3 (0.4)
Spécialités par groupes, n (%)		
	Médecine générale	334 (41.0)
	Spécialités médicales	373 (45.8)
	Spécialités chirurgicales	56 (6.9)
	Urgence	51 (6.3)
Nombre moyen de semestres validés, moy (sd)		3.7 (2.6)
<i>Min : 0 ; Max : 12 ; Médiane : 4</i>		
Semestres validés, n (%)		

	0	105 (12.9)
	1	30 (3.7)
	2	196 (24.1)
	3	45 (5.5)
	4	164 (20.1)
	5	42 (5.2)
	6	129 (15.8)
	7	26 (3.2)
	8	46 (5.7)
	9	11 (1.4)
	10	18 (2.2)
	12	2 (0.2)
Santé mentale & psychiatrie		
Antécédents familiaux psy, n (%)		
	Oui	279 (34.3)
	Non	535 (65.7)
Antécédents psy perso avant l'internat, n (%)		
	Oui	258 (31.7)
	Non	556 (68.3)
A déjà consulté un psy, n (%)		
	Oui	444 (54.5)
	Non	370 (45.5)
Score HAD - Anxiété, moy (sd)		
		8.7 (4.1)
<i>Min : 0 ; Max : 21 ; Médiane : 8</i>		
Symptomatologie - Anxiété, n (%)		
	Pas de symptômes (≤ 7)	346 (42.5)
	Symptomatologie douteuse (entre 8 et 10)	211 (25.9)
	Symptomatologie certaine (> 10)	257 (31.6)

Score HAD - Dépression, moy (sd)		4.4 (3.6)
<i>Min : 0 ; Max : 19 ; Médiane : 3</i>		
Symptomatologie - Dépression, n (%)		
	Pas de symptômes (≤ 7)	668 (82.1)
	Symptomatologie douteuse (entre 8 et 10)	88 (10.8)
	Symptomatologie certaine (> 10)	58 (7.1)
Impact vie pro sur santé mentale, moy (sd)		5.4 (2.0)
<i>Min : 1 ; Max : 10 ; Médiane : 5</i>		
<i>Echelle allant de 1 (très négatif) jusque 10 (très positif)</i>		
Score EP (Epuisement Professionnel), moy (sd)		21.8 (11.3)
<i>Min : 0 ; Max : 54 ; Médiane : 21</i>		
Risque d'épuisement professionnel, n (%)		
	Bas	329 (40.4)
	Modéré	273 (33.5)
	Elevé	212 (26.0)
Score D (Dépersonnalisation), moy (sd)		9.9 (6.1)
<i>Min : 0 ; Max : 30 ; Médiane : 9</i>		
Risque de dépersonnalisation, n (%)		
	Bas	221 (27.1)
	Modéré	286 (35.1)
	Elevé	307 (37.7)
Score AP (Accomplissement Personnel), moy (sd)		33.7 (6.9)
<i>Min : 7 ; Max : 48 ; Médiane : 34</i>		
Risque d'impact sur l'accomplissement personnel, n (%)		
	Bas	177 (21.7)
	Modéré	263 (32.3)
	Elevé	374 (45.9)
Risque de Burn-out, n (%)		

	Faible	544 (66.8)
	Moyen	182 (22.4)
	Sévère	88 (10.8)
Nombre de consultations moyens chez le MT dans l'année pour des symptômes en lien avec la santé mentale et liés au travail, moy (sd)		
		0.4 (1.6)
<i>Min : 0 ; Max : 30 ; Médiane : 0</i>		
Nombre de consultations moyens chez le MT dans l'année pour des symptômes en lien avec la santé mentale et liés au travail, par catégories, n (%)		
	Aucune	663 (81.4)
	Entre 1 et 3	125 (15.4)
	Entre 4 et 6	22 (2.7)
	Entre 7 et 10	2 (0.2)
	Plus de 10	2 (0.2)
IDS avant l'internat, n (%)		
	Oui	245 (30.1)
	Non	567 (69.7)
	NA	2 (0.2)
IDS sur les 12 derniers mois, n (%)		
	Oui	141 (17.3)
	Non	673 (82.7)
Fréquence des IDS, n (%)		
<i>Pour les participants ayant répondu "oui" à la question précédente</i>		
	Quelque(s) fois par mois	111 (78.7)
	Une à plusieurs fois par semaine	27 (19.1)
	Tous les jours	3 (2.1)
Habitudes de vie		
Réseau de soutien social, n (%)		

	Oui	797 (97.9)
	Non	17 (2.1)
Niveau de soutien, n (%)		
	1	1 (0.1)
	2	21 (2.6)
	3	82 (10.1)
	4	250 (30.7)
	5	443 (54.4)
	NA	17 (2.1)
Activité physique, n (%)		
	Oui	602 (74.0)
	Non	212 (26.0)
Nombre d'heures d'activité physique, moy (sd)		
		3.0 (2.0)
<i>Min : 1 ; Max : 15 ; Médiane : 3</i>		
Nombre d'heures d'activité physique, par catégories, n (%)		
<i>Pour les participants ayant déclaré pratiquer une activité physique</i>		
	≤ 3 heures	422 (70.1)
	Entre 3 et 7 heures	157 (26.1)
	≥ 8 heures	21 (3.5)
	NA	2 (0.3)
Nombre d'heures d'activité relaxante, moy (sd)		
		0.5 (1.3)
<i>Min : 0 ; Max : 20 ; Médiane : 0</i>		
Soutien de l'encadrement, n (%)		
	Oui	572 (70.3)
	Non	242 (29.7)
Nombre de gardes / mois, moy (sd)		
		3.0 (2.2)
<i>Min : 0 ; Max : 15 ; Médiane : 3</i>		

Respect du repos de garde, n (%)		
	Oui	793 (97.4)
	Non	21 (2.6)
Entretien avec la médecine du travail au cours des 12 derniers mois dans le cadre de symptômes en lien avec la santé mentale, n (%)		
	Oui	54 (6.6)
	Non	760 (93.4)
Connaissance de structures universitaires de santé mentale, n (%)		
	Oui	528 (64.9)
	Non	286 (35.1)
L'université pourrait participer à la prévention des troubles psy, n (%)		
	Oui	712 (87.5)
	Non	102 (12.5)
Moyens qui pourraient être mis en œuvre par les universités, n (%)		
	Ateliers gestion du stress	401 (49.3)
	Plus de temps libre	351 (43.1)
	Meilleure sensibilisation aux pathologies psy	363 (44.6)
	Destigmatisation de la pathologie mentale	320 (39.3)
	Médias pour promouvoir le soin en santé mentale	189 (23.2)
	Système de soutien par les étudiants formés	329 (40.4)
	Tuteur pour chaque spécialité formé à la santé mentale	274 (33.7)
	Service de soutien psycho spécifique au sein de l'université	415 (51.0)
	Autre moyen	24 (2.9)

Auto-questionnaire avec HAD et MBI

Étude de la prévalence de symptômes, dépressifs, anxieux et de burnout chez les internes

* Indique une question obligatoire

Questions Démographiques.

1. Quel est votre âge ? *

.

2. Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

☐ Femme ☐ Homme

☐ Autre : _____

☐

3. Où avez-vous fait votre externat ? *

Liste des facultés de médecine

UFR de Médecine - [Université d'Amiens](#)

UFR des Sciences Médicales - [Université d'Angers](#)

UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques - [Université de Franche-Comté](#)

UFR Sciences Médicales - [Université Victor Segalen - Bordeaux 2](#)

UFR de Médecine et Sciences de la Santé - [Université de Bretagne Occidentale](#)

UFR de Médecine - [Université de Caen Basse-Normandie](#)

Faculté de Médecine - [Université d'Auvergne](#)

Faculté de Médecine - [Université de Bourgogne](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université Grenoble Rhône Alpes](#)

Faculté de Médecine - [Université des Antilles et de la Guyane \(Guadeloupe\)](#)

UFR Santé - [Université de La Réunion](#)

Faculté de Médecine - [Université de Lille 2 Droit et Santé](#)

Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé - [Université Catholique de Lille](#)

Faculté de Médecine - [Université de Limoges](#)

Faculté de Médecine Lyon Est - [Université Lyon 1](#)

Faculté de Médecine Lyon Sud - [Université Charles Mérieux](#)

Faculté de Médecine - [Aix-Marseille Université](#)

Faculté de Médecine - [Université de Montpellier](#)

Faculté de Médecine - [Université de Lorraine](#)

Faculté de Médecine - [Université de Nantes](#)

Faculté de Médecine - [Université Nice Sophia-Antipolis](#)

Faculté de Médecine - [Université Paris Descartes Paris](#)

Faculté de Médecine - [Sorbonne Université.](#)

UFR de Médecine - [Université Paris Diderot](#)

Faculté de Médecine Paris Sud - [Université Paris Sud 11](#)

Faculté de Médecine - [Université Paris Est Créteil Val de Marne](#)

UFR de Santé, Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci - [Université Paris Nord 13](#)

UFR des sciences de la santé Simone Veil - [Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines \(UVSQ\)](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université de Poitiers](#)

Faculté de Médecine - [Université de Reims Champagne-Ardenne](#)

UFR Sciences Médicales - [Université de Rennes I](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université de Rouen](#)

Faculté de Médecine Jacques Lisfranc - [Université Jean Monnet Saint-Étienne](#)

Faculté de Médecine - [Université Louis Pasteur Strasbourg](#)

Faculté de Médecine Toulouse Purpan - [Université Paul Sabatier Toulouse III](#)

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil - [Université Paul Sabatier Toulouse III](#)

Faculté de Médecine de Tours - [Université François Rabelais](#)

Il existe aussi quelques universités où les étudiants peuvent passer leur première année de médecine

30/11/2023, 06:13 Les facultés de médecine
<https://www.conseil-national.medecin.fr/print/729> 2/2

uniquement. En voici la liste :

Faculté de médecine - [Université de Corse](#)

Faculté de médecine - [Université de Nouvelle-Calédonie](#)

Faculté de médecine - [Université de la polynésie française](#)

4. Où réalisez-vous votre internat ? *

Liste de facultés de médecine

UFR de Médecine - [Université d'Amiens](#)

UFR des Sciences Médicales - [Université d'Angers](#)

UFR Sciences Médicales et Pharmaceutiques - [Université de Franche-Comté](#)

UFR Sciences Médicales - [Université Victor Segalen - Bordeaux 2](#)

UFR de Médecine et Sciences de la Santé - [Université de Bretagne Occidentale](#)

UFR de Médecine - [Université de Caen Basse-Normandie](#)

Faculté de Médecine - [Université d'Auvergne](#)

Faculté de Médecine - [Université de Bourgogne](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université Grenoble Rhône Alpes](#)

Faculté de Médecine - [Université des Antilles et de la Guyane \(Guadeloupe\)](#)

UFR Santé - [Université de La Réunion](#)

Faculté de Médecine - [Université de Lille 2 Droit et Santé](#)

Faculté de Médecine, Maïeutique, Sciences de la Santé - [Université Catholique de Lille](#)

Faculté de Médecine - [Université de Limoges](#)

Faculté de Médecine Lyon Est - [Université Lyon 1](#)

Faculté de Médecine Lyon Sud - [Université Charles Mérieux](#)

Faculté de Médecine - [Aix-Marseille Université](#)

Faculté de Médecine - [Université de Montpellier](#)

Faculté de Médecine - [Université de Lorraine](#)

Faculté de Médecine - [Université de Nantes](#)

Faculté de Médecine - [Université Nice Sophia-Antipolis](#)

Faculté de Médecine - [Université Paris Descartes Paris](#)

Faculté de Médecine - [Sorbonne Université.](#)

UFR de Médecine - [Université Paris Diderot](#)

Faculté de Médecine Paris Sud - [Université Paris Sud 11](#)

Faculté de Médecine - [Université Paris Est Créteil Val de Marne](#)

UFR de Santé, Médecine et Biologie Humaine Léonard de Vinci - [Université Paris Nord 13](#)

UFR des sciences de la santé Simone Veil - [Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines \(UVSQ\)](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université de Poitiers](#)

Faculté de Médecine - [Université de Reims Champagne-Ardenne](#)

UFR Sciences Médicales - [Université de Rennes I](#)

Faculté de Médecine et de Pharmacie - [Université de Rouen](#)

Faculté de Médecine Jacques Lisfranc - [Université Jean Monnet Saint-Étienne](#)

Faculté de Médecine - [Université Louis Pasteur Strasbourg](#)

Faculté de Médecine Toulouse Purpan - [Université Paul Sabatier Toulouse III](#)

Faculté de Médecine Toulouse Rangueil - [Université Paul Sabatier Toulouse III](#)

Faculté de Médecine de Tours - [Université François Rabelais](#)

Il existe aussi quelques universités où les étudiants peuvent passer leur première année de médecine

30/11/2023, 06:13 Les facultés de médecine

<https://www.conseil-national.medecin.fr/print/729> 2/2

uniquement. En voici la liste :

Faculté de médecine - [Université de Corse](#)

Faculté de médecine - [Université de Nouvelle-Calédonie](#)

Faculté de médecine - [Université de la polynésie française](#)

5. Le lieu de votre internat est il à plus de 100 km de votre famille? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ No

6. Quelle est votre spécialité ? *

L'allergologie ou l'immunologie

- L'anesthésiologie
- L'andrologie
- La cardiologie
- La chirurgie
- La chirurgie cardiaque
- La chirurgie esthétique, plastique et reconstructive
- La chirurgie générale
- La chirurgie maxillo-faciale
- La chirurgie pédiatrique
- La chirurgie thoracique
- La chirurgie vasculaire
- La neurochirurgie
- La dermatologie
- L'endocrinologie
- La gastro-entérologie
- La gériatrie
- La gynécologie
- L'hématologie
- L'hépatologie
- L'infectiologie
- La médecine aiguë
- La médecine du travail
- La médecine générale
- La médecine interne
- La médecine nucléaire
- La médecine palliative
- La médecine physique
- La médecine préventive

- La néonatalogie
- La néphrologie
- La neurologie
- L'odontologie
- L'oncologie
- L'obstétrique.
- L'ophtalmologie.
- L'orthopédie.
- L'Oto-rhino-laryngologie.
- La pédiatrie.
- La pneumologie.
- La psychiatrie.
- La radiologie.
- La radiothérapie.
- La rhumatologie
- L'urologie

7. Combien de semestres avez-vous validé ? *

8. Êtes-vous en couple ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

9. Avez-vous des enfants ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

10. Avez-vous des antécédents familiaux de troubles psychiatriques ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

11. Avez-vous un antécédent de troubles psychologiques avant le début de l'internat ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

12. Avez-vous un médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

13. Avez-vous déjà consulté un psychologue ou un psychiatre ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

Hospital Anxiety and Depression scale : Au cours des 12 derniers mois titre

Échelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière, est un outil d'évaluation couramment utilisé pour pour dépister les symptômes anxieux et dépressifs de manière rapide et efficace.

14. Au cours des 12 derniers mois, je me sens tendu(e) ou énervé(e) *

Une seule réponse possible.

- ☐ La plupart du temps (3)
☐ Souvent (2)
☐ De temps en temps (1) Jamais
☐ (0)

15. Au cours des 12 derniers mois, je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, tout autant (0)
- ☐ Pas autant (1)
- ☐ Un peu seulement (2) Presque
- ☐ plus (3)

16. Au cours des 12 derniers mois, j'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, très nettement (3)
- ☐ Oui, mais ce n'est pas trop grave (2)
- ☐ Un peu, mais cela ne m'inquiète pas (1) Pas
- ☐ du tout (0)

17. Au cours des 12 derniers mois, je ris facilement et vois le bon côté des choses *

Une seule réponse possible.

- ☐ Autant que par le passé (0)
- ☐ Plus autant qu'avant (1)
- ☐ Vraiment moins qu'avant (2)
- ☐ Plus du tout (3)

18. Au cours des 12 derniers mois, je me fais du souci *

Une seule réponse possible.

- ☐ Très souvent (3)
- ☐ Assez souvent (2)
- ☐ Occasionnellement (1)
- ☐ Très occasionnellement (0)

19. Au cours des 12 derniers mois, je suis de bonne humeur *

Une seule réponse possible.

- ☐ Jamais (3)
- ☐ Rarement (2)
- ☐ Assez souvent (1)
- ☐ La plupart du temps (0)

20. Au cours des 12 derniers mois, je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien *
faire et me sentir décontracté(e)

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, quoi qu'il arrive (0)
- ☐ Oui, en général (1)
- ☐ Rarement (2)
- ☐ Jamais (3)

21. Au cours des 12 derniers mois, j'ai l'impression de fonctionner au ralenti *

Une seule réponse possible.

- ☐ Presque toujours (3)
- ☐ Très souvent (2)
- ☐ Parfois (1)
- ☐ Jamais (0)

22. Au cours des 12 derniers mois, j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué *

Une seule réponse possible.

- ☐ Jamais (0)
- ☐ Parfois (1)
- ☐ Assez souvent (2)
- ☐ Très souvent (3)

23. Au cours des 12 derniers mois, je ne m'intéresse plus à mon apparence *

Une seule réponse possible.

- ☐ Plus du tout (3)
- ☐ Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais (2)
- ☐ -Il se peut que je n'y fasse plus autant attention (1) J'y
- ☐ prête autant d'attention que par le passé (0)

24. Au cours des 12 derniers mois, j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui, c'est tout à fait le cas (3) Un
- ☐ peu (2)
- ☐ Pas tellement (1) Pas
- ☐ du tout (0)

25. Au cours des 12 derniers mois, je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses *

Une seule réponse possible.

- ☐ Autant qu'avant (0)
- ☐ Un peu moins qu'avant (1) Bien
- ☐ moins qu'avant (2) Presque
- ☐ jamais (3)

26. Au cours des 12 derniers mois, j'éprouve des sensations soudaines de panique *

Une seule réponse possible.

- ☐ Vraiment très souvent (3)
- ☐ Assez souvent (2)
- ☐ Pas très souvent (1) Jamais
- ☐ (0)

27. Au cours des 12 derniers mois, je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision *

Une seule réponse possible.

- ☐ Souvent (0)
- ☐ Parfois (1)
- ☐ Rarement (2)
- ☐ Très rarement (3)

Impact de la vie professionnelle

*

28. Quel impact a votre vie professionnelle (internat) sur votre santé mentale? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Très négatif

Très positif

Maslach Burnout Inventory Manual: Au cours des 12 derniers mois

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) Manual est un instrument de mesure qui évalue le burnout.

29. Au cours des 12 derniers mois, je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

30. Au cours des 12 derniers mois, je me sens à bout à la fin de ma journée de travail *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

31. Au cours des 12 derniers mois, je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

*

32. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

33. Au cours des 12 derniers mois, je sens que je craque à cause de mon travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

34. Au cours des 12 derniers mois, je me sens frustré(e) par mon travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

35. Au cours des 12 derniers mois, je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

36. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

*

37. Au cours des 12 derniers mois, je me sens au bout du rouleau. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

38. Au cours des 12 derniers mois, je sens que je m'occupe de certains patient-e-s de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

39. Au cours des 12 derniers mois, je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai débuté ce travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

40. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

41. Au cours des 12 derniers mois, je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

*

42. Au cours des 12 derniers mois, j'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

43. Au cours des 12 derniers mois, je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

44. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

45. Au cours des 12 derniers mois, j'ai l'impression qu'à travers mon travail, j'ai un impact positif sur les gens. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

46. Au cours des 12 derniers mois, je me sens plein(e) d'énergie. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

*

Jamais

Chaque jour

47. Au cours des 12 derniers mois, j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

48. Au cours des 12 derniers mois je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

49. Au cours des 12 derniers mois, j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

50. Au cours des 12 derniers mois, dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement. *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

Jamais

Chaque jour

Santé mentale

51. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté votre médecin traitant pour des symptômes en lien avec votre santé mentale lié à

*

votre travail ?

52. Avant le début de votre internat, avez-vous déjà eu des idées suicidaires ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Oui
☐ Non

53. Sur les 12 derniers mois, avez-vous eu des idées suicidaires ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

54. Si vous avez répondu oui à la question précédente, à quelle fréquence avez-vous eu des idées suicidaires ?

Une seule réponse possible.

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

Si vous avez répondu oui à cette question, je vous invite à contacter un de numéros suivants :
SAMU : 15

3114 : Numéro d'urgence en cas de crise suicidaire

0 805 23 23 36 : Numéro d'accompagnement psychologique proposé par l'association de soins aux professionnels de santé.

Soutien social

55. Avez-vous un réseau de soutien social (famille, amis, collègues) sur lequel vous pouvez compter ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui
☐ Non

56. **Si oui** : Sur une échelle de 1 (très insatisfaisant) à 5 (très satisfaisant),
Comment évaluez-vous votre niveau de soutien social ? *

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Activité physique

57. Pratiquez-vous une activité physique ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

58. Combien d'heures d'activité physique vous réalisez vous par semaine ? *

.

59. Pratiquez-vous des activités de relaxation ou de gestion du stress (méditation, yoga, etc.) ? Si oui, combien de fois la pratiquez-vous par semaine ? *

.

Santé mentale au travail

L'objectif est d'évaluer l'impact de l'encadrement sur la santé mental

60. Avez-vous l'impression que votre encadrement (sénieurs, chefs de service) vous
Soutient et vous encourage ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

61. Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine en dehors des Congés ? *

62. Combien de gardes faites-vous par mois ? *

63. Les repos de gardes sécuritaires sont-ils respectés dans votre service ?

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

64. Avez-vous eu un entretien avec le médecin du travail au cours des 12 derniers mois dans le cadre de symptômes cliniques en lien avec votre santé mentale ? *

Une seule réponse possible.

☐ Oui

☐ Non

65. Connaissez-vous structures universitaires de santé mentale ?

Une seule réponse possible.

Oui
Non

Propositions

66. Pensez-vous que l'université pourrait participer à la prévention de troubles psychiques ? *

Une seule réponse possible.

☐

Oui Passer à la question 67

☐

Non (Fin du questionnaire !).

Stratégies

67. Par quel moyen l'université pourrait y contribuer ?

Plusieurs réponses possibles.

☐

Ateliers de gestion de

☐

stress Plus de temps

☐

libre

Meilleure sensibilisation à la pathologie psychique et ses recours

☐

Interventions de déstigmatisation de la pathologie mentale

☐

Utilisation des médias pour promouvoir le soin en santé mentale

☐

Création d'un système de soutien par les étudiants formés

☐

Assignment d'un tuteur pour chaque spécialité formée à la santé mentale

☐

Création d'un service de soutien psychologique spécifique au sein de
l'université

Autre

68. Écrivez libre, dites-nous-en quelques mots comment les universités peuvent améliorer l'internat pour les internes en médecine durant leur cursus.

Fin du questionnaire !

AUTEURE : Nom : AMOUGOU MPEI

Prénom : TATIANA

Date de soutenance : 8 octobre 2025

Titre de la thèse : Prévalence de symptômes anxieux, dépressifs et de burnout chez les internes en médecine de France.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine

DES : Psychiatrie

Mots-clés : Dépression, internat, burnout, anxiété, France

Résumé :

Cette thèse explore l'état de santé mentale des internes en médecine en France à travers une enquête nationale conduite auprès de 814 participants. À l'aide d'un questionnaire en ligne intégrant des outils validés (HADS, MBI), l'étude évalue la prévalence de symptômes anxieux, dépressifs, de burnout ainsi que des idées suicidaires, tout en identifiant les facteurs de risque et de protection associés.

Les résultats montrent une souffrance psychique significative :

- 31,6 % des internes présentent une anxiété pathologique,
- 7,1 % une dépression,
- 10,8 % un burnout sévère,
- et 17,3 % rapportent des idées suicidaires sur les 12 derniers mois.

Les facteurs les plus fortement associés à ces troubles sont :

- le sexe féminin,
- les antécédents psychiatriques,
- un faible soutien social perçu,
- et l'absence d'activité physique régulière.

Des éléments structurels comme la surcharge horaire ou l'absence d'encadrement sont également liés au burnout.

En conclusion, ce travail souligne l'urgence de repenser collectivement le parcours des internes. Au-delà des constats chiffrés, il met en lumière la nécessité d'un engagement global : mieux former et soutenir les encadrants, faciliter l'accès à un accompagnement psychologique, alléger les charges de travail quand cela est possible, et intégrer très tôt des dispositifs de prévention.

La santé mentale des internes ne peut plus être reléguée au second plan : elle est intimement liée à la qualité des soins, à la sécurité des patients, et à l'avenir d'un système de santé que l'on souhaite plus humain et durable.

Composition du Jury :

Président : Pr Ali AMAD

Assesseurs :

- **Dr Julian BÉTRÉMIEUX**
- **Dr Gabriel MASSON**

Directeur de thèse :

- **Dr Benoît GRANON**