



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Alban DANSET

Né le 29 mars 1984 à Paris (75)

La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot, une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique

Présentée et soutenue publiquement le **13 mars 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Patrice DIOT, Pneumologie, Doyen de la Faculté de Médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Cédric LEMOGNE, Psychiatrie, Faculté de Médecine-Paris 5 René Descartes

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine-Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine-Tours

Directeur de thèse : Professeur Éric GALAM, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine-Paris 7-Diderot

Résumé

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer et de comparer la santé psychique des externes des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique par auto-questionnaire anonyme envoyé aux externes (du DFASM1 au DFASM3) de François Rabelais de Tours et Paris7-Diderot sur l'année universitaire 2015-2016, comprenant des questions sociodémographiques, des questions ouvertes, les tests AUDIT, CAST, SWLS, MBI, HAD, SCL90 et FORD, et un commentaire libre.

539 externes (61.1%) ont répondu à Tours, 497 (43.4%) à Paris7-Diderot.

A Tours, 16% consomment du tabac, 84.6% de l'alcool (dont 9.2% en probable alcoolodépendance), 6.4% du cannabis (dont 70.5% ayant une consommation inquiétante), 9.6% des drogues dures, 24.1% des stimulants, 37.1% des anxiolytiques, 26% des somnifères, et 13.4% des antidépresseurs. 39.9% sont anxieux, et 9.1% ont une dimension dépressive. 69.1% présentent au moins une dimension de burn out ; 40.9% ont une dimension, 19.5% deux dimensions, et 8.7% trois dimensions. 26.7% ont des troubles psychosomatiques, 57% des troubles du sommeil, 35.1% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 63.5% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 21.5% ont eu des idées suicidaires, et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

A Paris, 23.5% consomment du tabac, 82.3% de l'alcool (dont 9.5% en probable alcoolodépendance). 21.1% du cannabis (dont 49.5% ayant une consommation inquiétante), 15.5% des drogues dures, 20.5% des stimulants, 32.8% des anxiolytiques, 24.9% des somnifères et 13.3% des antidépresseurs. 45.3% sont anxieux, et 12.1% ont une dimension dépressive. 76.1% présentent au moins une dimension de burn out ; 39% ont une dimension, 24.9% deux dimensions et 12.1% trois dimensions. 37.2% ont des troubles psychosomatiques, 68.8% des troubles du sommeil, 37.6% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 65.6% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 20.1% ont eu des idées suicidaires, et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

Les principaux facteurs associés retrouvés en analyse multivariée sont : l'éloignement des proches, le sexe féminin, la consommation de tabac, l'âge élevé, les variations pondérales, l'insatisfaction en stage, le faible soutien de l'entourage et le peu de sorties.

Bien que comparables, la santé psychique des externes parisiens semble encore moins bonne que celle des externes Tourangeaux.

La souffrance et le mauvais état de santé des externes est une réalité. Dès lors, nous avons proposé des mesures pour prévenir ce mal-être chez les externes.

Abstract :

The mental health levels of medical school students during their clerkship years from the universities of Francois Rabelais in Tours and Paris7-Diderot, an epidemiological descriptive multicentric transverse study

The goals of our study were to evaluate and compare the mental health levels of medical school students during their clerkship years from the universities of Francois Rabelais in Tours and Paris7-Diderot.

Our analysis was an epidemiological descriptive multicentric transverse study using an anonymous questionnaire sent to the medical students (DFASM1-DFASM3) of François Rabelais of Tours and Paris7-Diderot during the academic years of 2015-2016. The questions were related to sociodemographic issues, contained open-ended questions, the tests AUDIT, CAST, SWLS, MBI, HAD, SCL90 and FORD, as well as space for open commentary. 539 students (61.1%) participated in the study in Tours and 497 students (43.4%) participated in Paris7-Diderot.

In Tours, 16% smoke tobacco, 84.6% drink alcohol (9.2% of which had likely developed a dependence), 6.4% smoke cannabis (of which 70.5% consumed a worrying amount), 9.6% take hard drugs, 24.1% use stimulants, 37.1% take anxiety medication, 26% use sleeping pills, 13.4% use antidepressants. 39.9% have anxiety and 9.1% have some dimension of depression. 69.1% have some dimension of burn out syndrome; of which 40.9% have one dimension, 19.5% have two dimension and 8.7% have three dimensions. 26.7% have some psychosomatic disorder, 57% have sleeping problems, and 35.1% feel they have a low quality of life. 63.5% have previously considered giving up on their studies, 21.5% have had suicidal thoughts and 2.6% have already tried committing suicide.

In Paris, 23.5% smoke tobacco, 82.3% drink alcohol (9.5% of which had likely developed a dependence). 21.1% smoke cannabis (of which 49.5% consumed a worrying amount), 15.5% take hard drugs, 20.5% use stimulants, 32.8% take anxiety medication, 24.9% use sleeping pills, and 13.3% use antidepressants. 45.3% have anxiety and 12.1% have dimension of depression. 76.1% have some dimension of burn out syndrome; of which 39% have one dimension, 24.9% have two dimensions and 12.1% have three dimensions. 37.2% have some psychosomatic disorder, 68.8% have sleeping problems, 37.6% feel they have a low quality of life. 65.6% have previously considered giving up on their studies, 20.1% have had suicidal thoughts and 2.6% have already tried committing suicide.

Using multivariable analysis, the main relevant factors were found to be: distancing from close ones, being of the female sex, smoking tobacco, older age, weight variations, dissatisfaction during the clerkship rotations, lack of support from those around and the lack of outings during free time. Although similar, the mental health status of students from Paris seems worse than that of students from Tours.

The suffering and the poor health conditions of students during the clerkship years of medical school is a reality. We have, therefore, proposed a series of preventive measures to intercept the decline in the well-being of these students.

Key Words: Tours, Paris, medical, students, mental, health, Alcohol, Cannabis, tobacco, Anxiety, Depression, burn out, Drugs, medication, psychosomatic, sleep, life quality, suicide, relevant factors.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSEESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETARE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON DanielRadiologie et imagerie médicale
ANDRES ChristianBiochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....Cardiologie
ANGOULVANT ThéodoraPharmacologie clinique
ARBEILLE PhilippeBiophysique et médecine nucléaire
AUPART MichelChirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....Cardiologie
BALLON NicolasPsychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....Cancérologie ; radiothérapie
BARON ChristopheImmunologie

BERNARD LouisMaladies infectieuses et maladies tropicales
 BODY GillesGynécologie et obstétrique
 BONNARD ChristianChirurgie infantile
 BONNET-BRILHAULT FrédériquePhysiologie
 BRILHAULT Jean.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
 BRUNEREAU Laurent.....Radiologie et imagerie médicale
 BRUYERE FranckUrologie
 BUCHLER Matthias.....Néphrologie
 CALAIS Gilles.....Cancérologie, radiothérapie
 CAMUS VincentPsychiatrie d'adultes
 CHANDENIER JacquesParasitologie, mycologie
 CHANTEPIE Alain.....Pédiatrie
 COLOMBAT Philippe.....Hématologie, transfusion
 CONSTANS ThierryMédecine interne, gériatrie
 CORCIA Philippe.....Neurologie
 COSNAY Pierre.....Cardiologie
 COTTIER Jean-Philippe.....Radiologie et imagerie médicale
 COUET CharlesNutrition
 DE TOFFOL Bertrand.....Neurologie
 DEQUIN Pierre-FrançoisThérapeutique
 DESTRIEUX Christophe.....Anatomie
 DIOT Patrice.....Pneumologie
 DU BOUEXIC de PINIEUX GonzagueAnatomie & cytologie pathologiques
 DUCLUZEAU Pierre-HenriEndocrinologie, diabétologie, et nutrition
 DUMONT Pascal.....Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 EL HAGE WissamPsychiatrie adultes
 EHRMANN StephanRéanimation
 FAUCHIER Laurent.....Cardiologie
 FAVARD Luc.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
 FOUQUET BernardMédecine physique et de réadaptation
 FRANCOIS Patrick.....Neurochirurgie
 FROMONT-HANKARD GaëlleAnatomie & cytologie pathologiques
 GOGA DominiqueChirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 GOUDEAU AlainBactériologie-virologie, hygiène hospitalière

GOUPILLE Philippe.....Rhumatologie
 GRUEL Yves.....Hématologie, transfusion
 GUERIF Fabrice.....Biologie et médecine du développement et de la reproduction
 GUYETANT SergeAnatomie et cytologie pathologiques
 GYAN EmmanuelHématologie, transfusion
 HAILLOT OlivierUrologie
 HALIMI Jean-MichelThérapeutique
 HANKARD Régis.....Pédiatrie
 HERAULT OlivierHématologie, transfusion
 HERBRETEAU Denis.....Radiologie et imagerie médicale
 LABARTHE François.....Pédiatrie
 LAFFON MarcAnesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
 LARDY Hubert.....Chirurgie infantile
 LARIBI Saïd.....Médecine d'urgence
 LARTIGUE Marie-FrédériqueBactériologie-virologie
 LAURE BorisChirurgie maxillo-faciale et stomatologie
 LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
 LESCOCANNE EmmanuelOto-rhino-laryngologie
 LINASSIER ClaudeCancérologie, radiothérapie
 MACHET LaurentDermato-vénéréologie
 MAILLOT FrançoisMédecine interne
 MARCHAND-ADAM Sylvain.....Pneumologie
 MARRET Henri.....Gynécologie-obstétrique
 MARUANI Annabel.....Dermatologie-vénéréologie
 MEREGHETTI Laurent.....Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 MORINIERE Sylvain.....Oto-rhino-laryngologie
 MOUSSATA Driffa.....Gastro-entérologie
 MULLEMAN DenisRhumatologie
 ODEMENT Thierry.....Chirurgie infantile
 OUAÏSSI MehdiChirurgie digestive
 PAGES Jean-Christophe.....Biochimie et biologie moléculaire
 PAINAUD GillesPharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
 PATAT Frédéric.....Biophysique et médecine nucléaire

PERROTIN Dominique.....Réanimation médicale, médecine d'urgence
 PERROTIN Franck.....Gynécologie-obstétrique
 PISELLA Pierre-JeanOphtalmologie
 QUENTIN Roland.....Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
 REMERAND Francis.....Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
 ROINGEARD Philippe.....Biologie cellulaire
 ROSSET Philippe.....Chirurgie orthopédique et traumatologique
 ROYERE Dominique.....Biologie et médecine du développement et de la
 reproduction
 RUSCH Emmanuel.....Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 SAINT-MARTIN Pauline.....Médecine légale et droit de la santé
 SALAME Ephrem.....Chirurgie digestive
 SALIBA Elie.....Biologie et médecine du développement et de la
 reproduction
 SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....Biophysique et médecine nucléaire
 SIRINELLI Dominique.....Radiologie et imagerie médicale
 THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
 TOUTAIN Annick.....Génétique
 VAILLANT Loïc.....Dermato-vénéréologie
 VELUT Stéphane.....Anatomie
 VOURC'H Patrick.....Biochimie et biologie moléculaire
 WATIER Hervé.....Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
 LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
 POTIER Alain.....Médecine Générale
 ROBERT Jean.....Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénérologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....Médecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE Cécile.....Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET CécileMédecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM
930
CHALON Sylvie.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY HuguesChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR MustaphaDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM
1100
WARDAK ClaireChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste

GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier

MONDON Karl.....Praticien Hospitalier

PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier

MAJZOUB SamuelPraticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Doyen Patrice DIOT,

Pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury.
Pour le plaisir d'avoir étudié dans votre Université.
Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Cédric LEMOGNE,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury.
Pour votre main tendue si précieuse.
Pour votre amitié.
Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance et de mes sentiments les plus amicaux.

A Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ,

Pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail.
Vous avez contribué à ma formation de médecin généraliste, veuillez trouver ici le témoignage de mes remerciements sincères.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Pour l'honneur que vous me faites de participer à ce jury.
Soyez assuré de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Éric GALAM,

Pour l'honneur que vous m'avez fait de diriger ma thèse.
Pour l'honneur d'avoir travaillé avec vous qui êtes reconnu dans le domaine de la santé des soignants.
Pour avoir accepté avec enthousiasme la direction de cette thèse, malgré votre emploi du temps très chargé et mon appartenance à une autre faculté que la vôtre.
Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

Aux Drs LESIEUR et ANDREU, pour votre aide.

Au Dr Hakim MEKERRI, pour ta bienveillance, ton amitié et ton enseignement.

Au SAU de Pithiviers, qui m'a accueilli les bras ouverts, et qui a su me redonner confiance en moi.

Au Dr Etienne LEMAIRE, et au Dr Patrick JENNEQUIN, merci pour votre amitié et votre enseignement.

Aux Drs Denis SAUDEAU, Marie GAUDRON-ASSOR et Séverine DEBIAIS, pour votre bienveillance et gentillesse envers moi.

Aux externes de Tours et de Paris7, ce travail a été fait avec vous, et pour vous. J'espère profondément qu'il contribuera à améliorer vos vies.

A mes Proches :

-A toi Mimoune, pour ton soutien indéfectible tout au long de ces années. Grâce à toi j'y suis arrivé. « Même dans les nuits les plus noires brille toujours une étoile » ; tu as été cette étoile.

-A toi Papa, j'espère que tu es fier de moi.

-A toi Romain, mon frère, pour la complicité que nous avons. Je suis heureux de me dire que je t'ai. Et parce que « Samoëns sans la neige, c'est difficile mais c'est possible ! »

-A toi Elisabeth, ma super TATA d'enfer, mon affection pour toi est indéfectible.

-A mes cousins, Adrien et Marine, votre « grand-frère » est fier de vous et de ce que vous êtes devenus.

-A Bernard, Danièle, Guillaume et Delphine ; mes pensées vous accompagnent souvent et j'espère que l'avenir sera propice à un rapprochement familial!

-A toute ma famille de Savoie, quelle chance de vous avoir dans ma vie.

-A Magali... une étoile brille.

-A toi Julien, mon « frangin », merci pour tout ce que tu as fait pour moi durant tant d'années. Si j'en suis là, c'est en partie grâce à toi. Merci de ton amitié et d'être dans ma vie.

-A Habib et Françoise, pour m'avoir accueilli comme un deuxième fils, soyez assurés de ma plus profonde affection.

-A toi Elise, pour ton soutien et ton amitié à toute épreuve. J'espère que nos vies resteront toujours entrelacées.

-A Mehdi et Emilou, vous me manquez, et le club des trois restera éternel !

-A toi benjamin, sache que mon amitié est à la hauteur du débordement capillaire qui t'habite. ;)

-A toi Christophe, pour ton amitié de mec complètement barré qui te rend si attachant.

-A toi Clara, pour m'avoir donné ton amitié alors que je dérivais.

-A toi Bertrand, grand fou plein de tendresse ! Je suis heureux qu'on ait réussi à s'extirper ensemble de la D4.

-A toi Jenna, ma belle. Pour ton amour et ton soutien si précieux tout au long de ce travail.

-A tous mes amis de fac et de Paris ; Laurent, Cyril, Christophe, Sabine, Raphaëlle, Samir Bruno et Armen. Merci pour votre amitié.

-A mes amis lyonnais ; Alizée, Noura, Julien et Olivier. La vie est plus belle avec vous !

-A tous mes amis Tourangeaux ; Antoine, Xavier, Louis, Eudes, David, Odile, Marie-Charlotte, Vincent, Anaïs, Tiff', Aurèlie et lolanda. Je suis heureux de vous avoir rencontrés !

«La force ne vient pas des capacités physiques, mais d'une volonté invincible»

« Strength does not come from physical capacity, it comes from an indomitable will »

(GANDHI)

«Cette réalité n'est peut-être pas la réalité absolue, mais c'est tout du moins la seule que nous puissions connaître»

(KANT)

SOMMAIRE

I) <u>Introduction</u>	1
1. Contexte.....	1
2. Justificatif de ce travail de thèse.....	5
3. Questions et objectifs.....	7
II) <u>Matériel et méthodes</u>	8
1. Population.....	8
2. Questionnaire.....	8
3. Protocole.....	10
4. Analyse statistique.....	11
III) <u>Résultats</u>	13
A) <u>François Rabelais de Tours</u>	13
1. Taux de réponse.....	13
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	13
2.1 Sexe, âge et promotion.....	13
2.2 Mode de vie.....	14
3. Résultats spécifiques à la santé des externes.....	19
3.1 Evolution du poids au cours de l'externat.....	19
3.2 Consommation de toxiques.....	19
3.2.1 Tabac.....	19
3.2.2 Drogues dures.....	20
3.2.3 Consommation médicamenteuse.....	20
3.2.4 Consommation de cannabis.....	22
3.2.5 Consommation d'alcool.....	23
3.3 Dépression et anxiété.....	24
3.4 Burn out.....	24
3.4.1 Epuisement émotionnel.....	24
3.4.2 Dépersonnalisation.....	25
3.4.3 Perte d'accomplissement personnel.....	25

3.4.4 Degrés de burn out chez les externes.....	26
3.5 Symptômes psychosomatiques.....	27
3.6 Troubles du sommeil.....	27
3.7 Qualité de vie.....	28
3.8 Renoncement et suicide.....	28
4. Facteurs Associés.....	30
A) Analyse univariée.....	30
B) Analyse multivariée.....	35
B) <u>A Paris 7-Diderot</u>.....	38
1. Taux de réponse.....	38
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	38
2.1 Sexe, âge et promotion.....	38
2.2 Mode de vie.....	39
3. Résultats spécifiques à la santé des externes.....	44
3.1 Evolution du poids au cours de l'externat.....	44
3.2 Consommation de toxiques.....	44
3.2.1 Tabac.....	44
3.2.2 Drogues dures.....	45
3.2.3 Consommation médicamenteuse.....	46
3.2.4 Consommation de cannabis.....	48
3.2.5 Consommation d'alcool.....	48
3.3 Dépression et anxiété.....	49
3.4 Burn out.....	50
3.4.1 Epuisement émotionnel.....	50
3.4.2 Dépersonnalisation.....	51
3.4.3 Perte d'accomplissement personnel.....	51
3.4.4 Degrés de burn out chez les externes.....	52
3.5 Symptômes psychosomatiques.....	53
3.6 Troubles du sommeil.....	53
3.7 Qualité de vie.....	54
3.8 Renoncement et suicide.....	54
4. Facteurs Associés.....	56
A) Analyse Univariée.....	56

B) Analyse multivariée.....	61
C) <u>Comparatif François Rabelais de Tours-Paris7-Diderot....</u>	64
1. Caractéristiques de l'échantillon.....	64
2. Mode de vie.....	64
3. Résultats spécifiques à la santé des externes.....	66
4. Facteurs associés (multivariés).....	71
5. Analyse des commentaires libres des externes.....	79
IV) <u>Discussion</u>.....	81
1. Résultats principaux de l'étude.....	81
2. Forces et limites.....	84
A) Forces.....	84
B) Limites et biais.....	84
3. Comparaison aux données de la littérature.....	86
4. Perspectives.....	99
A) Ce qui existe déjà.....	99
B) Ce qui pourrait exister.....	103
V) <u>Conclusion</u>.....	107
VI) <u>Bibliographie</u>.....	108
VII) <u>Annexes et Tableaux</u>.....	113
VIII) <u>Index des abréviations</u>.....	219

I) Introduction

1) Contexte

La santé des étudiants français est un enjeu de santé publique majeur. Cette population réputée fragile est soumise à des pressions multiples et contradictoires. Aux injonctions d'autonomisation, de performances professionnelles et d'accomplissement personnel, s'opposent les prévisions de récession, l'absence de perspective, la pression académique, et souvent la précarité.

De nombreux travaux nationaux attestent de l'intérêt commun pour cette problématique de premier ordre.

Déjà en 2006, Laurent Wauquiez publiait deux rapports parlementaires **(1,2)** soulignant que la santé a une influence sur la réussite des études et que la qualité de vie de la période étudiante aura un impact sur les trajectoires de santé des individus à plus long terme.

En 2008, **(3)** l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) relevait la dégradation des conditions de vie des étudiants ainsi que de leur santé.

En 2012, le groupe de travail parlementaire de la commission des Affaires sociales consacré à la Sécurité sociale et à la santé des étudiants **(4)**, publiait un rapport visant à améliorer la Sécurité sociale étudiante mais insistait également sur la vigilance à apporter à cette population fragile, qui renonce souvent aux soins par manque de moyens.

Toujours en 2012, la Mutuelle des étudiants (LMDE), en partenariat avec l'Institut français d'opinion publique (IFOP) et le Laboratoire d'expertise et prévention pour la santé des étudiants (EPSE), a mené une enquête nationale sur plus de 8 500 étudiants **(5)**, portant sur leur état de santé, aussi bien physique que psychique.

En 2013 fut lancée l'étude i-Share **(6)**, l'une des plus grandes études jamais réalisée sur la santé étudiante, actuellement toujours en cours. Cette étude a deux objectifs : un objectif de santé publique (évaluer les conséquences de plusieurs affections, l'accès aux soins et définir des stratégies de dépistage, de prévention et de prise en charge des étudiants) et un objectif de recherche biomédicale (préciser les mécanismes physiopathologiques ou psychopathologiques de certaines maladies chez les étudiants et déterminer l'impact de facteurs d'exposition sur le risque d'apparition de maladies chroniques sévères).

Enfin en 2016, l'Observatoire national de la vie étudiante (OVE) déjà auteur de très nombreux travaux sur la question étudiante, a lancé une nouvelle étude nationale **(7)** sur les conditions de vie des étudiants.

Malgré ce contexte, il est paradoxal de constater le faible intérêt porté à la santé des soignants, sujet tabou et bien peu étudié.

Pendant bien longtemps, il fut délicat d'admettre que le médecin pouvait être à son tour en détresse morale et physique, altérant ainsi son principe d'invulnérabilité, et rompant avec l'image particulière qu'il représente au sein de la société.

Pourtant, aidée tristement ces dernières années par la médiatisation de funestes événements (suicides de médecins et d'internes), la question de la santé mentale des médecins commence tout juste à émerger, avec un état des lieux alarmant ; TRUCHOT (8, 9,10), rapporte que 47% des médecins libéraux souffrent d'épuisement professionnel, pendant que CATHEBRAS (11) et GALAM (12) soulignent respectivement que ce taux s'élève à 60% chez les médecins généralistes de Champagne-Ardenne/Poitou Charentes, et 53% en ile de France.

L'étude réalisée en 2003 par LEOPOLD pour le Conseil national de l'Ordre des médecins (13) confirme une surmortalité par suicide chez les médecins français. Sur 5 ans, 69 suicides ont été recensés pour 492 décès dans une population de 44 000 médecins. Ce taux de suicide de 14 % contraste avec celui de 5,9 % retrouvé dans la population générale du même âge (30 à 65 ans). Le malaise est si profond que, fin 2016, devant la souffrance grandissante de la population médicale, le ministère de la santé a lancé une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) (14), avec mise en place d'un observatoire dédié dès début 2017 ; elle comporte trois axes ; donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique, améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien, accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psychosociaux.

La population des étudiants en médecine est, quant à elle, spécifique pour plusieurs raisons. Tout d'abord, du fait d'une insertion rapide dans le milieu hospitalier, elle est confrontée quotidiennement aux souffrances physiques et psychiques, à la douleur, la mort, et doit rapidement allier travail académique et stages pratiques dans lesquels elle endosse une responsabilité croissante, à la fois technique et relationnelle. Elle est sélectionnée par le biais d'un concours exigeant. Elle est également soumise à des études longues et à une certaine pression académique, le choix de la spécialité et du lieu de spécialisation, enjeux majeurs, dépendant de la réussite à l'examen classant national (ECN) finalisant le deuxième cycle des études. Ceci est appuyé par un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) de 2012 (15) qui souligne que les contraintes imposées aux étudiants et jeunes médecins n'ont jamais été aussi fortes. L'explosion de la connaissance médicale de ces cinquante dernières années, la révolution du numérique, la réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie, l'affirmation des droits du malade, ont transformé la relation du médecin au citoyen et à l'exercice médical. Les auteurs mettent l'accent sur son engagement exclusif au service des autres, employé à lutter contre la souffrance et la douleur. D'ailleurs, dans la thèse réalisée auprès des internes en médecine générale à Reims en 2003 par LEROY-CORBON (16), qui analyse l'évolution des motivations et des choix de carrière des étudiants en médecine, il est révélé que le mal-être de la profession est déjà fortement sous-jacent au cours des études : 62 % des étudiants voient leurs motivations évoluer au cours de leur formation, principalement en DFSAM1 (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales) et en TCEM1 (Troisième Cycle des Etudes Médicales), et 75 % modifient leurs choix de carrière. Par ailleurs, 22 % d'entre eux déclarent qu'ils ne referaient pas des études de médecine s'ils avaient le choix et 30 % souhaiteraient les effectuer différemment ; ceci est étayé par la thèse de COSTA (17) de 2015 auprès des internes toulousains, qui retrouve que 30% d'entre eux ont déjà pensé à arrêter leurs études de médecine.

Pour tenter d'éclairer et de comprendre le mal-être des étudiants en médecine, plusieurs travaux ont tout de même été menés;

En 2012, est lancée l'étude Intern-Life, étude nationale, en association entre l'Institut de psychologie et le Département de médecine générale (DMG) de l'Université Paris Descartes. Elle a pour objectif de connaître le vécu des internes au cours de leur internat, en s'intéressant à une cohorte d'internes de leur entrée à leur sortie d'internat. Les résultats ne sont pas encore connus à ce jour.

En 2013, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF) a entrepris une enquête nationale **(18)** sur les conditions de travail. Il en ressort que les étudiants en médecine sont peu satisfaits de leurs études, qu'elles empiètent sur leur vie privée et qu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour eux et leurs loisirs, qu'ils ont déjà pensé en majorité à arrêter leurs études, qu'ils sont en majorité très stressés (en particulier lors de l'approche de l'ECN), et qu'ils ont le sentiment de se faire exploiter en milieu hospitalier.

EN 2016, le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), a diligenté une étude nationale portant sur la santé mentale des étudiants en médecine et jeunes médecins **(19)**. Cette vaste enquête concernant environ 8 000 participants a mis en relief les points suivants :

- L'établissement d'un "profil à risque" de moyenne ou mauvaise santé semble toucher plus spécifiquement l'étudiant de 2ème cycle ou l'interne travaillant au-delà de 48 heures, vivant seul, consommant sensiblement plus que la moyenne d'antalgiques et de psychotropes, et manifestant un épuisement émotionnel. L'enquête révèle que ces jeunes expriment plus spontanément avoir eu des idées suicidaires : 14% ont déjà eu des pensées suicidaires ; 16% en second cycle, 14% en troisième cycle, et 12% en fin de cursus. (L'ANEMF **(18)** avance même un chiffre de 21.3% sur l'ensemble des étudiants en médecine de France). Dans cette population, la consommation d'anxiolytiques atteint 30%.

-La souffrance des étudiants et des jeunes médecins est avérée, un quart d'entre eux ayant déclaré être en état de santé moyen ou mauvais. Ce taux est particulièrement élevé chez les étudiants de 2ème cycle, puisqu'ils représentent plus de 30% de cette catégorie.

Les premières expressions de cette souffrance, sont le mal-être psychologique, le burn out et les troubles anxio-dépressifs.

MAZAS, dans sa thèse de 2012 portant sur le burn out des externes de l'Université Paris 5-René Descartes, **(20)** relève que plus de la moitié souffrent de burn out.

Chez les internes, GARCERAN dans sa thèse de 2009 spécifique aux internes de médecine générale de la région centre **(21)**, relève que 65% souffrent de mal être psychologique, résultat appuyé par CECILE dans sa thèse de 2015 **(22)**, pointant la santé psychique fragile des internes de Paris 6, mais également par GRAVRAND **(23)** qui retrouve que les facteurs de risque de souffrance psychique sont le sexe féminin, le célibat, le logement en cité universitaire ou chez les parents, l'absence de pratique d'un sport, la présence de troubles anxieux et des antécédents personnels ou familiaux de pathologies psychiatriques.

L'étude de LETOURNEUR de 2013 effectuée auprès de tous les internes de médecine générale de France **(24)** révèle des facteurs prédisposant au burn out, comme : La faible

empathie, le peu d'intérêt porté aux patients, ou encore une mauvaise approche de la gestion des problèmes ; 58% des internes ont au moins une dimension de burn out, et 6.5% présentent un burn out complet.

Ces données sont similaires à l'étude de TRUCHOT **(25)** sur les étudiants en médecine de Champagne Ardennes, à l'étude de RIVOIRE **(26)** de 1999 sur les internes du Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Tours, ainsi que dans de nombreuses autres études de par la France, en particulier BARBARIN à Nantes **(27)**, GAUCHARD à Montpellier **(28)** ERNST à Strasbourg **(29)** et GUINAUD à Créteil **(30)**.

SOUPAULT, dans sa thèse de 2014 **(31)**, retrouve que 13.5% des internes de médecine générale d'Ile de France présentent un taux élevé de burn out dans les trois dimensions, 15% présentent deux dimensions atteintes et 35% une seule dimension. Seuls 36.5% sont totalement indemnes de signes de burn out ; de plus, il souligne l'existence de facteurs associés au burn out comme le manque d'expérience, le manque de temps consacré aux loisirs, le manque de soutien professionnel, le stress, l'anxiété et l'envie de renoncer aux études de médecine.

Enfin THEVENET dans sa thèse de 2011 **(32)** comparant le burn out chez les internes en médecine générale d'Ile de France avec ceux du Languedoc-Roussillon, souligne que l'épuisement émotionnel (EE) élevé concerne 23% des internes, la dépersonnalisation (DP) élevée 38.8%, et la perte élevée d'accomplissement personnel (PAP) 35.6%.

La limite entre burn out et le syndrome anxio-dépressif est floue. Tout en étant deux entités cliniques et diagnostiques différentes, elles présentent une symptomatologie proche. Ainsi dans l'étude de santé publique de 2014 menée par VAYSSE **(33)** portant sur les addictions et la dépression d'étudiants en médecine de 2ème année, il est souligné que les étudiants en médecine sont particulièrement touchés par les troubles anxio-dépressifs, alors qu'ils sont paradoxalement moins susceptibles que la population générale de recevoir des soins adéquats (de par leurs connaissances et leur automédication). De plus, dans l'étude de KERRIEN **(34)** de 2012 menée auprès des internes du CHU de Brest, il est soulevé que environ 1 interne sur 10 a une dimension dépressive, et 1 sur 3 une dimension anxieuse. A titre comparatif, dans cette méta-analyse réalisée aux Etats-Unis **(35)**, on retrouve une prévalence de la dépression chez les internes en médecine de 28,8%.

La mauvaise santé mentale des étudiants en médecine se démarque aussi par leurs habitudes de vie, façonnées par la dureté, l'exigence, et la pression de leur quotidien.

Dans l'étude de 2014 sur les étudiants de médecine en deuxième année menée par VAYSSE **(33)**, la consommation d'alcool est élevée, 1 étudiant sur 10 présente même une addiction. Cela est également relevé dans les études d'IDIER de 2011 à Bordeaux **(36)** et DELAHAYE à Paris 5 **(37)**.

HUYNH dans sa thèse de 2014 sur les internes Lillois **(38)**, retrouve que 7 étudiants sur 10 consomment des médicaments, et une autre étude portant sur 1 718 étudiants en médecine et médecins français, **(39)** rapporte que le tiers d'entre eux utilisent ou ont utilisé des psychostimulants.

Dans sa thèse de 2012 portant sur les étudiants en médecine de 3ème année (DFGSM 3) du Nord-Pas-de-Calais, **(40)** HERLIN note que 1 étudiant sur 4 a eu des conduites sexuelles à

risques lors de ses études, et JOSSERAN 2003 **(41)** retrouve que 1 étudiant sur 5 à Paris 6 est fumeur, avec une tendance à l'augmentation de la consommation au cours de son cursus.

En ce qui concerne la consommation de produits illicites, une étude réalisée à Nancy en 2000 par LAURE, **(42)** montre que plus de la moitié des internes reconnaissent avoir consommé des substances illicites durant leurs premières années de médecine, et que la moitié d'entre eux ont continué cette consommation durant tout leur externat. De plus, VAYSSE **(33)** retrouve que 15% des étudiants en deuxième année consomment du cannabis, dont 50% qui ont une consommation problématique, et HUYNH **(38)** note 18% de consommateurs chez les internes Lillois.

Les étudiants en médecine ont aussi des troubles du sommeil ; COSTA **(17)**, dans sa thèse de 2015 auprès des internes toulousains, retrouve que 40% éprouvent des troubles du sommeil, et l'ANEMF **(18)** soulève que 87% des étudiants en médecine manquent de sommeil. A titre de comparaison, une étude tunisienne réalisée en 2012 **(43)** relève que 1 étudiant en médecine sur 2 n'est pas satisfait de son sommeil.

D'autre part, COSTA **(17)** retrouve une prévalence des troubles psychosomatiques de 42% chez les internes toulousains.

Enfin, au vu des points soulevés précédemment, il est fort probable que le niveau de satisfaction global de qualité de vie est médiocre, mais peu d'études françaises ont abordé ce sujet. On peut tout de même citer cette étude **(44)** menée en première année de médecine (PACES) en 2015, relevant que les étudiants estiment avoir une qualité de vie médiocre.

2) Justificatif de ce travail de thèse

L'État des lieux sanitaire dans la population médicale française, et en particulier chez les étudiants en médecine, semble donc bien sombre.

Si la question de la santé des étudiants reste un sujet primordial et que les populations des médecins seniors et des internes semblent avoir été plus étudiées, la population des externes reste, quant à elle, peu explorée. Pourtant l'externat, deuxième cycle des études médicales, composé des 4ème, 5ème et 6ème années (respectivement DFASM1, DFASM2 et DFASM3), est supposé être l'une des périodes les plus difficile et stressante, génératrice bien souvent de mal-être. Il y existe une notion de « triple vie » entre la vie universitaire avec les cours et conférences à la faculté, les stages hospitaliers, et la vie personnelle, et il est parfois difficile de ne pas sacrifier l'une aux dépens des autres...

Compte tenu des données précédemment exposées, il est aisé de supposer que les externes peuvent présenter une souffrance similaire à celle de leurs aînés.

Ce travail de thèse se justifie du fait que:

-La population des externes n'a été que très peu étudiée.

-Les études de médecine sont longues et très exigeantes.

-Une des périodes les plus délicates dans les études médicales est le deuxième cycle, car il met en contact direct avec les patients et le milieu hospitalier dans toute sa complexité (heures de travail, gardes et astreintes, responsabilités accrues, contact avec la mort, la douleur, la souffrance, la gestion des rapports professionnels, des rapports avec la patientèle, les familles...), le tout superposé à un travail académique soutenu.

-L'ensemble du travail hospitalier plus académique lors de cette période de l'externat est très phagocytant, ne laissant que peu de place à la vie personnelle et aux loisirs.

-Cette population est fragile de par son jeune âge, mais aussi de par son manque d'expérience.

-La précarité financière de la plupart de ces étudiants est un facteur de dégradation des conditions de vie, les contraignant pour beaucoup à rester à la charge de leurs parents, à un âge où leurs amis de lycée sont déjà lancés dans la vie active.

-Leur statut de jeune médecin externe fait d'eux des êtres « indestructibles », les rend sources de références vis-à-vis de la croyance populaire, de la société, et même de leur propre famille ; ce biais induit une interdiction de la plainte et une supposée protection contre la maladie qui peut s'avérer pesante lorsque l'on est dans la souffrance ; l'essence même du métier interdit d'être malade, se plaindre n'est pas de rigueur.

-Il pèse sur les épaules des externes une attente énorme de la part de la société, mais également souvent de la famille.

-L'accumulation des connaissances académiques est à double tranchant ; un sentiment de science infuse se superpose inexorablement à un sentiment hypocondriaque générateur de souffrance, contre lequel l'étudiant devra lutter.

-Au fil des discussions avec les confrères, on découvre aisément que chacun a traversé au cours de ses études, et en particulier de l'externat, des moments de doute, de peur, de détresse qu'il fut honteux d'exposer aux autres, conduisant à garder tout cela secret, car l'excellence est bien souvent le seul choix proposé dans les universités de médecine française.

-J'ai été moi-même touché de plein fouet par la maladie lors de mon externat, ainsi que plusieurs de mes amis externes...

Apporter un éclairage sur l'externat semble aujourd'hui indispensable pour essayer de mieux comprendre ce que ressentent les externes, afin de trouver des pistes de réflexions visant à améliorer la qualité des études médicales et la santé de ceux qui les parcourent.

3) Questions et Objectifs

Objectif premier :

Quel est le mode de vie, la qualité de vie, ainsi que la prévalence de l'anxiété, de la dépression, du burn out, des troubles du sommeil, des troubles psychosomatiques, des addictions, des idées suicidaires, de l'envie de renoncer aux études de médecine, et de la consommation de substances psychoactives dans la population des externes en médecine de l'Université François Rabelais de Tours?

Existe-t-il des facteurs associés à l'anxiété, à la dépression, au burn out, à la qualité de vie, à l'envie d'abandonner les études de médecine, aux idées suicidaires, et aux tentatives de suicide ?

Ce travail se fait en association avec l'Université de médecine de Paris7- Diderot, où les mêmes questions seront explorées.

Objectif secondaire :

Quel comparatif peut-on établir entre les populations des externes en médecine de l'Université François Rabelais de Tours et de l'Université Paris 7-Diderot?

II) Matériel et méthode

1. Population

La population ciblée est celle des externes en médecine, c'est-à-dire les étudiants inscrits en DFASM1, DFASM 2 et DFASM 3, au cours de l'année universitaire 2015-2016, dans les Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot.

Les critères d'inclusion sont:

- Etre inscrit en DFASM 1, 2 ou 3 à Tours ou à Paris7-Diderot au cours de l'année universitaire 2015-2016.
- Avoir répondu à la totalité du questionnaire.

2. Questionnaire

L'auto-questionnaire prenait environ 15 minutes. Il a été spécialement étudié pour être rempli rapidement et efficacement par les sondés. En effet, ceci est primordial lorsqu'on s'adresse à une population d'externes disposant de très peu de temps libre ; ainsi, le nombre de réponses est optimisé, augmentant par la même la puissance de l'étude.

Il s'organisait en deux parties :

- La première, constituée de questions simples, concernait des données sociodémographiques ainsi que le mode de vie de l'étudiant : sexe, âge, promotion, nombre d'enfants, lieu de vie, niveau d'études des parents, fréquence des loisirs, éloignement des proches dû aux études, soutien de l'entourage, satisfaction de son stage hospitalier actuel.
- La deuxième comportait des questions plus spécifiques aux thèmes d'études intéressant notre recherche :
 - Évolution du poids au cours de l'externat.
 - Envie d'arrêter médecine, tentations suicidaires.
 - Consommation de toxiques :
 - Questions simples pour les drogues dures, les consommations médicamenteuses, la consommation de tabac et son évolution au cours de l'externat.

- Les questionnaires CAST (Cannabis Abuse Screening Test) pour le cannabis et AUDIT (Alcohol Use Disorders identification Test) pour l'alcool, recommandés par la Haute autorité de santé (HAS) car ils permettent une utilisation facile et assurent une comparabilité des données.
- Dépression et anxiété via le questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) permettant de dépister 2 pathologies à l'aide d'un seul questionnaire, limitant ainsi le nombre de questions.
- Burn out via le questionnaire MBI (Malsach Burn out Inventory), permettant une évaluation complète du burn out ainsi qu'une grande comparabilité des données car il est utilisé dans de nombreuses études.
- Symptômes psychosomatiques évalués par le questionnaire SCL 90 (Symptom Checklist 90) utilisé dans de nombreuses études et permettant la comparabilité des données.
- Les troubles du sommeil évalués par le questionnaire de FORD, seul questionnaire ne comportant pas de questions ouvertes rendant l'interprétation plus objective. En outre c'est la seule échelle qui étudie les troubles du sommeil en rapport avec le stress.
- L'appréciation de la qualité de vie par le questionnaire SWLS (Satisfaction With Life Scale) assurant comparabilité et reproductibilité des résultats.

Enfin un emplacement « commentaire libre » terminait le questionnaire.

-Le questionnaire a été réalisé sur le site Google Forms.

-Une réponse à chaque question devait être donnée, sans quoi il était impossible de passer à la suivante.

-Trois sauts de page ont été organisés de façon à ce qu'un sondé répondant ne jamais consommer de tabac, d'alcool, ou de cannabis, n'ait pas à répondre aux autres questions concernant ces thèmes.

-Les répondants étaient assurés de leur anonymat, les résultats n'ont été accessibles qu'au rédacteur, via internet ; ces derniers ont ensuite été automatiquement exportés de Google Forms vers le logiciel Excel pour traitement des données.

*Le questionnaire envoyé aux externes est en **Annexe n°1***

*Le questionnaire CAST est en **Annexe n°2***

*Le questionnaire AUDIT est en **Annexe n°3***

*Le questionnaire HAD est en **Annexe n°4***

*Le questionnaire MBI est en **Annexe n°5***

*Le questionnaire de FORD est en **Annexe n°6***

*Le questionnaire SCL90 est en **Annexe n°7***

*Le questionnaire SWLS est en **Annexe n°8***

3. Protocole de l'étude

L'envoi du questionnaire a été effectué par l'investigateur de Tours pour les étudiants de la faculté François Rabelais de Tours et par l'investigatrice de Paris pour la faculté Paris7-Diderot.

Les données étaient stockées dans 2 bases de données différentes, une pour chaque faculté. Cependant, il est important de noter que le questionnaire était strictement identique dans les deux villes, dans sa composition, mais aussi dans l'ordre des questions.

De plus, afin d'assurer la comparabilité des résultats, la période de distribution a été identique à Tours et à Paris.

A Tours :

Les externes ont été contactés par internet sur leur boîte mail, grâce aux mailings listes des DFASM1, 2 et 3 récupérées auprès du service de la scolarité de la faculté. Le mail contenait des explications concernant l'objectif de l'étude ainsi que le lien dirigeant les externes vers le questionnaire Google Forms, qui était à remplir en ligne.

Le premier mail a été envoyé le 8/03/2016. Parallèlement, un message incitant les externes à répondre au questionnaire et comprenant le lien vers le questionnaire en ligne, a été affiché sur le forum des externes de Tours, ainsi que sur le Facebook du groupe des externes de Tours, grâce au délégué des externes. Ceci a permis d'obtenir 350 réponses.

Une relance, identique dans le protocole à la première, a été effectuée le 15/03/2016. 150 réponses supplémentaires ont été collectées.

Enfin une deuxième relance a été faite le 29/03/2016. Cela a permis de totaliser 541 réponses.

A Paris :

Suite à une présentation du projet de thèse au Conseil pédagogique de l'Université Paris 7-Diderot, l'accord du Pr Agnès Lefort a été obtenu pour diffuser les questionnaires via les mailings listes de la faculté. Le mail invitant les étudiants à répondre au questionnaire a donc été transmis aux responsables de la scolarité qui se sont chargés de transférer ces informations aux étudiants de DFASM1, 2 et 3.

Le mail contenait quelques informations sur le questionnaire, son but, sa durée et également le lien vers le questionnaire Google Forms à remplir en ligne.

Parallèlement, l'aide des élus étudiants facultaires a été sollicitée afin de diffuser largement le questionnaire sur le groupe Facebook des étudiants et des promotions respectives.

La première diffusion a été effectuée par les élus étudiants sur Facebook le 07/03/2016 et a obtenu 352 réponses.

La faculté a diffusé les mails aux DFASM 3 le 10/03/2016, aux DFASM 2 le 11/03/2016 et aux DFASM 1 le 14/03/2016. Ceci a permis d'obtenir 108 réponses.

Enfin une dernière relance sur Facebook le 04/04/2016 a recueilli 34 réponses supplémentaires.

Ces trois diffusions ont totalisé 497 réponses.

Dans les 2 facultés, les sondages ont été clôturés le 03/05/2016.

4. Analyse statistique

L'étude réalisée est une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique.

L'ensemble des réponses des externes de Tours a été réuni dans un tableau sur le logiciel Microsoft Excel. Il en a été de même pour les externes de Paris7-Diderot.

Chaque réponse au questionnaire était une variable reportée en colonne dans le tableau et chaque ligne correspondait aux réponses de chaque externe répondant.

Les bases de données de Tours et de Paris ont été analysées par un statisticien indépendant grâce au logiciel R.

-Dans un premier temps, une analyse univariée des données a été menée pour faire une analyse descriptive des populations des externes de Tours et de Paris7-Diderot et pouvoir les comparer ensuite.

-Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur médiane, leur dispersion a été évaluée par l'écart-type.

-Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence.

-Pour comparer deux moyennes, le test utilisé était un test t de Student bilatéral avec un risque de première espèce défini à 5%.

-Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées grâce au test du Khi2 au seuil de 5%. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les conditions d'application du test du Khi2 n'étaient pas remplies.

-Dans un deuxième temps, afin de déterminer les facteurs associés liés aux différents thèmes à Tours et à Paris-Diderot et pouvoir également les comparer, des régressions logistiques ont été réalisées. En univarié, puis en multivarié. Les différents modèles ont permis d'obtenir des intervalles de confiance et des Odds Ratio. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$).

III) Résultats

A) A François Rabelais de Tours

1. Taux de réponse

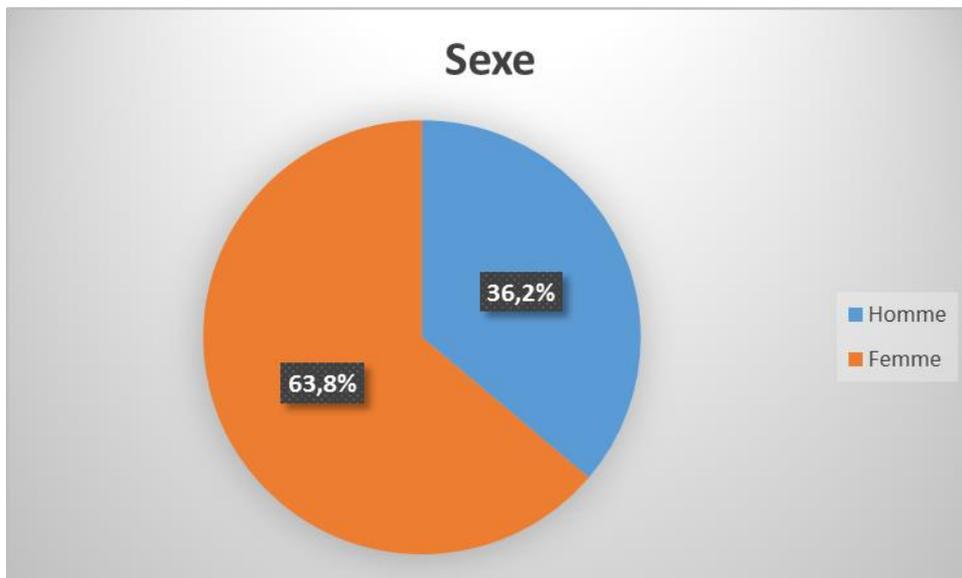
Sur l'année universitaire 2015-2016, 882 externes étaient inscrits à l'université François Rabelais de Tours. 539 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 61.1%.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon de Tours sont résumées dans les tableaux 1 et 2.

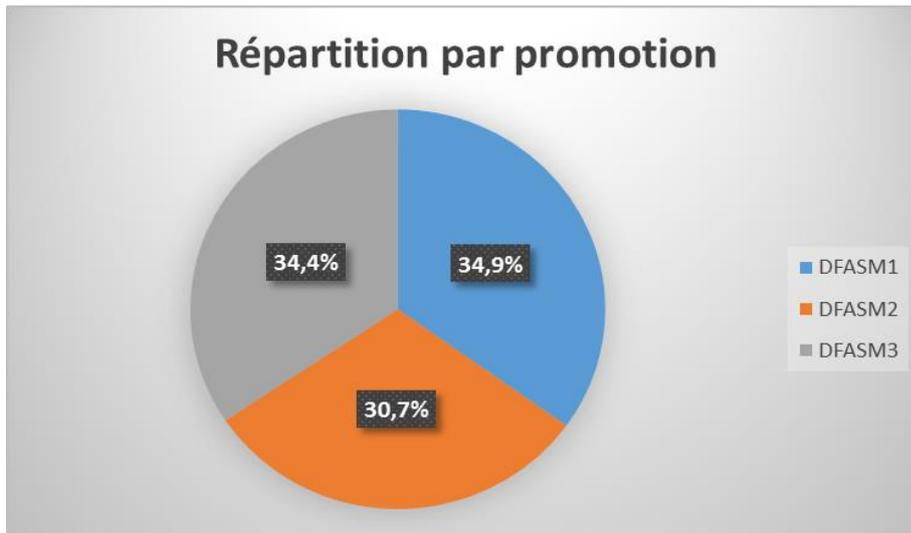
2.1 Sexe, âge et promotion

.L'échantillon est constitué de 344 femmes (63.8%) et 195 hommes (36.2%)



.L'âge moyen est de 23,02 ans.

.188 (34.9%) sont en DFASM1, 165 (30.7%) en DFASM2 et 186 (34.4%) en DFASM3.



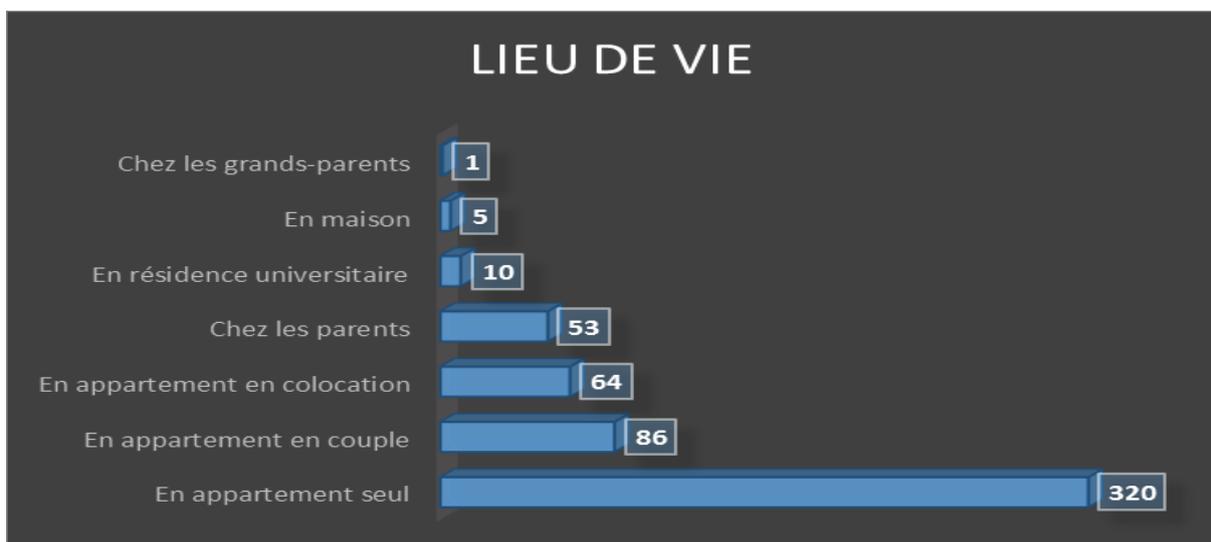
2.2 Mode de vie

2.2.1 Parentalité

.531 étudiants (98.5%) n'ont pas d'enfant, 8 (1.5%) en ont dont 7 un ou deux, et 1 plus de deux enfants.

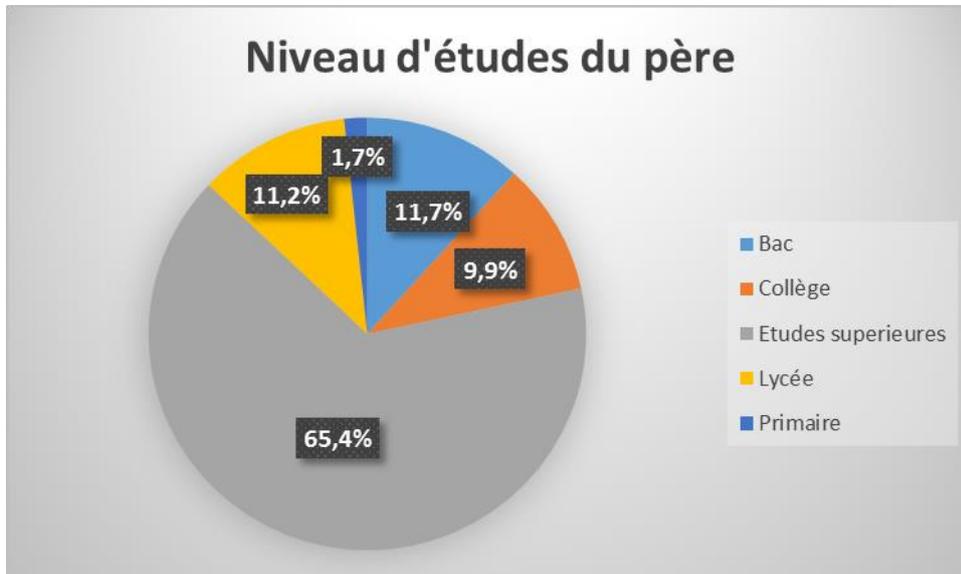
2.2.2 Lieu de vie

.320 étudiants (59.4%) vivent seul dans un appartement, 86 (16.0%) dans un appartement en couple, 64 (11.9%) dans un appartement en colocation, 53 (9.8%) vivent chez leurs parents, 10 (1.9%) vivent en résidence universitaire, 5 (0.9%) ont leur propre maison, 1 vit chez ses grands-parents.

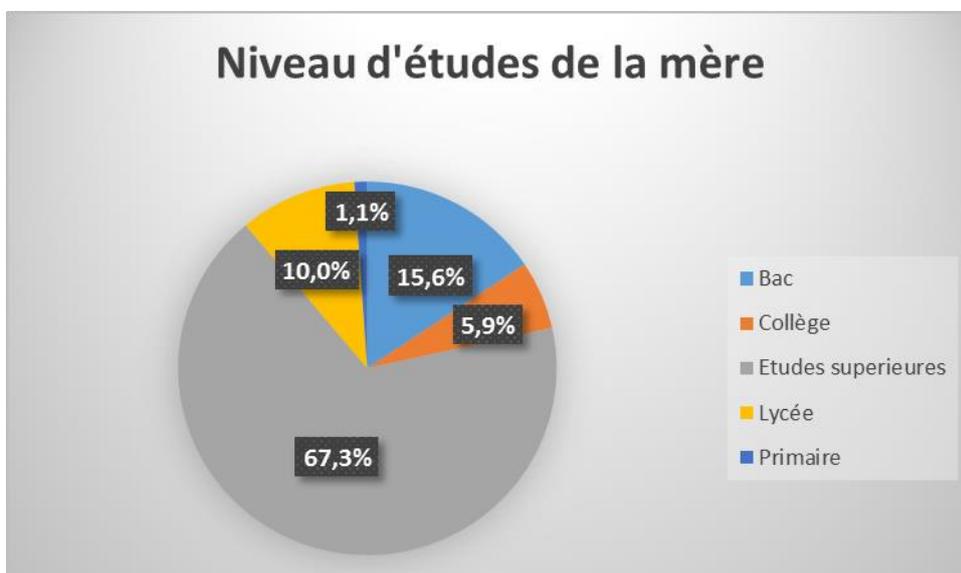


2.2.3 Niveau d'études des parents

.Le père a un niveau d'études supérieures pour 356 étudiants (65.4%), niveau bac pour 62 étudiants (11.7%), niveau lycée pour 60 étudiants (11.2%), niveau collège pour 52 étudiants (9.9%), et niveau primaire pour 9 étudiants (1.7%).

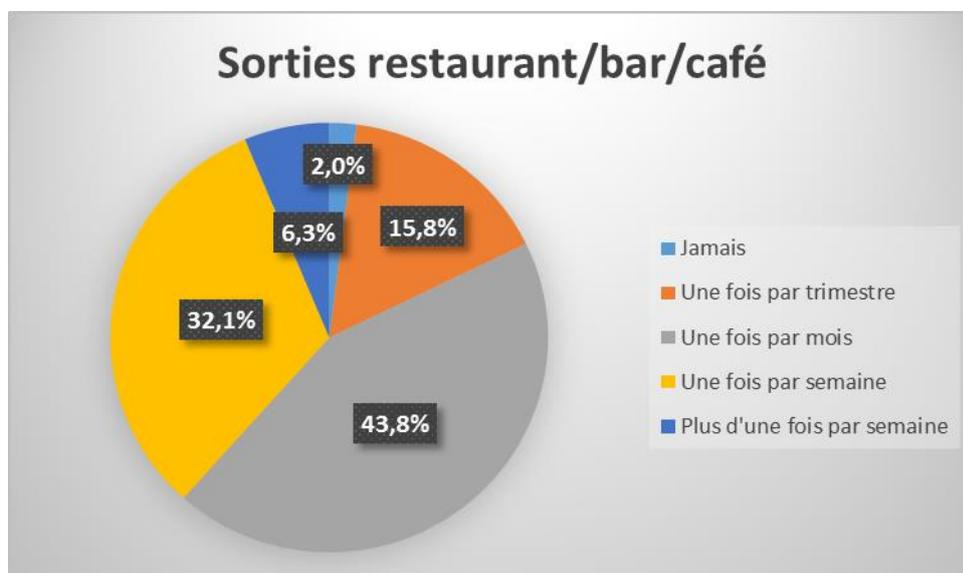


.La mère a un niveau d'études supérieures pour 363 étudiants (67.3%), niveau bac pour 84 étudiants (15.6%), niveau lycée pour 54 étudiants (10.0%), niveau collège pour 32 étudiants (5.9%), niveau primaire pour 6 étudiants (1.1%).

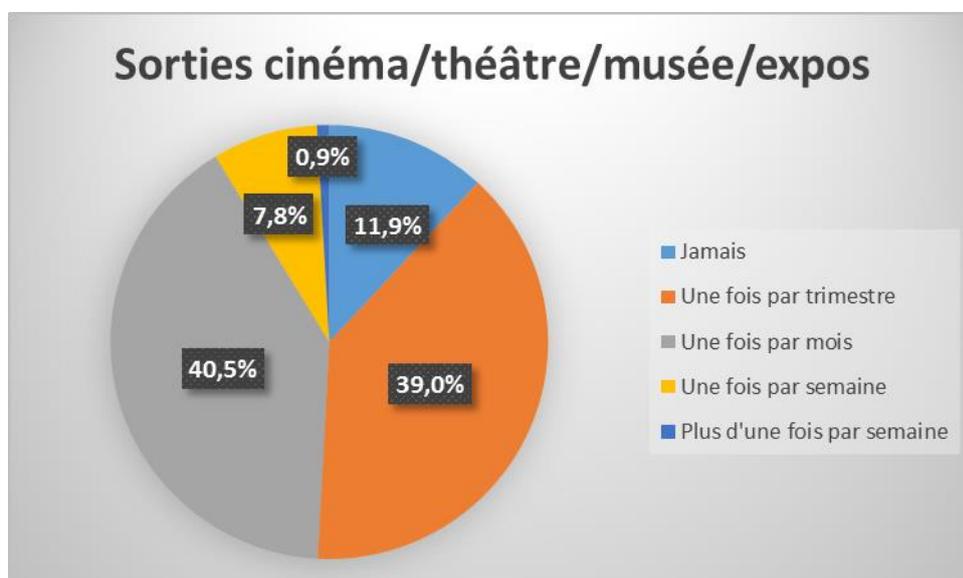


2.2.4 Pratique des loisirs

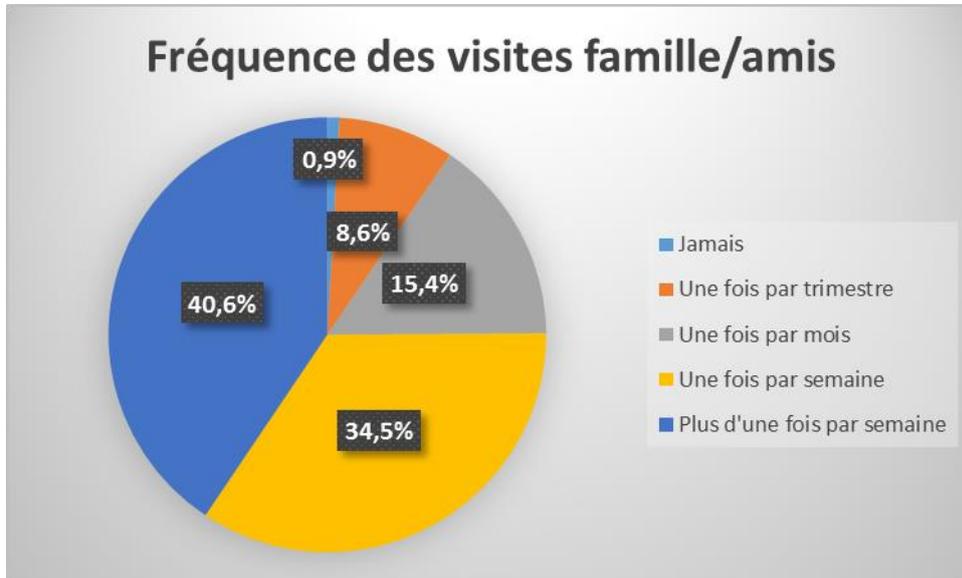
.Les sorties au restaurant/bar/café : 236 étudiants (43.8%) sortent une fois par mois, 173 (32.1%) une fois par semaine, 85 (15.8%) une fois par trimestre, 34 (6.3%) plus d'une fois par semaine, et 11 (2.0%) jamais.



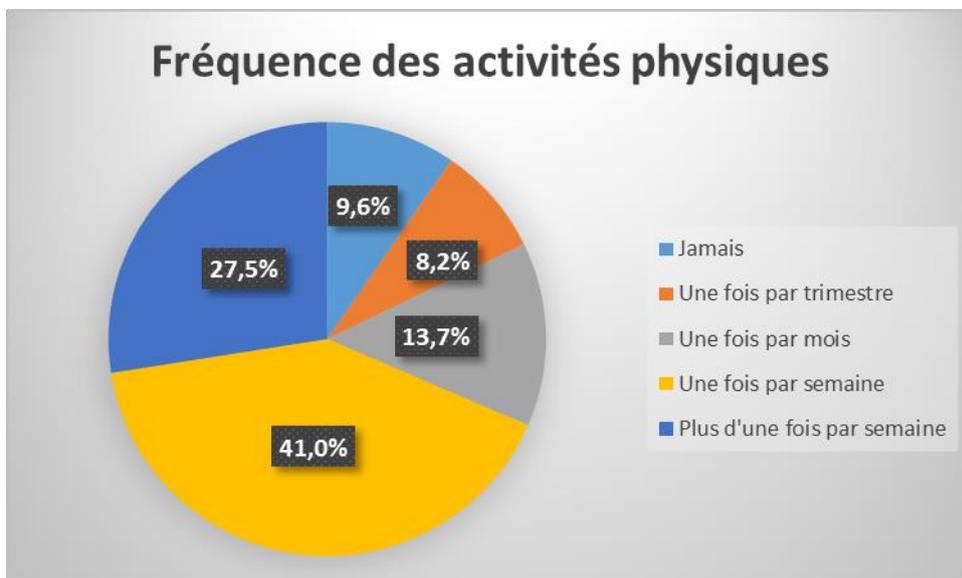
.Les sorties au cinéma/théâtre/musée/exposition : 218 étudiants (40.5%) sortent une fois par mois, 210 (39.0%) une fois par trimestre, 64 (11.9%) jamais, 42 (7.8%) une fois par semaine, et 5 (0.9%) plus d'une fois par semaine.



. La fréquence de visite à sa famille et amis : 216 (40.6%) visitent leur famille et amis plus d'une fois par semaine, 186 (34.5%) une fois par semaine, 85 (15.4%) une fois par mois, 47 (8.6%) une fois par trimestre, 5 (0.9%) jamais.



.La fréquence d'activités physiques : 221 (41.0%) pratiquent une activité physique une fois par semaine, 148 (27.5%) plus d'une fois par semaine, 74 (13.7%) une fois par mois, 44 (8.2%) une fois par trimestre, et 52 (9.6%) jamais.



2.2.5 Environnement

.Les étudiants interrogés semblent moyennement satisfaits de leur stage hospitalier au moment du sondage ; 5 niveaux de réponse étaient proposés, 1 « pas du tout satisfait », 2 « plutôt insatisfait », 3 « moyennement satisfait », 4 « plutôt satisfait » et 5 « très satisfait ». La moyenne des réponses est de 3,44 (+/-0,97).

. Les étudiants sondés ont répondu que la médecine les avait éloignés de leur proches ; à la question la médecine vous a-t-elle éloigné de vos proche, 5 niveaux de réponse étaient proposés : 1 « pas du tout d'accord », 2 « plutôt pas d'accord », 3 « moyennement d'accord », 4 « d'accord » et 5 «tout à fait d'accord ». La moyenne des réponses est de 3,78 (+/-1,17).

. 526 (97.6%) étudiants ont le soutien de leur entourage dans leur cursus, contre 13 (2.4%) qui ne l'ont pas.

3. Les résultats spécifiques à la santé des externes

Les résultats spécifiques à la santé des externes de Tours sont résumés dans le tableau 3.

3.1 Evolution du poids au cours de l'externat

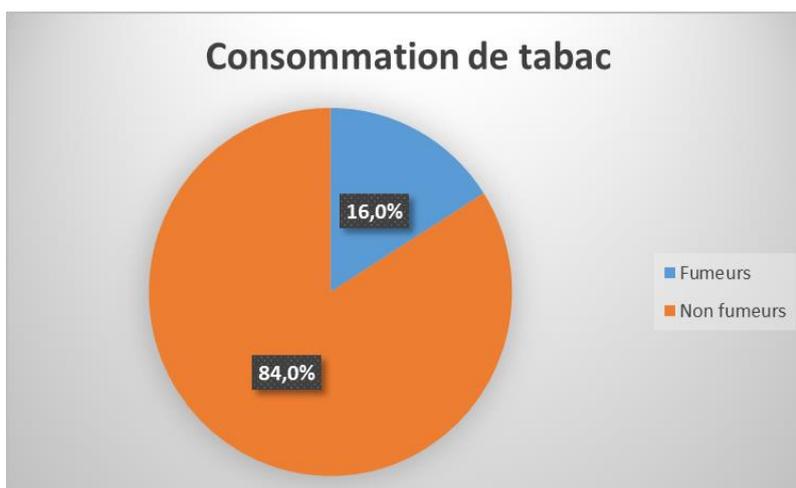
299 étudiants (55.5%) ont eu un poids stable ou une prise de moins de 2kg, 151 (28.0%) ont pris plus de 2kg, et 89 (16.5%) ont perdu plus de 2kg.



3.2 Consommation de toxiques

3.2.1 Tabac

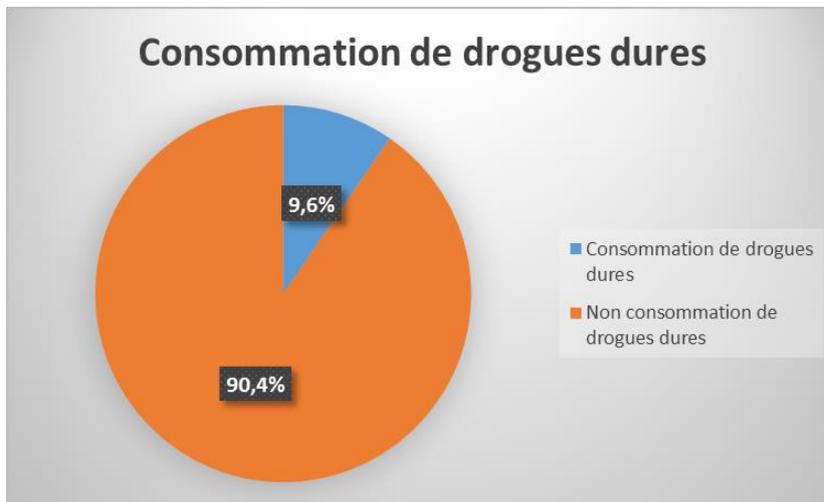
453 externes (84.0%) sont non-fumeurs, 86 (16.0%) sont fumeurs.



.Parmi les 86 fumeurs, 45 (52.3%) fument depuis plus de 4 ans, 19 (22.1%) depuis trois à quatre ans, 15 (17.4%) depuis deux à trois ans, 3 (3.5%) depuis un à deux ans, et 4 (4.7%) depuis moins d'un an. Leur consommation de tabac depuis le début de l'externat a été en augmentation pour 44 d'entre eux (51.1%), stable chez 25 (29.1%) et en baisse chez 17 (19.8%).

3.2.2 Drogues dures

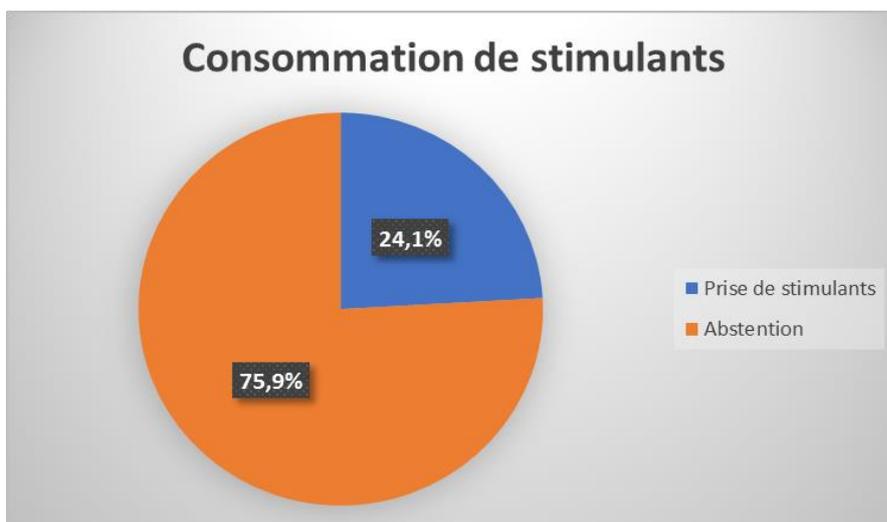
52 externes (9.6%) ont essayé durant leur externat des drogues dures, 487 (90.4%) non.



3.2.3 Consommation médicamenteuse

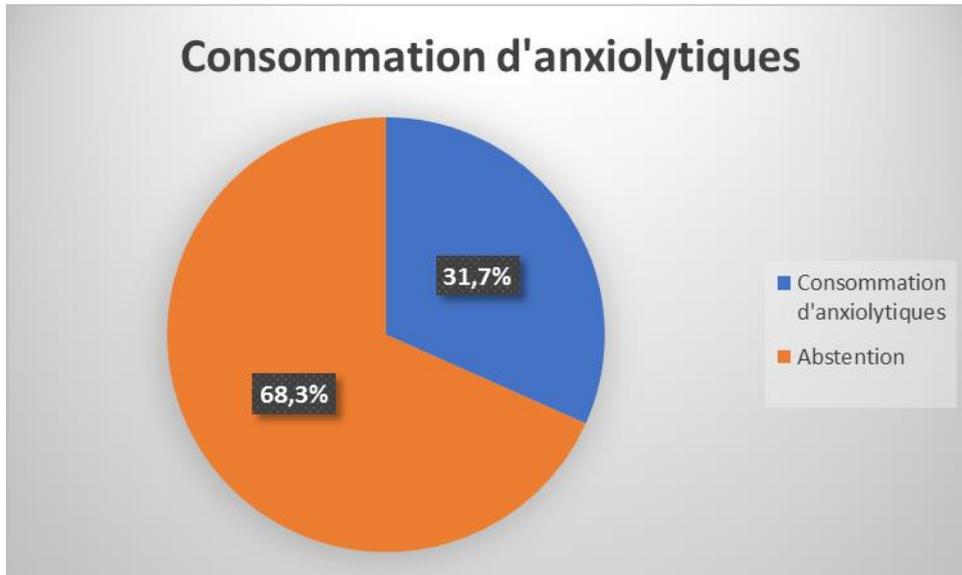
3.2.3.1 Stimulants des capacités physiques

130 externes (24.1%) ont pris au cours de leur externat des médicaments pour stimuler leurs capacités physiques, 409 (75.9%) non.



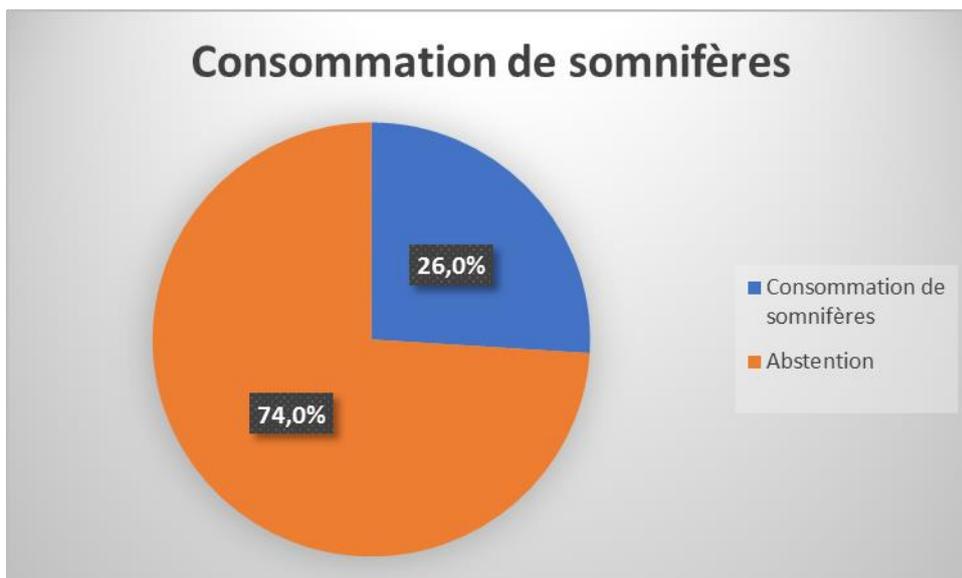
3.2.3.2 Anxiolytiques

171 externes (31.7%) ont pris au cours de leur externat des anxiolytiques, 368 (68.3%) non.



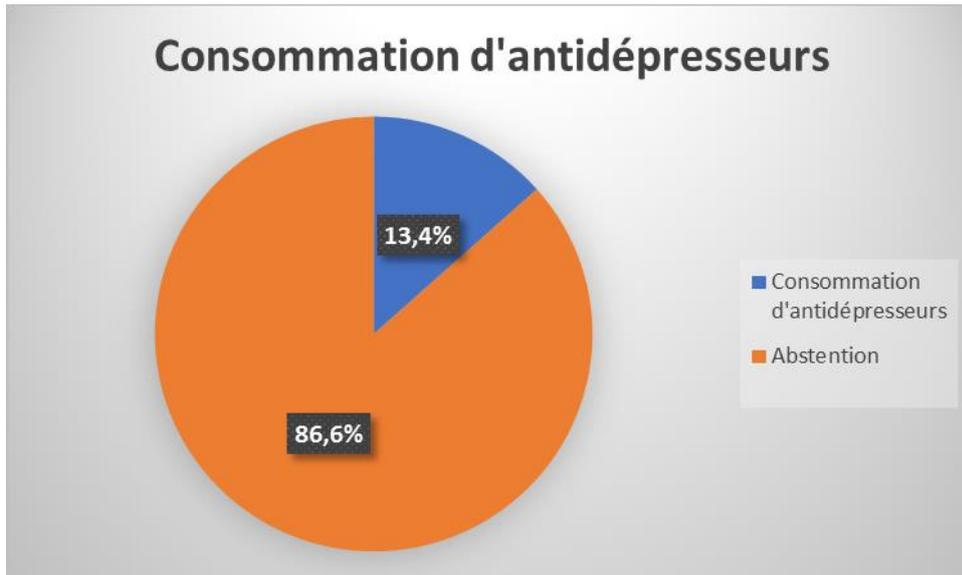
3.2.3.3 Somnifères

140 externes (26.0%) ont pris au cours de leur externat des somnifères, 399 (74.0%) non.



3.2.3.4 Antidépresseurs

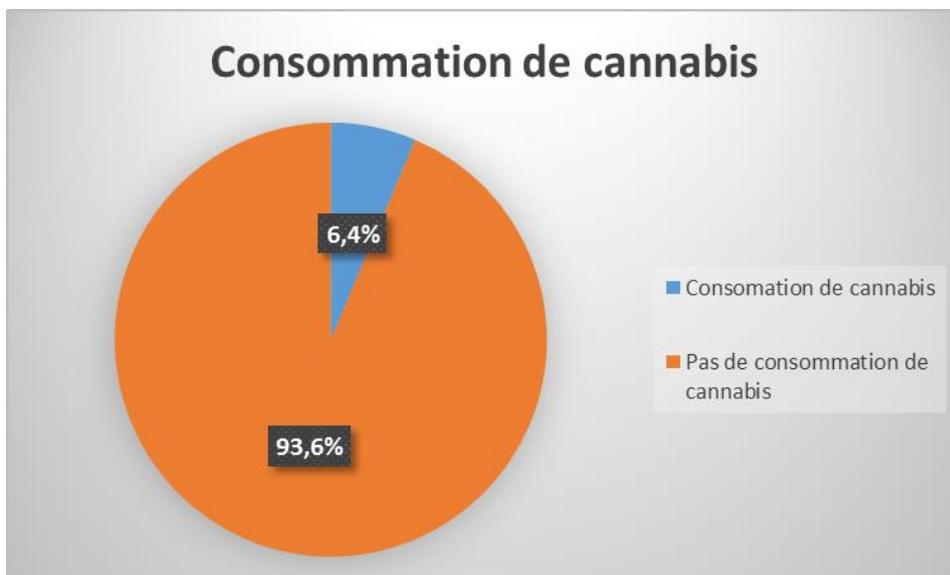
73 externes (13.4%) ont pris au cours de leur externat des antidépresseurs, 466 (86.6%) non.



3.2.4 Consommation de cannabis

34 externes (6.4%) consomment du cannabis.

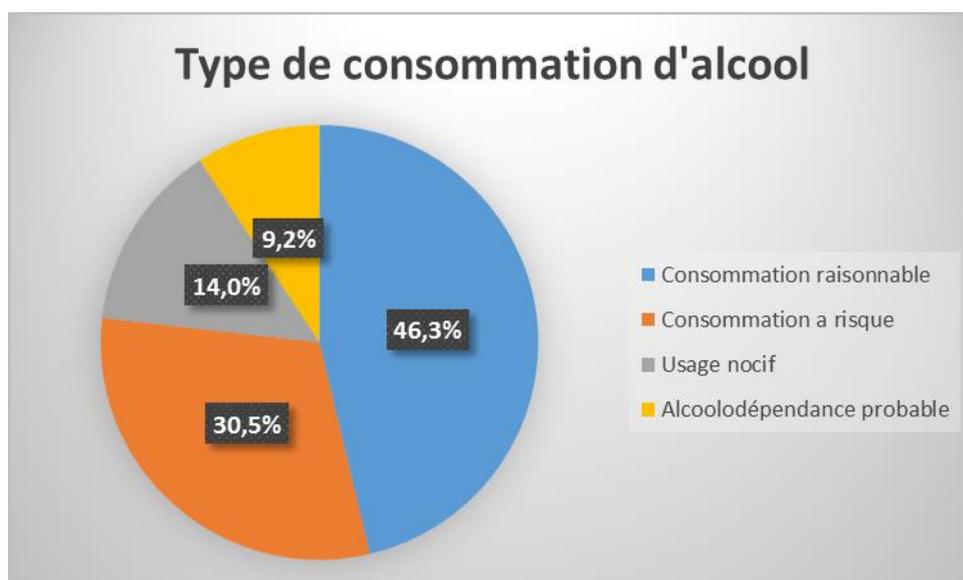
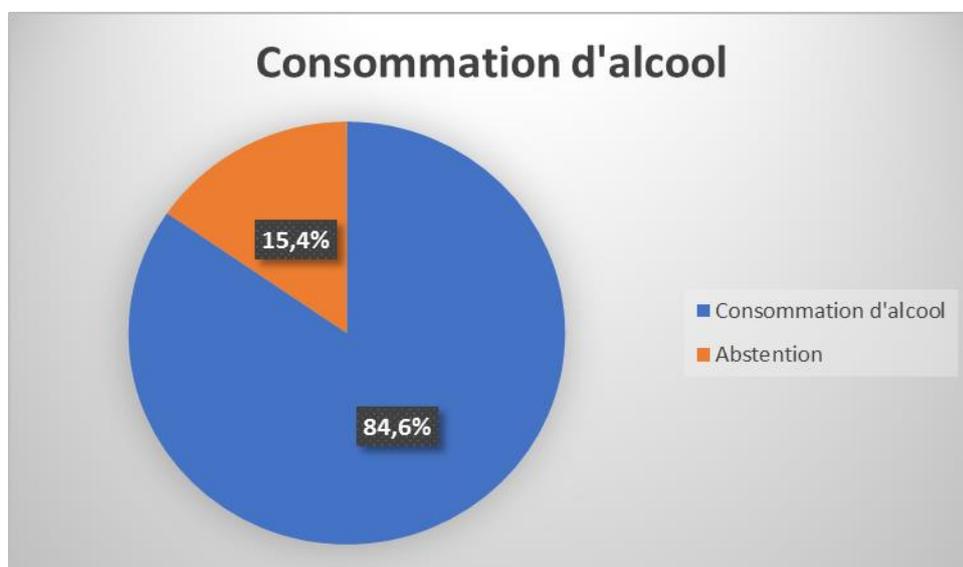
Parmi les consommateurs de cannabis, 24 (70.5%) ont une consommation inquiétante qui relèverait d'une prise en charge spécifique en addictologie (moyenne du questionnaire CAST : 0.17 (+/-0.75)).



3.2.5 Consommation d'alcool

456 externes (84.6%) consomment de l'alcool, 83 (15.4%) non.

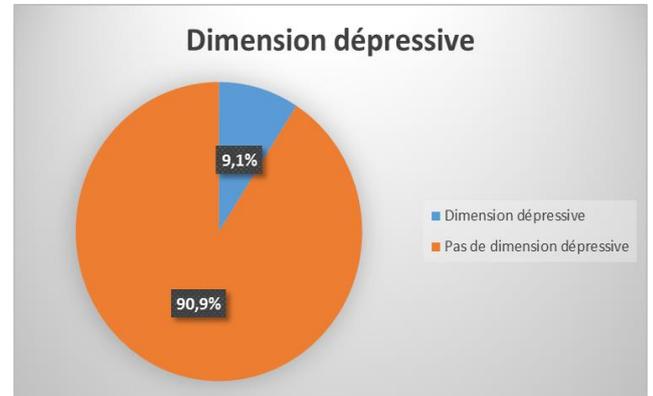
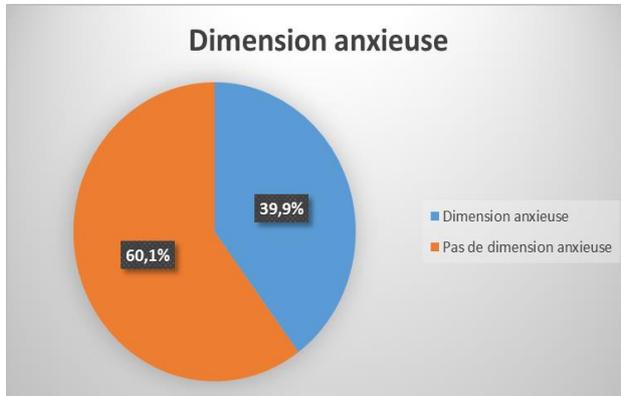
.Parmi les consommateurs d'alcool, 211 (46.3%) ont une consommation raisonnable, 139 (30.5%) une consommation a risque, 64 (14.0%) en font un usage nocif, et 42 (9.2%) ont probablement une alcoolodépendance. (Moyenne au questionnaire AUDIT : 5.02 (+/-4.81)).



3.3 Dépression et anxiété

215 externes (39.9%) ont une dimension anxieuse. (Moyenne au questionnaire HAD pour la composante anxieuse : 9,65(+/-4,1)).

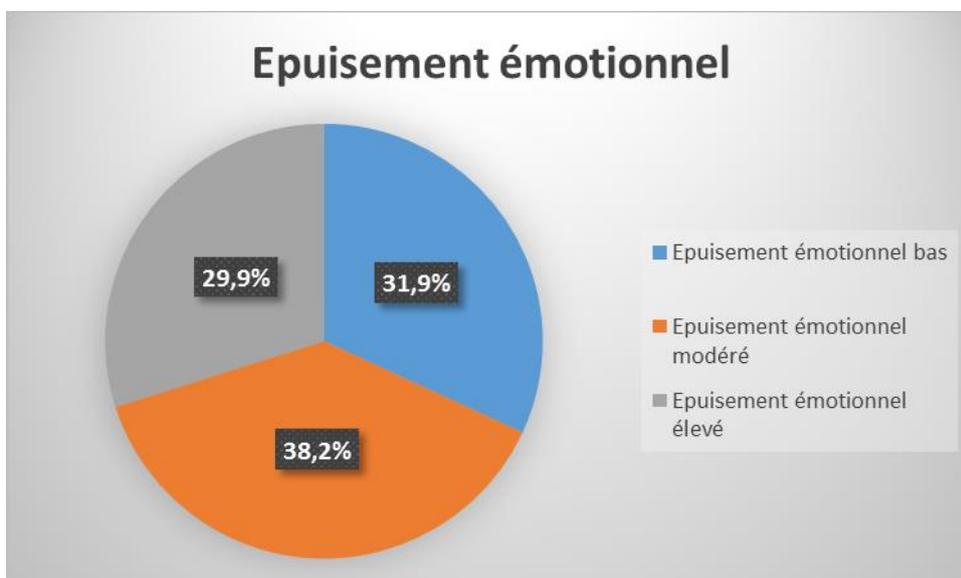
49 externes (9.1%) ont une dimension dépressive. (Moyenne au questionnaire HAD pour la composante dépressive : 5 ,54 (+/-3.63)).



3.4 Burn out

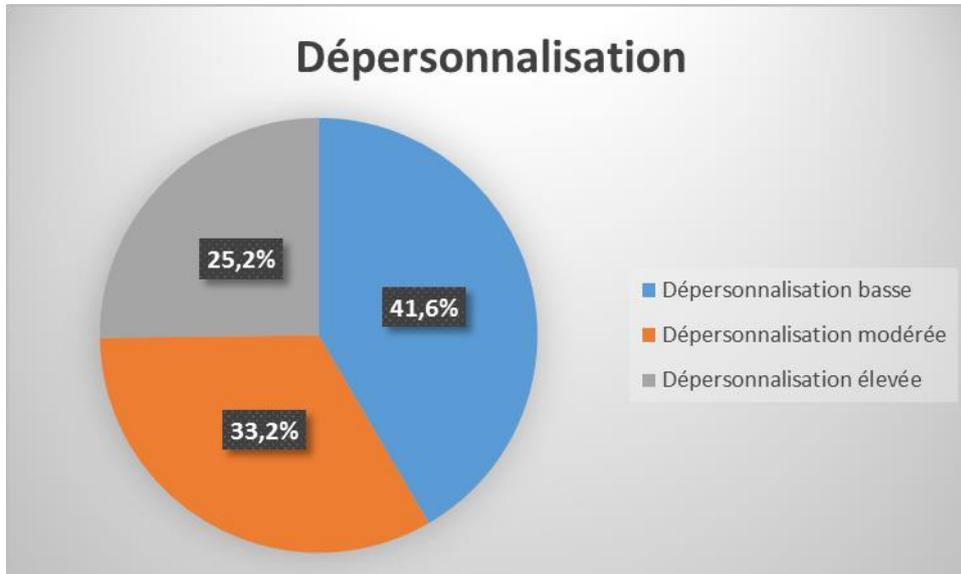
3.4.1 Epuisement émotionnel

172 externes (31.9%) sont en épuisement émotionnel bas, 206 (38.2%) en épuisement émotionnel modéré et 161 (29.9%) en épuisement émotionnel élevé. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension d'épuisement émotionnel : 23,66 (+/-10,97)).



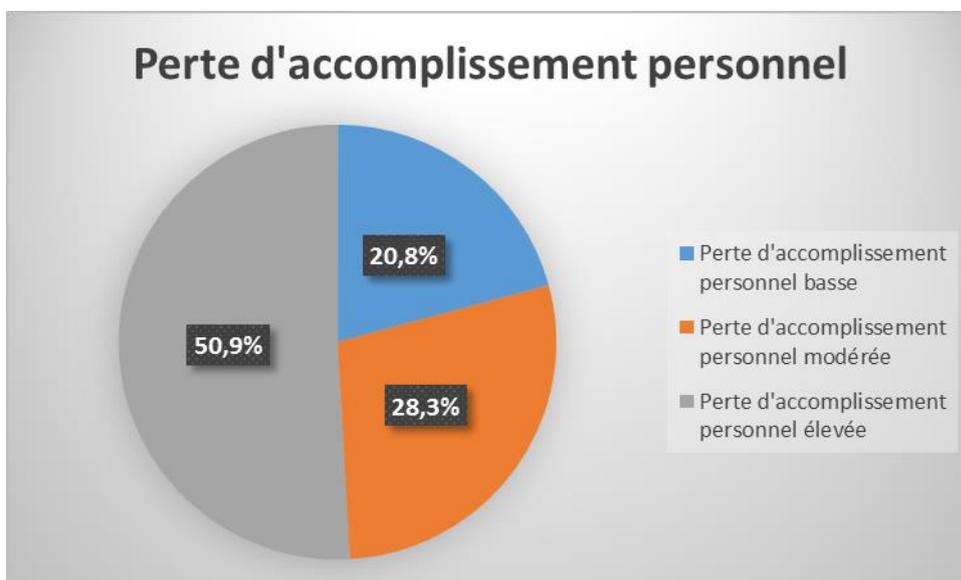
3.4.2 Dépersonnalisation

224 externes (41.6%) ont une dépersonnalisation basse, 179 (33.2%) une dépersonnalisation modérée et 136 (25.2%) une dépersonnalisation élevée. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension de dépersonnalisation: 7,99 (+/-5,9)).



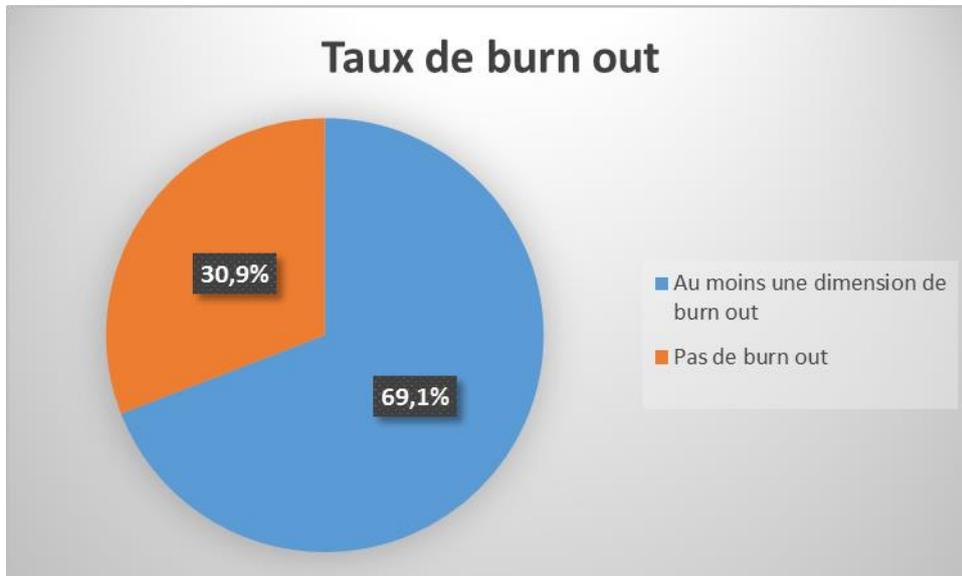
3.4.3 Perte d'accomplissement personnel

112 (20.8%) ont une perte d'accomplissement personnel basse, 152 (28.3%) une perte d'accomplissement personnel modérée et 275 externes (50.9%) ont une perte d'accomplissement personnel élevée. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension de perte d'accomplissement personnel: 32,46 (+/-8,13)).



3.4.4 Degrés de burn out

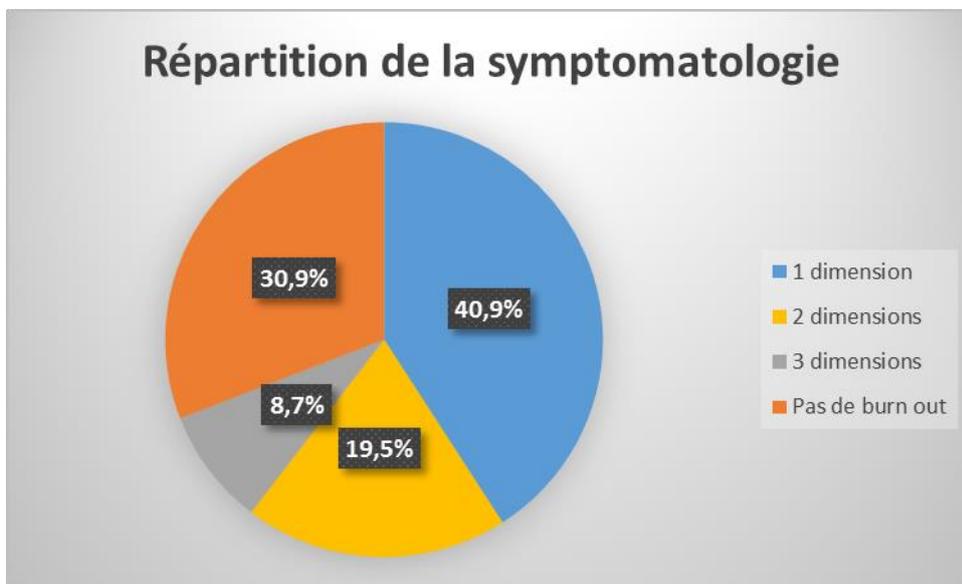
372 externes (69.1%) ont au moins une dimension de burn out, 167 (30.9%) n'ont pas de burn out.



→ 220 externes (40.9%) ont une dimension de burn out (burn out faible)

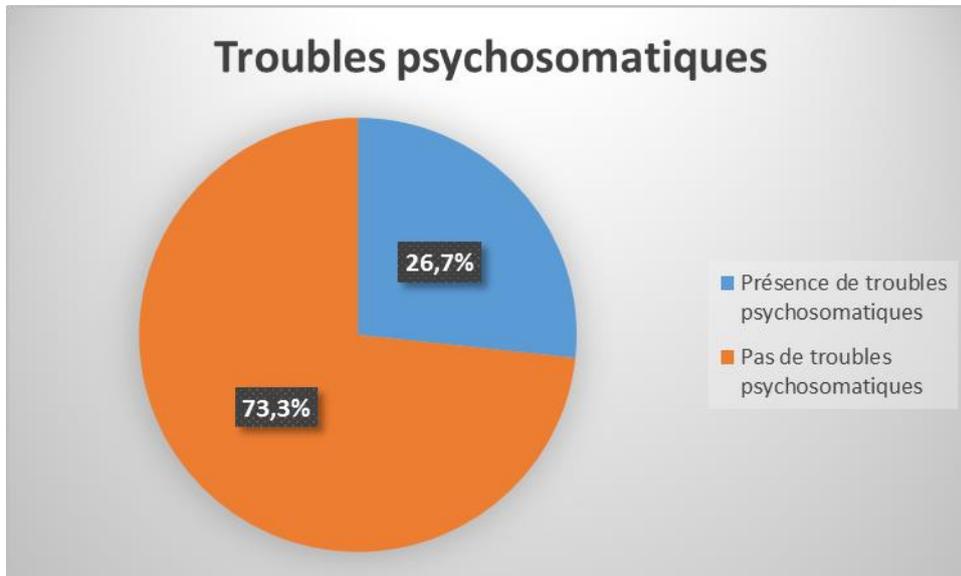
→ 105 externes (19.5%) ont deux dimensions de burn out (burn out moyen)

→ 47 externes (8.7%) ont trois dimensions de burn out (burn out sévère)



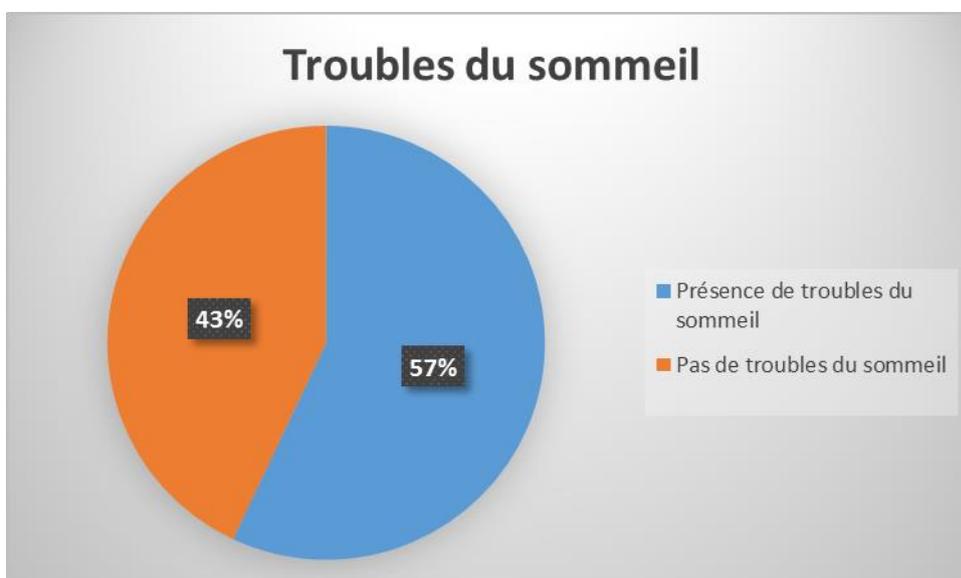
3.5 Symptômes psychosomatiques

144 externes (26.7%) ont des symptômes psychosomatiques, 395 (73.3%) n'en ont pas. (Moyenne au questionnaire SCL90 : 0.68 (+/-0.51)).



3.6 Troubles du sommeil

307 externes (57.0%) ont un trouble du sommeil, 232 (43.0%) n'en ont pas. (Moyenne au questionnaire de FORD : 18,77 (+/-7,73)).



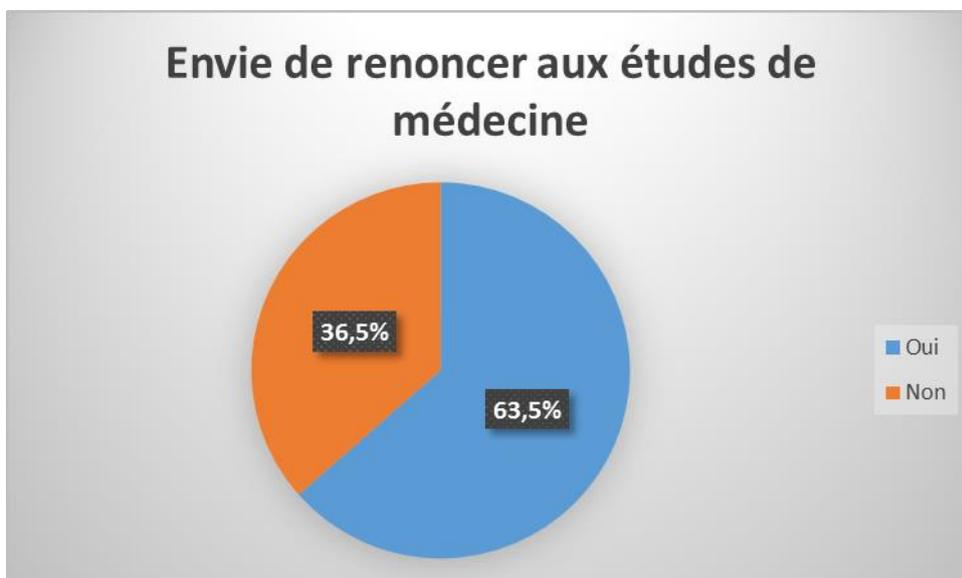
3.7 Qualité de vie

189 externes (35.1%) estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 350 (64.9%) estiment à l'inverse avoir une bonne qualité de vie. (Moyenne au questionnaire SWLS : 21,62 (+/-7.2)).



3.8 Renoncement et suicide

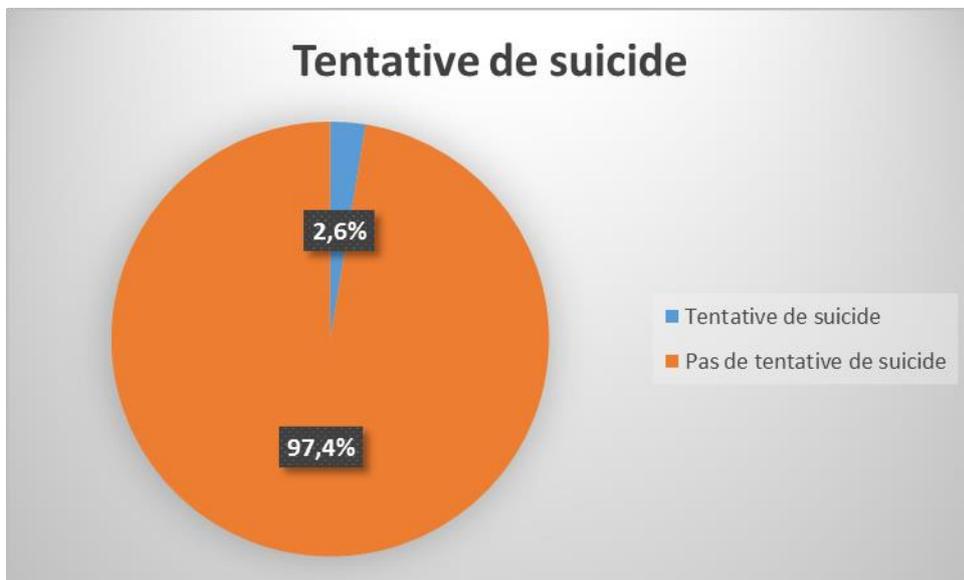
.342 externes (63.5%) ont déjà pensé à renoncer à leurs études.



.116 externes (21.5%) ont déjà pensé à se suicider.



.14 externes (2.6%) ont déjà fait une tentative de suicide.



4. Facteurs associés

Compte tenu de la grande diversité des données, la recherche de facteurs associés (aussi bien à Tours qu'à Paris) a dû être limitée aux thèmes les plus fréquemment étudiés dans la littérature, permettant ainsi leur comparabilité.

A) Analyse univariée

Les données statistiques relatives aux facteurs associés univariés à Tours sont détaillées dans les tableaux 7 à 19 (Les tableaux 16, 17, 18 et 19 correspondent aux thèmes non abordés).

Pour chaque thème, la population des externes de Tours a été séparée en deux groupes grâce aux seuils des questionnaires et questions simples. Ces deux groupes ont été ensuite comparés à tous les autres thèmes pour obtenir les facteurs associés univariés.

Les variables qualitatives (seuils aux questionnaires) sont comparées par leurs fréquences, et les variables quantitatives (moyennes aux questionnaires) sont comparées par leurs moyennes pondérées par leur écart-type. Les corrélations sont interprétées par leur degré de significativité, p . Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

1. Anxiété (Tableau 7)

Il existe une corrélation significative entre l'anxiété et être de sexe féminin, avoir le sentiment d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine, et ne pas être satisfait du stage hospitalier.

Elle est également significativement associée avec le faible niveau d'études du père, peu ou pas voir ses amis/famille, peu ou pas sortir au cinéma/théâtre/musées/expos, et faire peu ou pas de sport.

Il existe aussi une association significative avec la prise ou la perte de poids durant l'externat, ne pas être satisfait de sa qualité de vie, avoir une dimension dépressive, avoir des idées suicidaires, avoir eu envie de renoncer à ses études de médecine, avoir des troubles du sommeil, présenter des troubles psychosomatiques, avoir une dépersonnalisation élevée et un épuisement émotionnel élevé.

Enfin, elle est associée significativement avec la prise d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de stimulants et de somnifères.

2. Dépression (Tableau 8)

Il existe une corrélation significative entre la dimension dépressive et ne pas être satisfait de son stage hospitalier, et avoir le sentiment d'être éloigné de ses proches à cause des études de médecine.

La dépression est également significativement associée avec le faible niveau d'études du père, sortir peu ou jamais au cinéma/théâtre/musée/expos ou au restaurant/bar/café, voir peu ou jamais sa famille/amis, et faire peu ou pas de sport.

Il existe aussi une association significative avec la prise de poids durant son externat, avoir des idées suicidaires, avoir eu envie de renoncer aux études médicales, souffrir de troubles psychosomatiques, estimer avoir une mauvaise qualité de vie, être anxieux, avoir une dépersonnalisation élevée, une perte d'accomplissement personnel élevée et épuisement émotionnel élevé.

Enfin elle est aussi associée significativement avec la prise d'anxiolytiques, d'antidépresseurs, de stimulants et de somnifères.

3. Burn out

3.1 Epuisement émotionnel élevé (Tableau 9)

Il a été établi une corrélation significative entre épuisement émotionnel élevé et ne pas être satisfait de son stage hospitalier, et avoir le sentiment d'être éloigné de ses proches à cause de la médecine.

Il existe une corrélation significative également avec le fait de voir peu ou pas sa famille/amis, faire peu de sport, et avoir perdu ou pris du poids au cours de l'externat.

Il y a aussi une association avec le fait d'avoir des idées suicidaires et avoir déjà fait une tentative de suicide, avoir eu envie de renoncer aux études médicales, souffrir de troubles psychosomatiques et de troubles du sommeil, estimer avoir une mauvaise qualité de vie, être anxieux et avoir une dimension dépressive, et avoir une dépersonnalisation élevée et une perte d'accomplissement personnel élevée.

Enfin, l'épuisement émotionnel élevé est aussi associé significativement avec la prise de somnifères, d'antidépresseurs et d'anxiolytiques.

3.2 Dépersonnalisation élevée (Tableau 10)

Il existe une corrélation significative entre avoir une dépersonnalisation élevée et être de sexe masculin, avoir une mauvaise opinion de son stage hospitalier, et avoir le sentiment d'être éloigné de ses proches par la médecine.

Elle est aussi associée significativement avec le fait de voir peu ou jamais sa famille/amis, avoir perdu ou pris du poids au cours de l'externat, avoir des idées suicidaires, avoir eu envie de renoncer aux études de médecine, estimer avoir une mauvaise qualité de vie, être anxieux, avoir une dimension dépressive, et la dimension d'épuisement émotionnel élevé.

Enfin il existe une association significative avec la prise de drogues dures, la consommation à risque d'alcool, et la prise des stimulants.

3.3 Perte d'accomplissement personnel élevée (Tableau 11)

Il existe une corrélation significative entre la perte d'accomplissement personnel élevée et être en DFASM2, avoir une mauvaise opinion de son stage hospitalier, ainsi qu'avoir le sentiment d'être éloigné de ses proches par la médecine.

De plus, une association significative existe avec le fait de voir peu sa famille/amis et sortir peu au bar/restaurant/café, avoir eu envie d'arrêter les études médicales, souffrir de troubles psychosomatiques, estimer avoir une mauvaise qualité de vie, avoir une dimension dépressive, la dimension d'épuisement émotionnel élevé, et prendre des anxiolytiques.

4. Qualité de vie (tableau 12)

Une corrélation significative a été établie entre estimer avoir une mauvaise qualité de vie et avoir une mauvaise opinion du stage hospitalier, et avoir le sentiment d'avoir été éloigné des proches par la médecine.

Une association significative existe aussi avec le niveau d'études des parents (plus le niveau d'études parental est faible, plus la satisfaction de vie est basse), avoir un faible soutien de son entourage, sortir peu ou pas au restaurant/bar/café ou cinéma/théâtre musée/expositions, voir peu ou pas ses amis/famille et faire peu ou pas de sport.

La mauvaise qualité de vie est aussi significativement associée avec le fait d'avoir pris du poids durant son externat, être fumeur avec une consommation en augmentation, avoir des idées suicidaires, avoir eu envie de renoncer aux études médicales, ressentir des troubles psychosomatiques, être anxieux, présenter une dimension dépressive, avoir une dépersonnalisation élevée, une perte d'accomplissement personnel élevée et un épuisement émotionnel élevé.

Enfin il y a une corrélation significative avec la prise d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs.

5. Envie de renoncer aux études de médecine (tableau 13)

Une corrélation significative a été établie entre avoir l'envie de renoncer aux études de médecine et avoir une mauvaise opinion du stage hospitalier, ainsi qu'avoir le sentiment d'avoir été éloigné des proches à cause de la médecine.

Une association significative existe aussi avec le fait de sortir peu au restaurant/bar/café, avoir pris ou perdu du poids au cours de l'externat, avoir eu des idées suicidaires, avoir des symptômes psychosomatiques, avoir des troubles du sommeil, estimer avoir une mauvaise qualité de vie, être anxieux, présenter une dimension dépressive, et avoir un épuisement émotionnel élevé, une perte d'accomplissement élevée et une dépersonnalisation élevée.

Enfin l'envie de renoncer aux études de médecine est aussi significativement associée à une consommation de tabac en augmentation pour les fumeurs, la prise d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs.

6. Idées suicidaires (Tableau 14)

Il existe un lien significatif entre avoir des idées suicidaires et avoir une mauvaise opinion du stage hospitalier, être en DFASM3, et ne pas avoir le soutien de son entourage.

Une corrélation significative existe aussi avec la prise de poids au cours de l'externat, avoir déjà fait une tentative de suicide, avoir envie de renoncer aux études de médecine, présenter de troubles psychosomatiques, avoir des troubles du sommeil, avoir le sentiment d'avoir une mauvaise qualité de vie, être anxieux et avoir une dimension dépressive, avoir un épuisement émotionnel élevé et une dépersonnalisation élevée.

Enfin les idées suicidaires sont associées significativement avec le fait d'être fumeur, et la prise d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs.

7. Tentative de suicide (Tableau 15)

Il existe un lien significatif entre avoir fait une tentative de suicide et avoir une mauvaise opinion du stage hospitalier, voir peu ses amis/famille, avoir des tentations suicidaires, avoir des symptômes psychosomatiques, souffrir d'épuisement émotionnel élevé, et prendre des anxiolytiques et des antidépresseurs.

8. Tableau récapitulatif des facteurs associés univariés

	Socio-démographique	Loisirs	Éléments de vie	Pathologies	Médicaments
	Promotion plus avancée				
	Sexe masculin				
	Sexe féminin				
	Bas niveau d'études de la mère				
	Bas niveau d'études du père				
	Visites amis/famille moins fréquentes				
	Sorties culturelles moins fréquentes				
	Sorties au restaurant/bar/café moins fréquentes				
	Activités physiques peu fréquentes				
	Faible satisfaction du stage actuel				
	Sensation d'éloignement des proches				
	Mauvaise qualité de vie				
	Envie de renoncer à médecine				
	Faible soutien de l'entourage				
	Anxiété				
	Dimension dépressive				
	Épuisement émotionnel élevé				
	Dépersonnalisation élevée				
	Perte d'accomplissement personnel élevée				
	Troubles psychosomatiques				
	Troubles du sommeil				
	Consommation tabagique				
	Augmentation consommation tabagique depuis externat				
	Consommation a risque d'alcool (AUDIT>ou=5)				
	Prise de drogues dures				
	Prise de poids				
	Perte de poids durant l'externat				
	Tentation suicidaire				
	Tentatives de suicide				
	Prise d'anxiolytiques				
	Prise d'antidépresseurs				
	Prise de somnifères				
	Prise de stimulants				

B) Analyse multivariée

Les données statistiques relatives aux facteurs associés multivariés à Tours sont détaillées dans les tableaux 20 à 32 (Les tableaux 29, 30,31 et 32 correspondent aux thèmes non abordés).

Afin de déterminer les facteurs associés liés aux différents évènements, une analyse statistique multivariée par régression logistique a été réalisée, permettant d'obtenir des Odds Ratio (OR) et intervalles de confiance. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de significativité (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$).

L'OR est significatif quand la valeur 1 n'est pas comprise dans l'intervalle de confiance. Plus l'OR est éloigné de 1, plus l'OR est puissant.

La formulation des phrases a été choisie pour fluidifier la lecture ;

Exemple : Dans le thème « Anxiété », être un homme est associé à un OR de 0.32 [IC 0.2-0.49], ce qui signifie que les hommes ont environ 3 fois moins de chance d'être anxieux que les femmes, ou inversement, que les femmes ont environ 3 fois plus de chance que les hommes d'être anxieuses.

De plus, les données ont été classées en fonction de la puissance de l'OR, dans un ordre décroissant.

1. Anxiété (Tableau 20)

Les externes de Tours sont d'autant plus anxieux que ce sont des **femmes** (OR 0.32, IC [0.2-0.49]), qu'elles ont **perdu ou pris du poids** (OR 0.36, IC [0.21-0.62]) au cours de l'externat, qu'elles pratiquent **peu d'activité physique** (OR 0.41, IC [0.20-0.85]), qu'elles ont l'impression d'avoir été **éloignées de leurs proches par la médecine** (OR 1.64, IC [1.36-1.99]) et que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.77, IC [0.62-0.94]).

2. Dépression (Tableau 21)

Les externes de Tours présentent une composante dépressive d'autant plus élevée qu'ils sortent **peu au cinéma/théâtre/musée/expos** (OR 0.20, IC [0.08-0.49]) et **voient peu leurs amis/famille** (OR 0.01, IC [0.00-0.26]), qu'ils sont en **DFASM1** (OR 0.36, IC [0.13-0.95]), qu'ils **fument** (OR 2.93, IC [1.16-7.24]), qu'ils ont l'impression d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine**(OR 2.19, IC [1.42-3.62]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.62, IC [0.43-0.89]) et qu'ils sont **âgés** (OR 1.19, IC [1.04-1.38]).

3. Burn out

3.1 Epuisement émotionnel élevé (Tableau 22)

Les externes de Tours présentent un épuisement émotionnel d'autant plus élevé qu'ils ont **pris du poids** au cours de leur externat (OR 1.90, IC [1.03-3.59]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR 1.43, IC [1.18-1.75]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.62, [IC 0.50-0.76]) et que ce sont des **femmes** (OR 0.64, IC [0.41-0.98]).

3.2 Dépersonnalisation élevée (Tableau 23)

Les externes de Tours présentent une dépersonnalisation d'autant plus élevée que ce sont des **hommes** (OR 2.80, IC 1.85-4.27), qu'ils ont **perdu ou pris du poids** au cours de leur externat (OR 0.57, IC [0.32-1.00]) et que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.69, IC [0.55-0.85]).

3.3 Perte d'accomplissement personnel élevée (Tableau 24)

Les externes de Tours présentent une perte d'accomplissement personnel d'autant plus élevée qu'ils ont une **mauvaise opinion de leur stage hospitalier** (OR 1.66, IC [1.37-2.04]), qu'ils sont en **DFASM2** (OR 0.59, IC [0.38-0.92]) et qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR 0.85, IC [0.73-1.00]).

4. Qualité de vie (Tableau 25)

Les externes de Tours ont une qualité de vie d'autant plus mauvaise qu'ils ont **pris du poids** au cours de leur externat (OR 0.4, IC [0.21-0.74]), qu'ils **fument** (OR 0.49, IC [0.29-0.85]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 1.43, IC [1.16-1.77]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR 0.65, IC [0.54-0.79]) et qu'ils sont **âgés** (OR 0.80, IC [0.69-0.92]).

5. Envie de renoncer aux études de médecine (Tableau 26)

Les externes de Tours ont d'autant plus envie de renoncer aux études de médecine qu'ils sont en **DFAMS1** (OR 0.38, IC [0.20-0.71]), qu'ils sont **âgés** (OR 1.62, IC [1.32-2.01]) et que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.65, IC [0.52-0.80]).

6. Idées suicidaires (Tableau 27)

Les externes de Tours présentent d'autant plus de tentation suicidaire qu'ils sont en **DFASM3** (OR 2.81, IC [1.65-4.90]), qu'ils **fument** (OR 1.88, IC [1.09-3.21]) et que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.67, IC [0.54-0.84]).

7. Tentative de suicide (Tableau 28)

Les externes de Tours ont d'autant plus essayé de se suicider que leur **satisfaction en stage est basse** (OR 0.55, IC [0.32-0.94]).

B) A Paris 7-Diderot

1. Taux de réponse

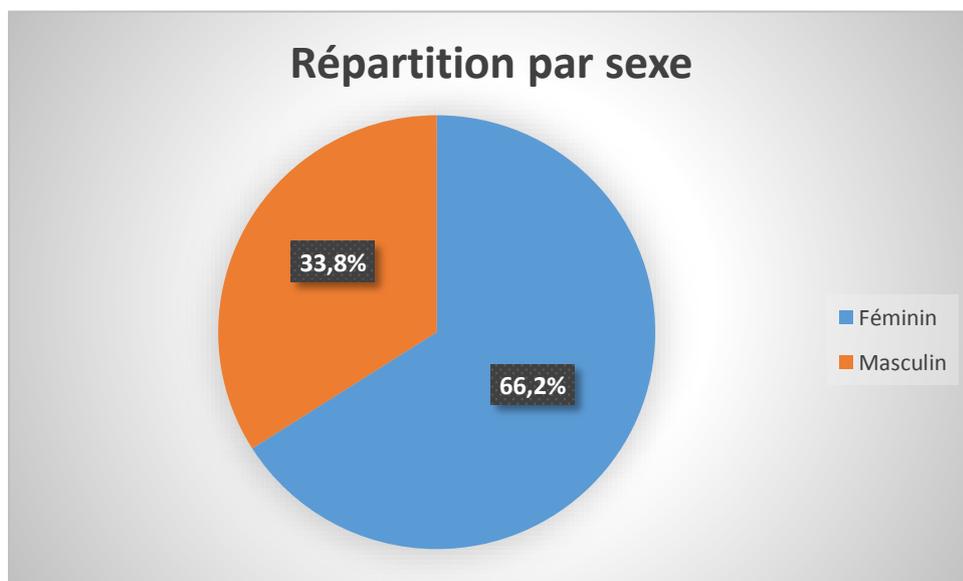
Sur l'année universitaire 2015-2016, 1143 externes étaient inscrits à l'université Paris7-Diderot. 497 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 43,4%.

2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon de Paris-Diderot sont résumées dans les tableaux 4 et 5.

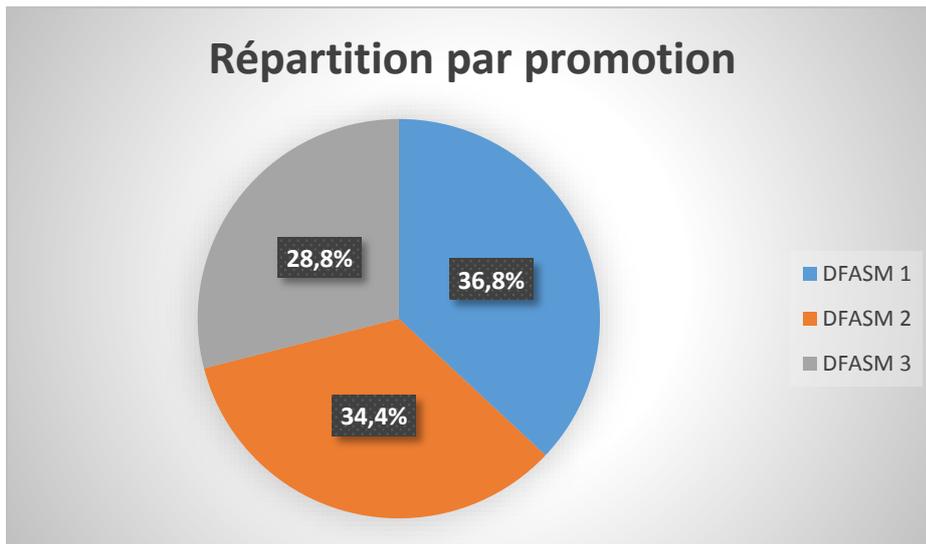
2.1 Sexe, âge et promotion

L'échantillon est constitué de 329 femmes (66,2%) et 168 hommes (33,8%).



-L'âge moyen est de 23,01 ans.

183 étudiants (36,8%) sont en DFASM1, 171 (34,4%) en DFASM2 et 143(28,8%) en DFASM3.



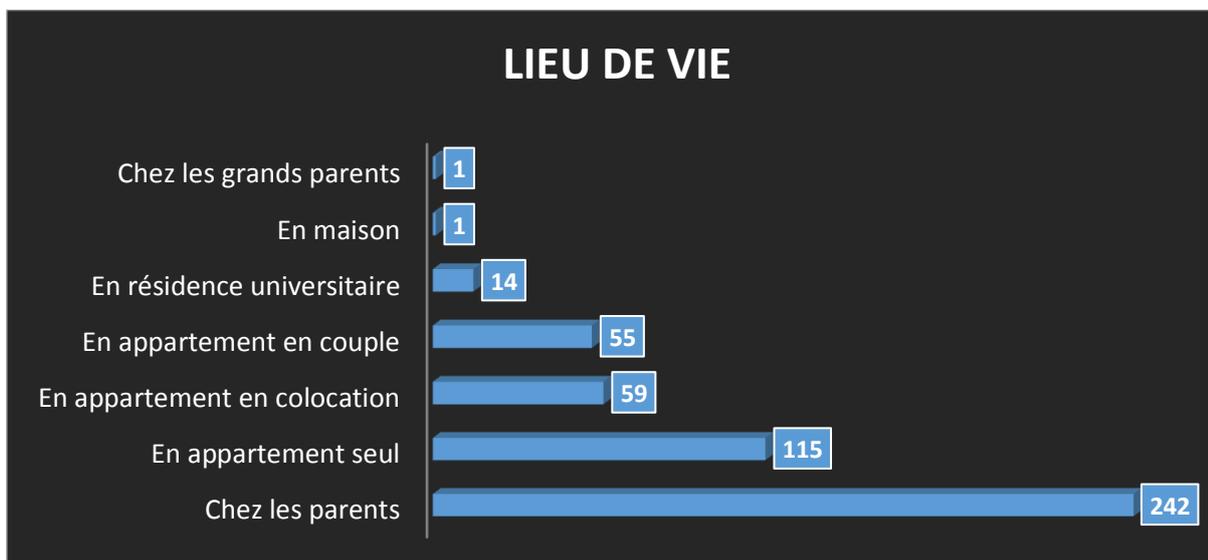
2.2 Mode de vie

2.2.1 Parentalité

496 étudiants (100%) n'ont aucun enfant.

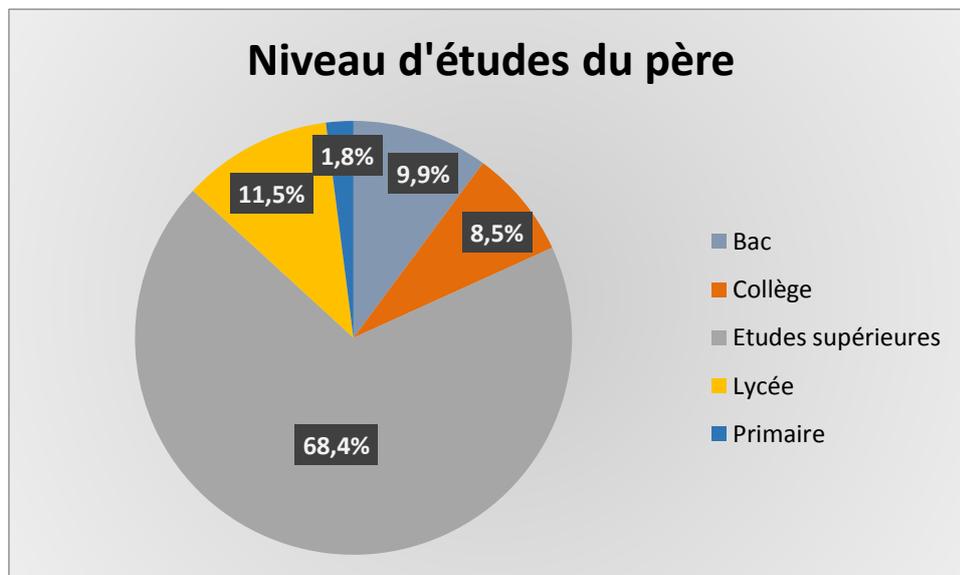
2.2.2 Lieu de vie

242 étudiants (48,7%) vivent chez leurs parents, 115 (23,1%) vivent seul dans un appartement, 59 (11,9%) dans un appartement en colocation, 55 (11,1%) dans un appartement en couple, 14 (2,8%) vivent en résidence universitaire, 1 (0,2%) a sa propre maison et 1 (0,2%) vit chez ses grands-parents.

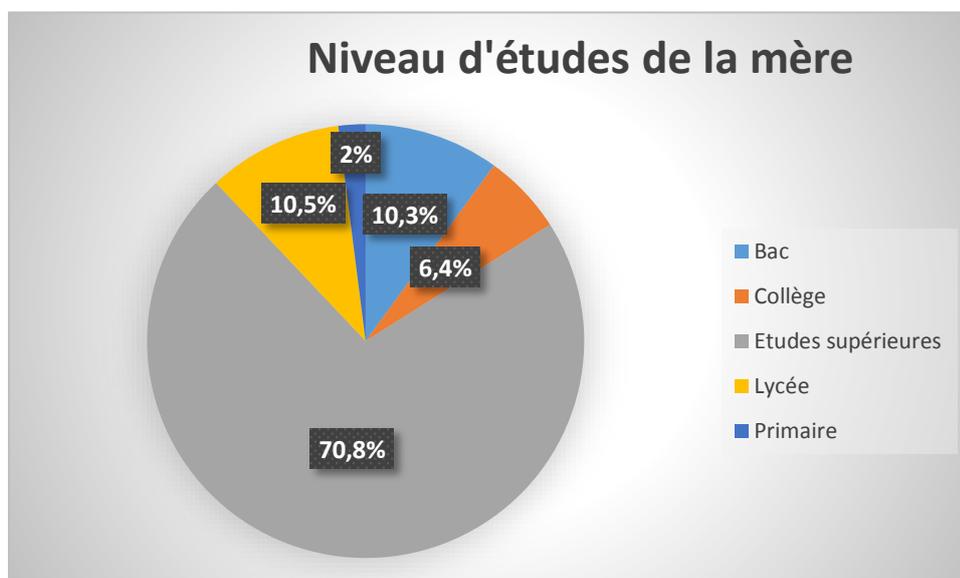


2.2.3 Niveau d'études des parents

Le père a un niveau d'études supérieures pour 340 étudiants (68,4%), niveau bac pour 49 étudiants (9,9%), niveau lycée pour 57 étudiants (11,5%), niveau collège pour 42 étudiants (8,5%) et niveau primaire pour 9 étudiants (1,8%).

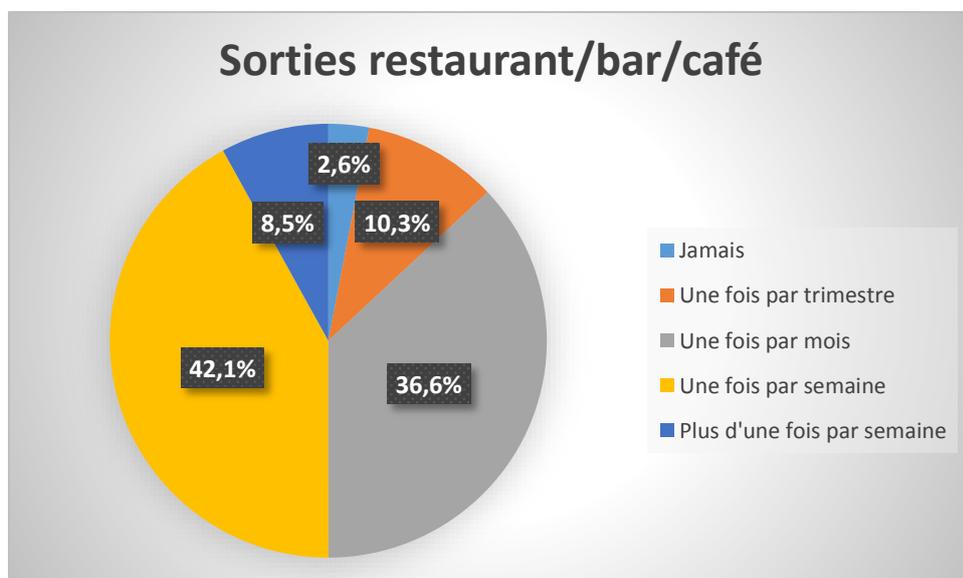


La mère a un niveau d'études supérieures pour 352 étudiants (70,8%), niveau bac pour 51 étudiants (10,3%), niveau lycée pour 52 étudiants (10,5%), niveau collège pour 32 étudiants (6,4%), niveau primaire pour 10 étudiants (2,0%).

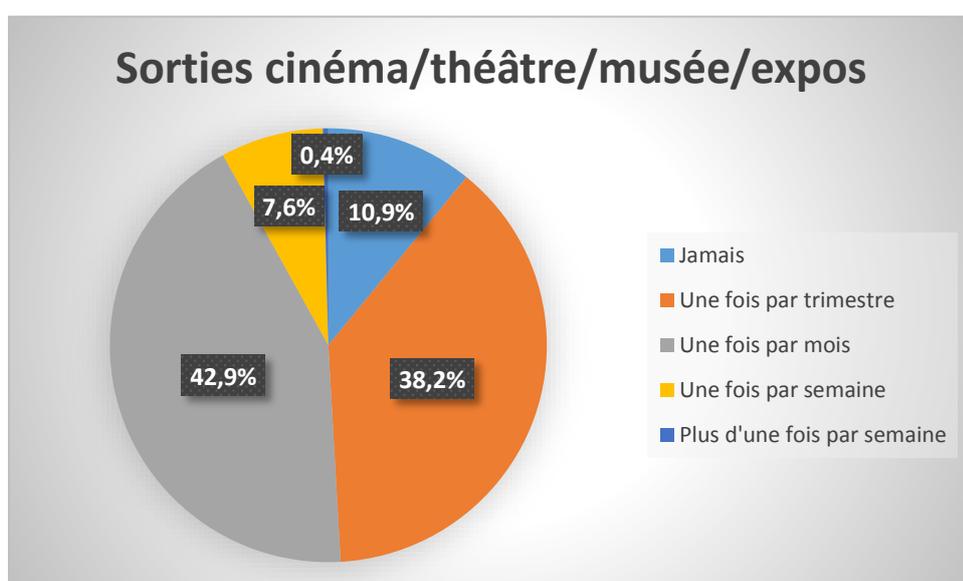


2.2.4 Pratique des loisirs

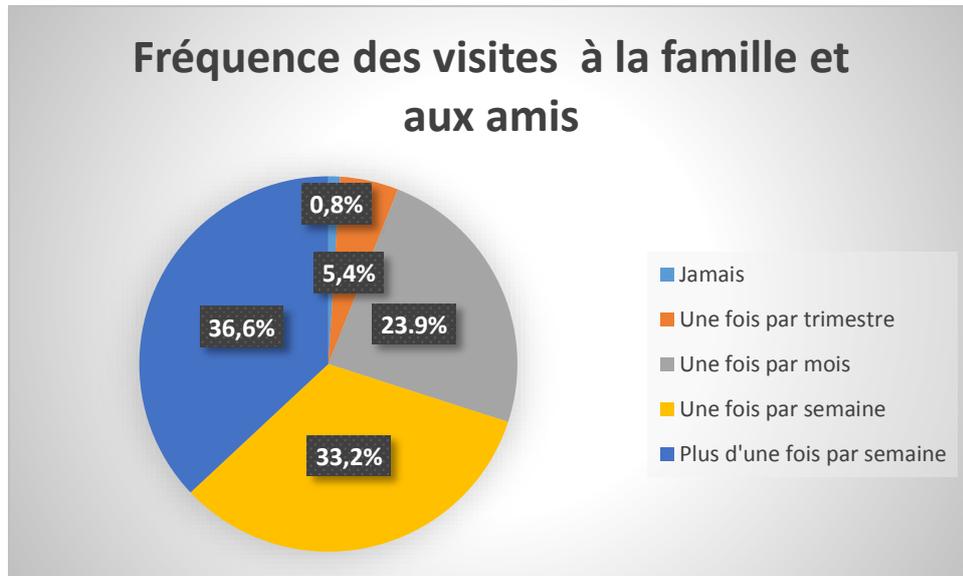
Concernant les sorties au restaurant/bar/café : 209 étudiants (42,1%) sortent une fois par semaine, 182 (36,6%) une fois par mois, 51 (10,3%) une fois par trimestre, 42 (8,5%) plus d'une fois par semaine et 13 (2,6%) jamais.



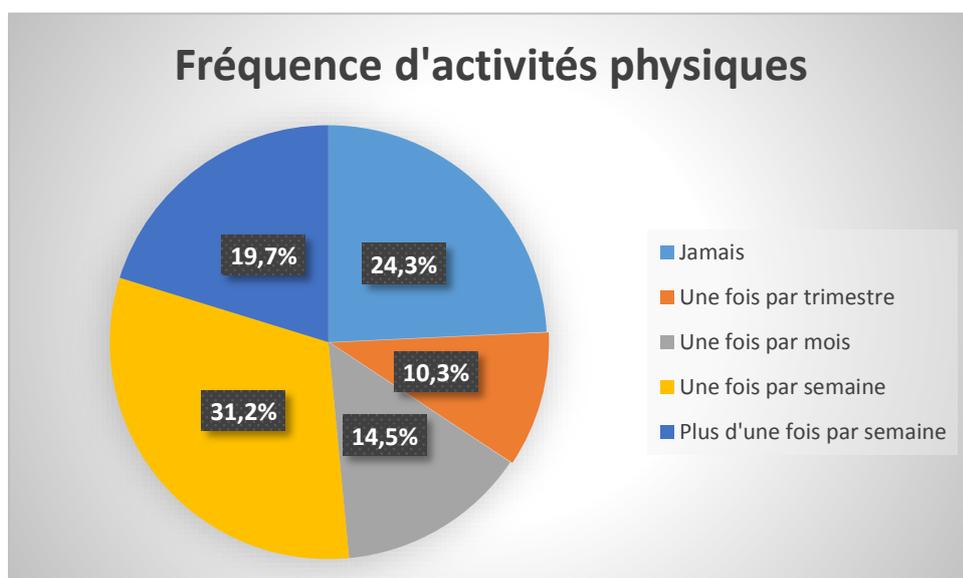
Concernant les sorties au cinéma/théâtre/musée/exposition : 213 étudiants (42,9%) sortent une fois par mois, 190 (38,2%) une fois par trimestre, 54 (10,9%) jamais, 38 (7,6%) une fois par semaine et 2 plus d'une fois par semaine (0,4%).



Concernant la fréquence de visite à la famille et aux amis : 182 (36,6%) rendent visite à leur famille et leurs amis plus d'une fois par semaine, 165 (33,2%) une fois par semaine, 119 (23,9%) une fois par mois, 27 (5,4%) une fois par trimestre et 4 (0,8%) jamais.



Concernant la fréquence des activités physiques : 155 (31,2%) pratiquent une activité physique une fois par semaine, 121 (24,3%) jamais, 98 (19,7%) plus d'une fois par semaine, 72 (14,5%) une fois par mois et 51 (10,3%) une fois par trimestre.



2.2.5 Environnement

Les étudiants interrogés semblent moyennement satisfaits de leur stage hospitalier au moment du sondage ; 5 niveaux de réponse étaient proposés, 1 « pas du tout satisfait », 2 « plutôt insatisfait », 3 « moyennement satisfait », 4 « plutôt satisfait » et 5 « très satisfait ». La moyenne des réponses est de 3,33 (+/- 1).

Les étudiants sondés ont répondu que la médecine les avait éloignés de leur proches ; à la question « la médecine vous a-t-elle éloigné de vos proches », 5 niveaux de réponse étaient proposés ; 1 : « pas du tout d'accord », 2 : « plutôt pas d'accord », 3 : « moyennement d'accord », 4 : « d'accord » et 5 : « tout à fait d'accord ». La moyenne des réponses est de 3,82 (+/-1,15).

483 (97,2%) étudiants ont le soutien de leur entourage dans leur cursus, contre 14 (2,8%) qui ne l'ont pas.

3. Les résultats spécifiques à la santé des externes

Les résultats spécifiques à la santé des externes de Paris7-Diderot sont résumés dans le tableau 6.

3.1 Evolution du poids au cours de l'externat

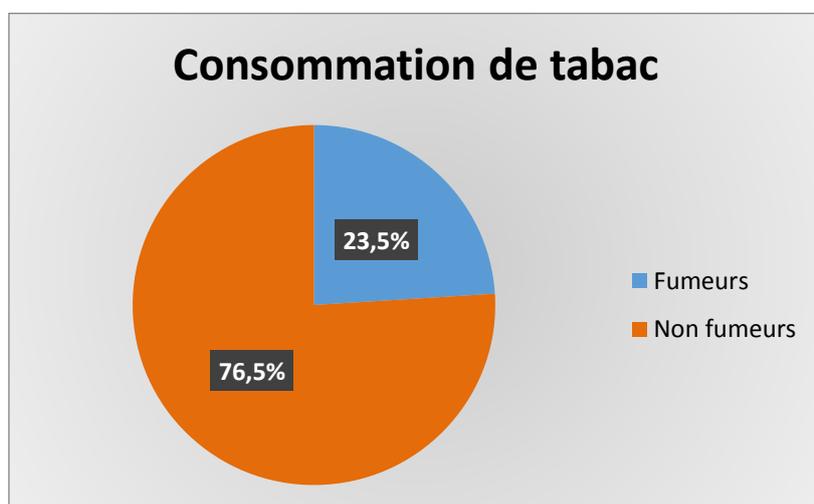
252 étudiants (50,7%) ont eu un poids stable ou une prise de moins de 2kg, 177 (35,6%) ont pris plus de 2kg et 68 (13,7%) ont perdu plus de 2kg.



3.2 Consommation de toxiques

3.2.1 Tabac

380 externes (76,5%) sont non-fumeurs, 117 (23,5%) fument.

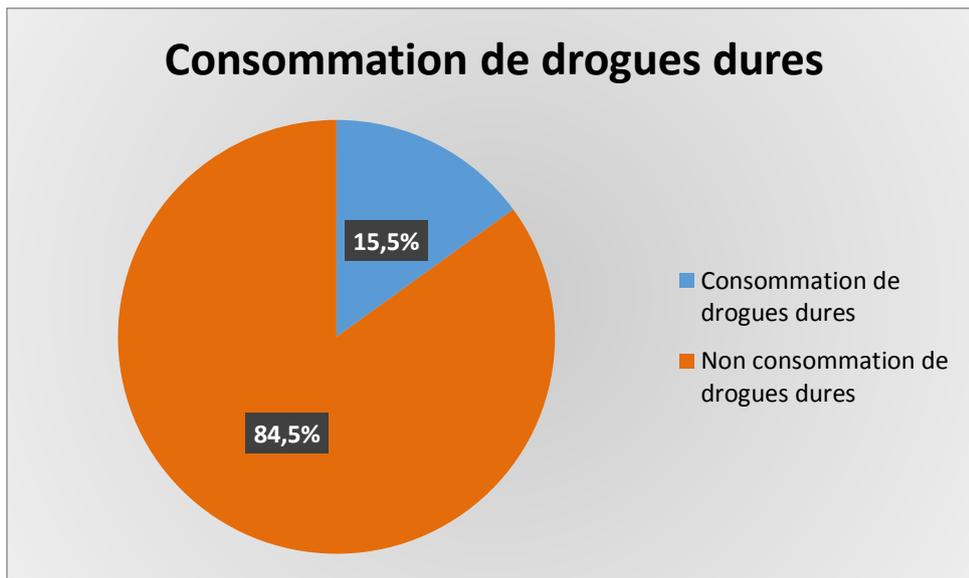


Parmi les 117 fumeurs, 75 (64,1%) fument depuis plus de 4 ans, 19 (16,2%) depuis 3 à 4 ans, 12 (10,3%) depuis 2 à 3 ans, 6 (5,1%) depuis 1 à 2 ans, et 5 (4,3%) depuis moins d'1 an.

Leur consommation de tabac depuis le début de l'externat est en augmentation pour 65 d'entre eux (56,5%), stable chez 33 (28,7%) et en baisse chez 17 (14,8%).

3.2.2 Drogues dures

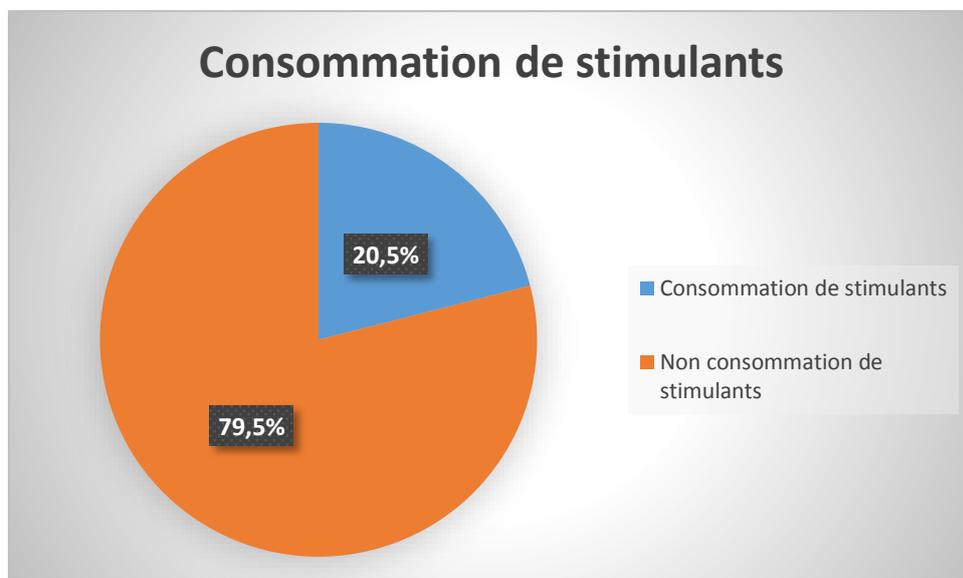
77 externes (15,5%) ont consommé, durant leur externat, des drogues dures, 420 (84,5%) n'en ont pas consommé.



3.2.3 Consommation médicamenteuse

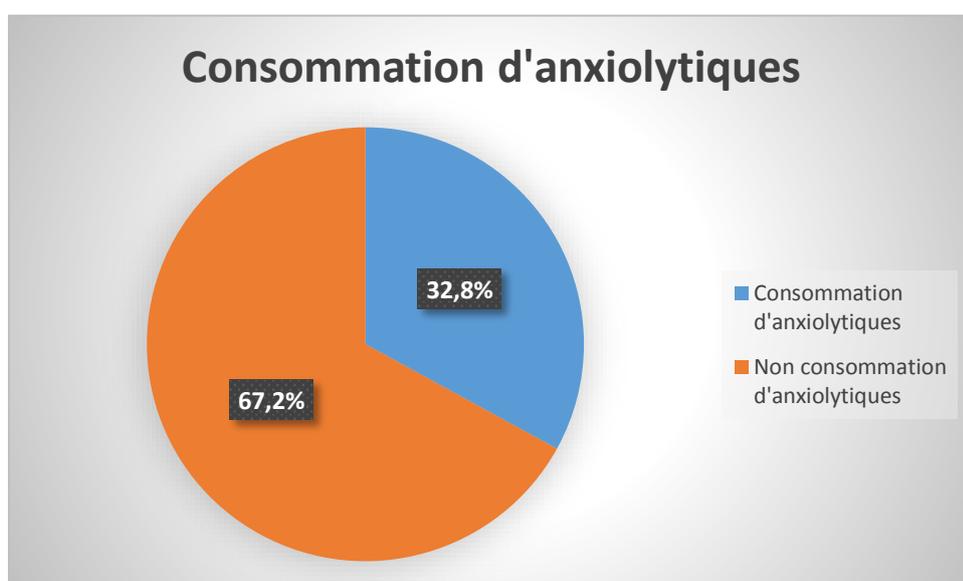
3.2.3.1 Stimulants des capacités physiques

102 externes (20,5%) ont consommé au cours de leur externat des médicaments pour stimuler leurs capacités physiques, 395 (79,5%) n'en ont pas consommé.



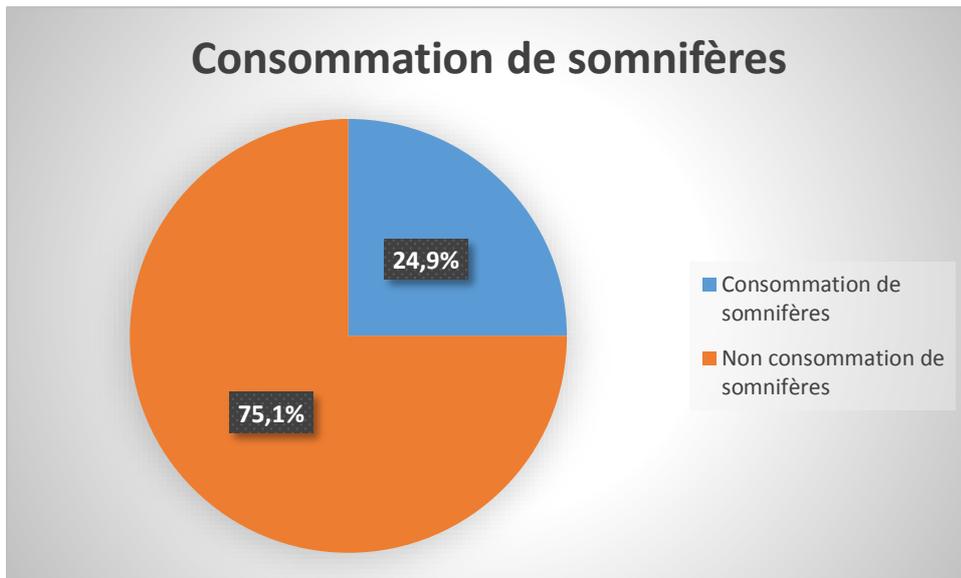
3.2.3.2 Anxiolytiques

163 externes (32,8%) ont consommé au cours de leur externat des anxiolytiques, 334 (67,2%) n'en ont pas consommé.



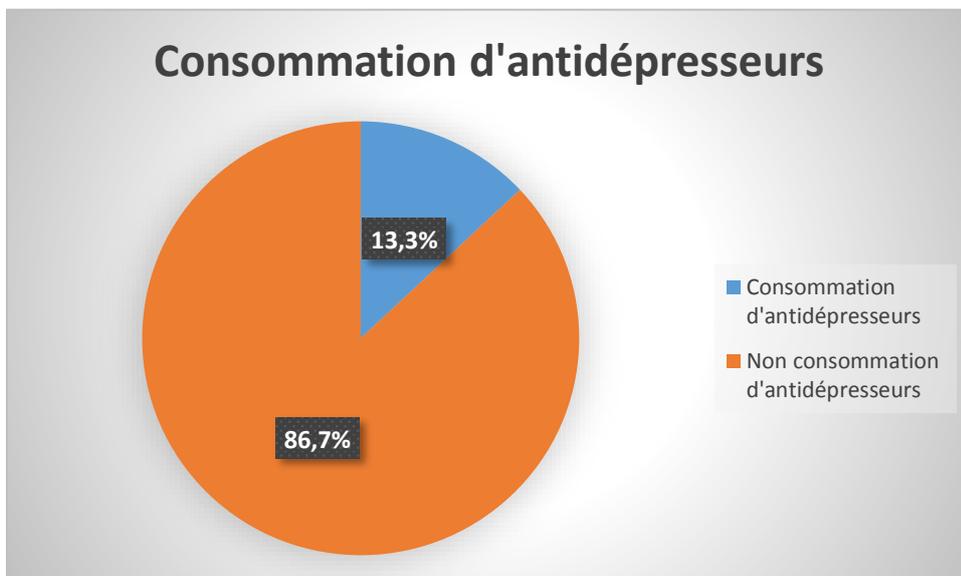
3.2.3.3 Somnifères

124 externes (24,9%) ont consommé au cours de leur externat des somnifères, 373 (75,1%) n'en ont pas consommé.



3.2.3.4 Antidépresseurs

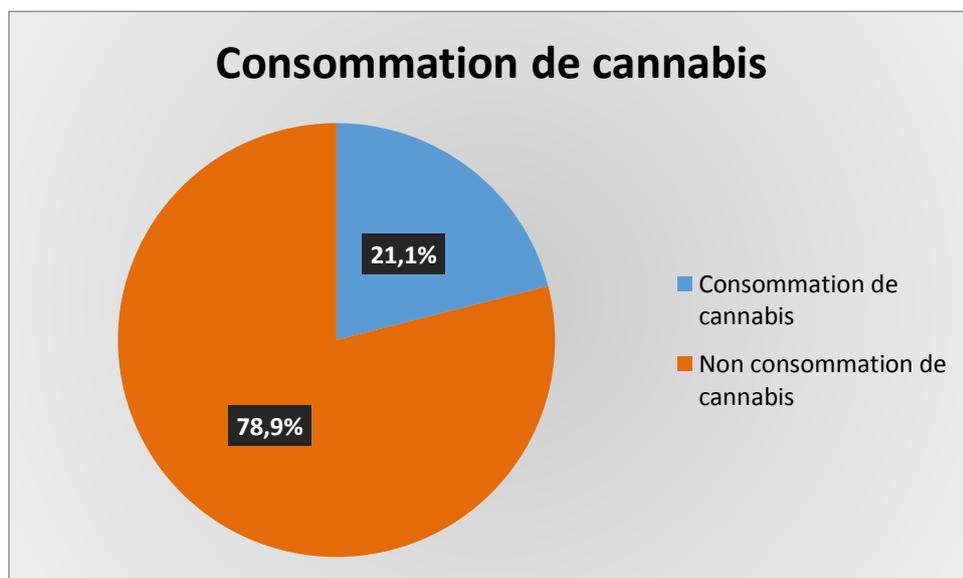
66 externes (13,3%) ont consommé au cours de leur externat des antidépresseurs, 431 (86,7%) n'en ont pas consommé.



3.2.4 Consommation de cannabis

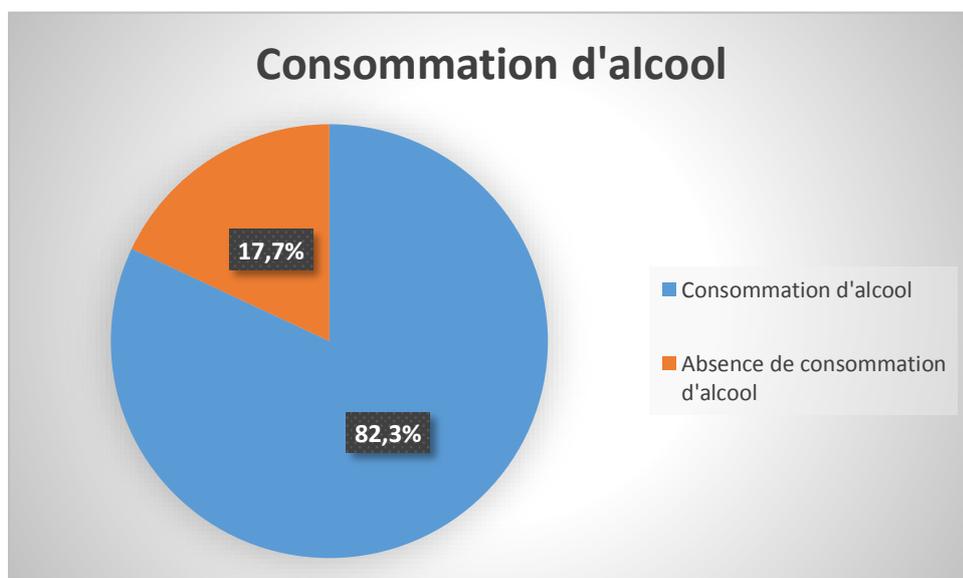
105 externes (21,1%) consomment du cannabis.

Parmi les consommateurs de cannabis, 52 (49.5%) ont une consommation inquiétante qui relèverait d'une prise en charge spécifique en addictologie (moyenne du questionnaire CAST : 0,45 (+/-1,1)).

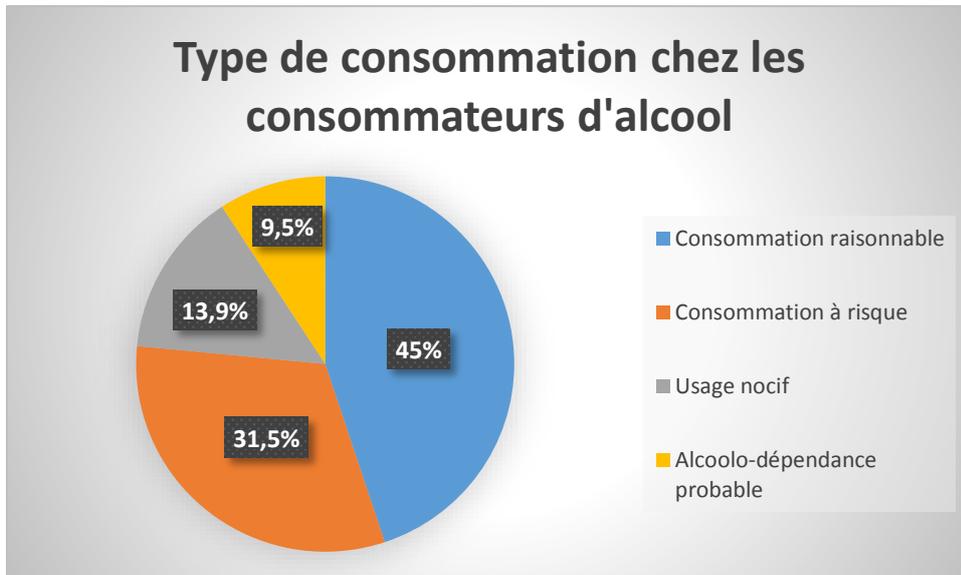


3.2.5 Consommation d'alcool

409 externes (82,3%) consomment de l'alcool.

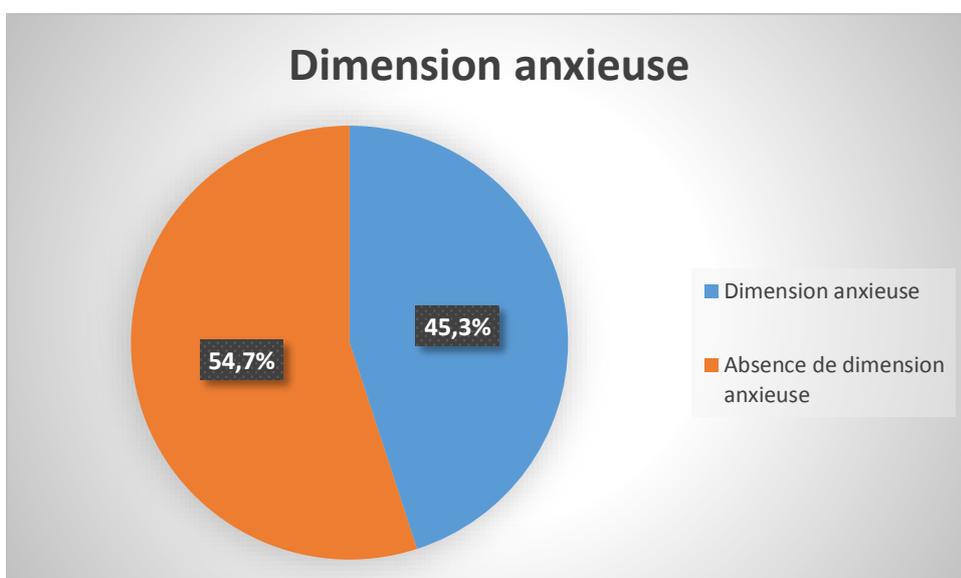


Parmi les consommateurs d'alcool, 184 (45%) ont une consommation raisonnable, 129 (31,5%) une consommation à risque, 57 (13,9%) en font un usage nocif et 39 (9,5%) ont probablement une alcoolo-dépendance. (Moyenne au questionnaire AUDIT : 4,77 (+/-4.65)).

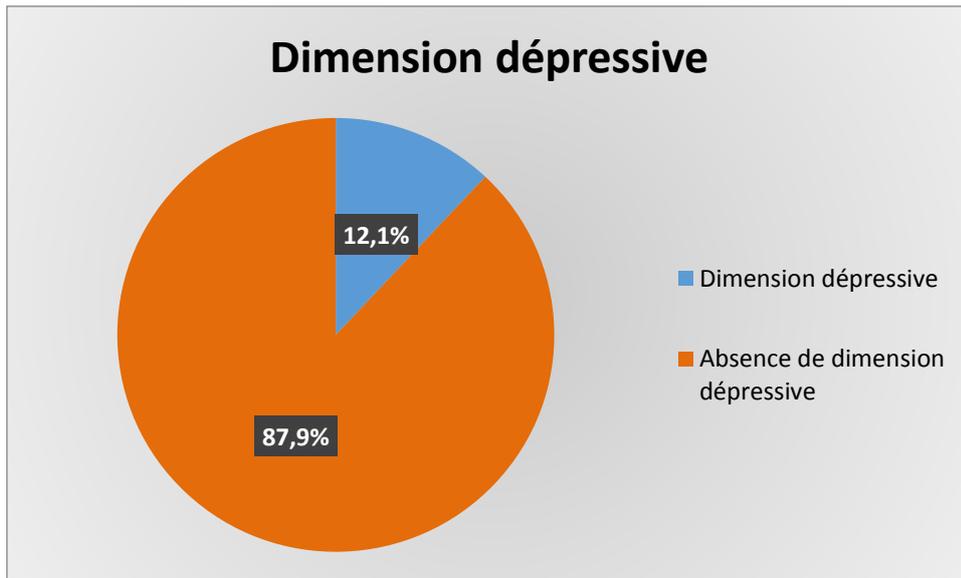


3.3 Dépression et anxiété

225 externes (45,3%) ont une dimension anxieuse. (Moyenne au questionnaire HAD pour la composante anxieuse : 9,93 (+/-4,34)).



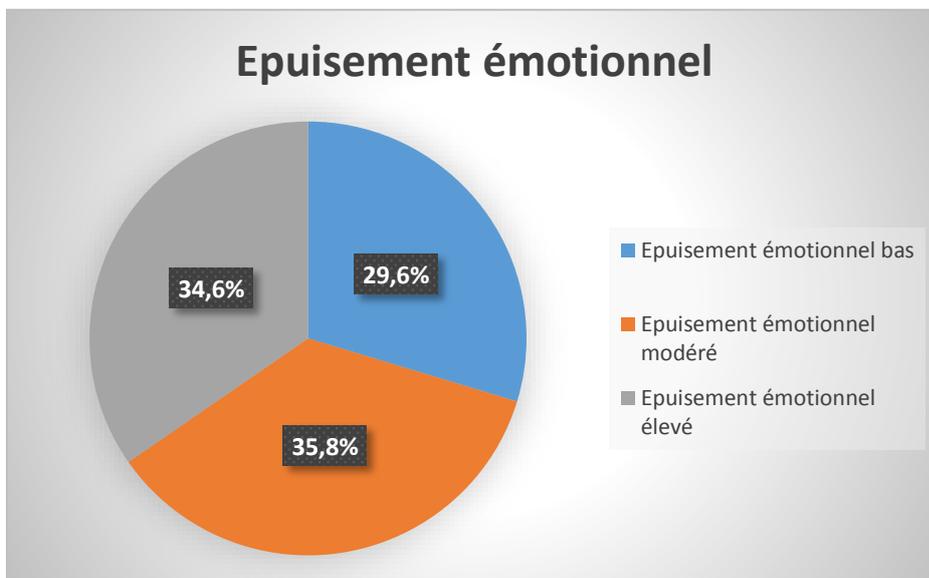
60 externes (12,1%) ont une dimension dépressive. (Moyenne au questionnaire HAD pour la composante dépressive : 6,03 (+/-3.65)).



3.4 Burn out

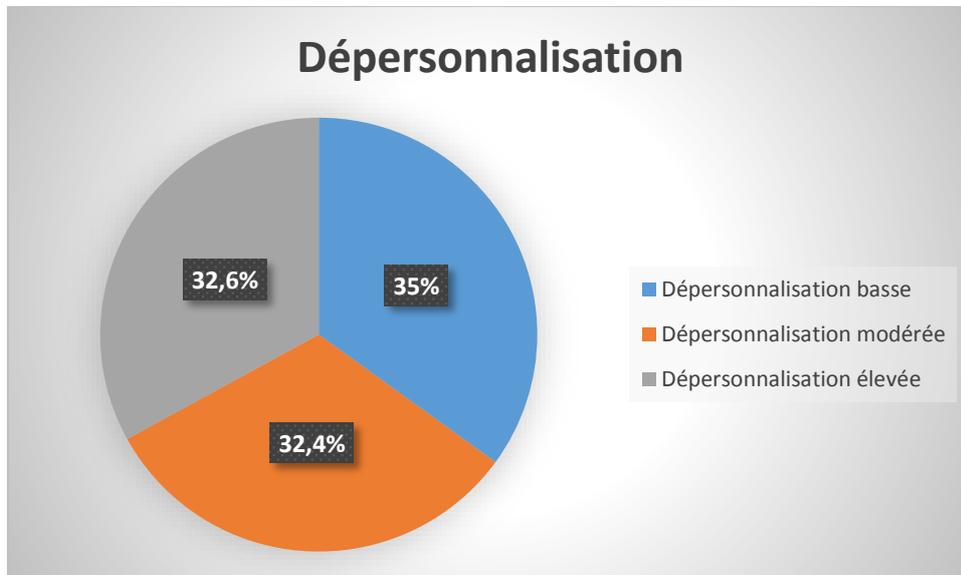
3.4.1 Epuisement émotionnel

147 externes (29,6%) sont en épuisement émotionnel bas, 178 (35,8%) en épuisement émotionnel modéré et 172 (34,6%) en épuisement émotionnel élevé. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension d'épuisement émotionnel : 24,43 (+/-11,42)).



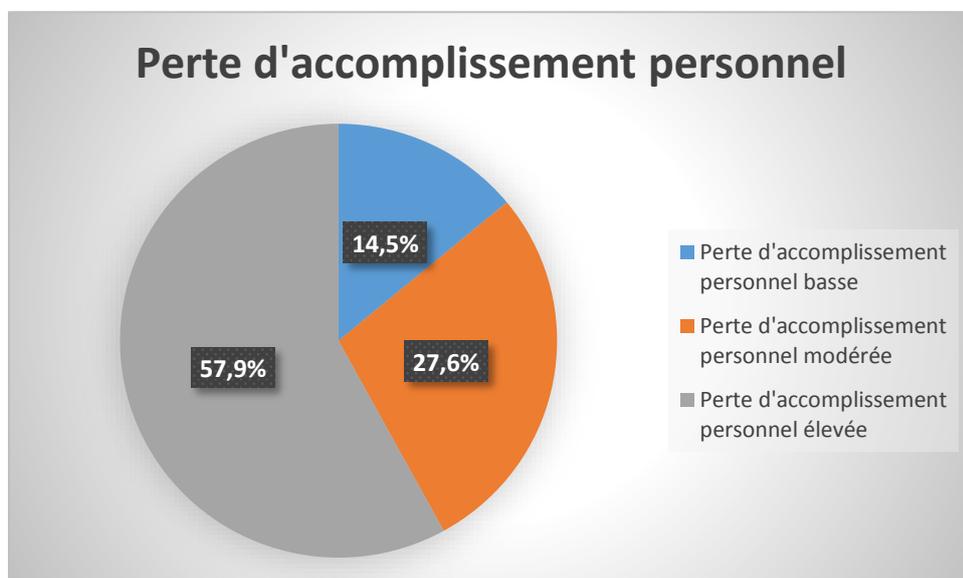
3.4.2 Dépersonnalisation

174 externes (35%) ont une dépersonnalisation basse, 161 (32,4%) une dépersonnalisation modérée et 162 (32,6%) une dépersonnalisation élevée. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension de dépersonnalisation: 8,9 (+/-6,15)).



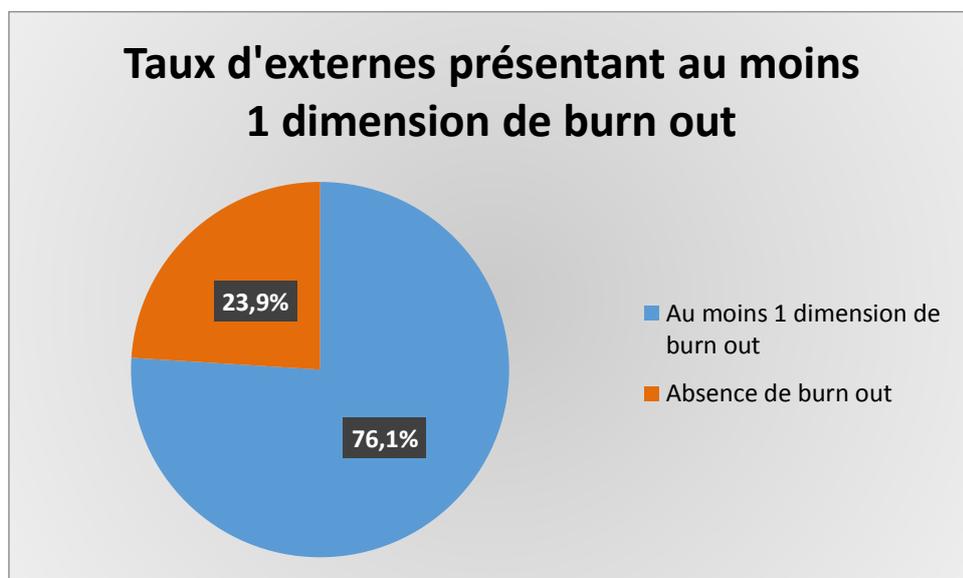
3.4.3 Perte d'accomplissement personnel

72 (14,5%) ont une perte d'accomplissement personnel basse, 137 (27,6%) une perte d'accomplissement personnel modérée et 288 externes (57,9%) ont une perte d'accomplissement personnel élevée. (Moyenne au questionnaire MBI pour la dimension de perte d'accomplissement personnel: 30,71 (+/-8,6)).



3.4.4 Degrés de burn out

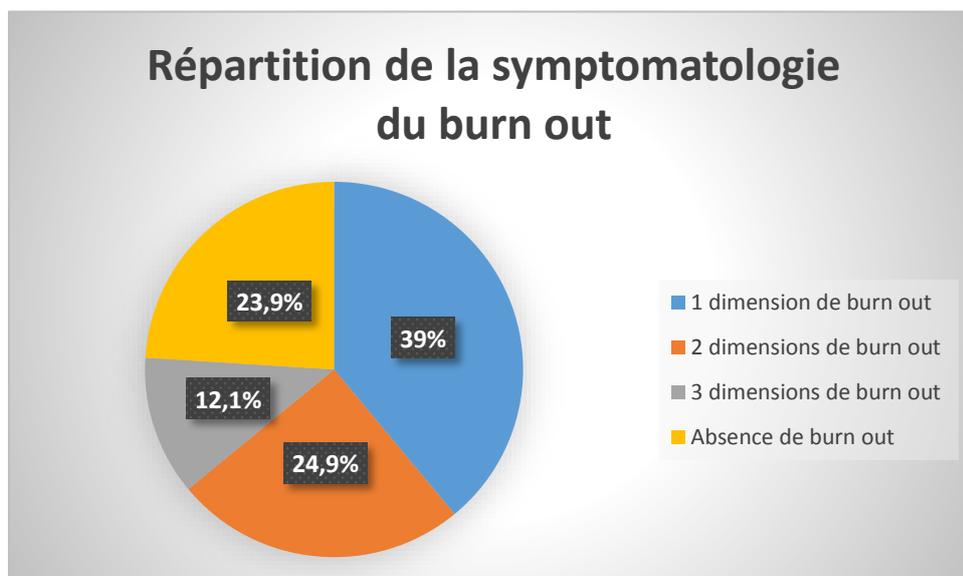
378 externes (76,1%) ont au moins une dimension de burn out, 119 (23,9%) n'ont pas de burn out.



→194 externes (39%) ont une dimension de burn out (burn out faible)

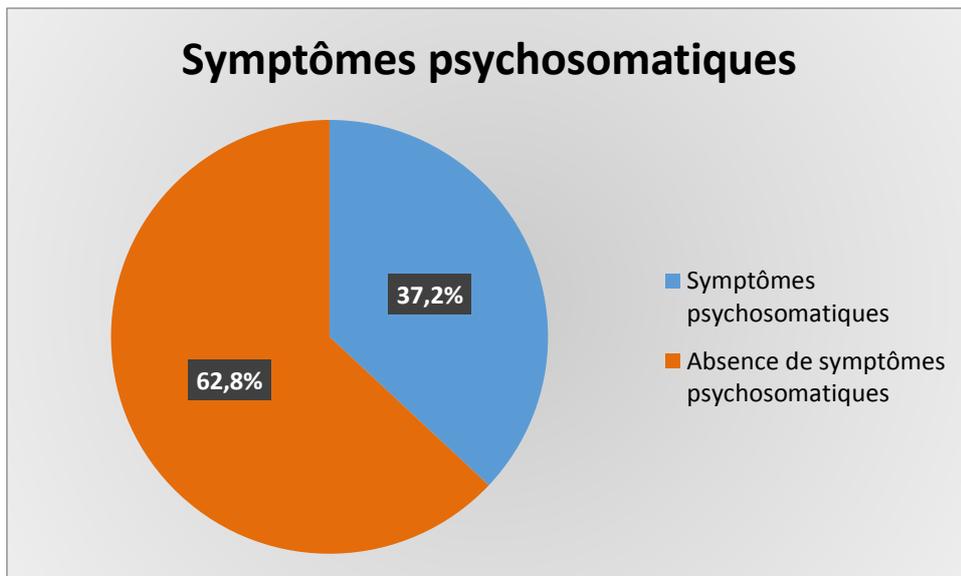
→124 externes (24,9%) ont deux dimensions de burn out (burn out moyen)

→60 externes (12,1%) ont trois dimensions de burn out (burn out sévère)



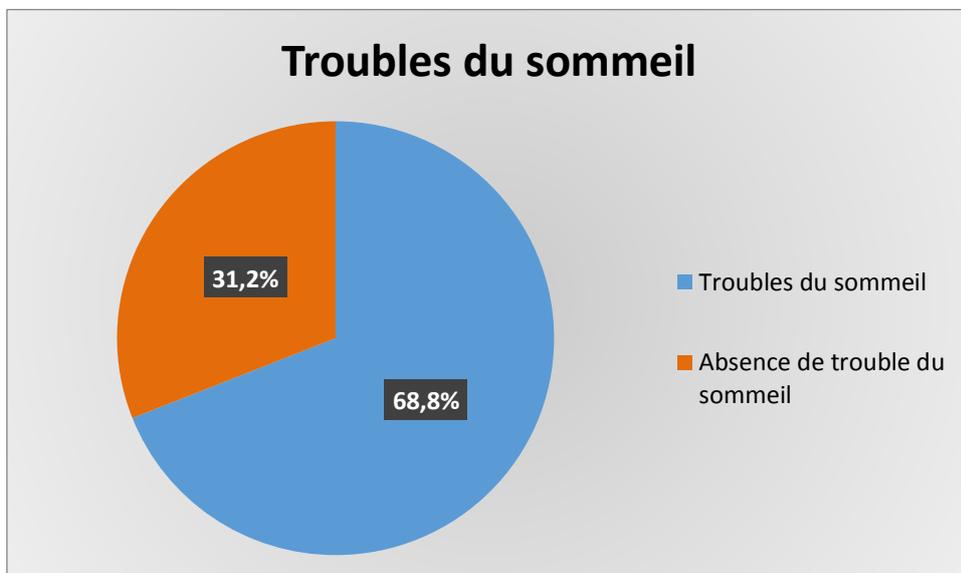
3.5 Symptômes psychosomatiques

185 externes (37,2%) ont des symptômes psychosomatiques, 312 (62,8%) n'en ont pas. (Moyenne au questionnaire SCL90 : 0,84 (+/-0,63)).



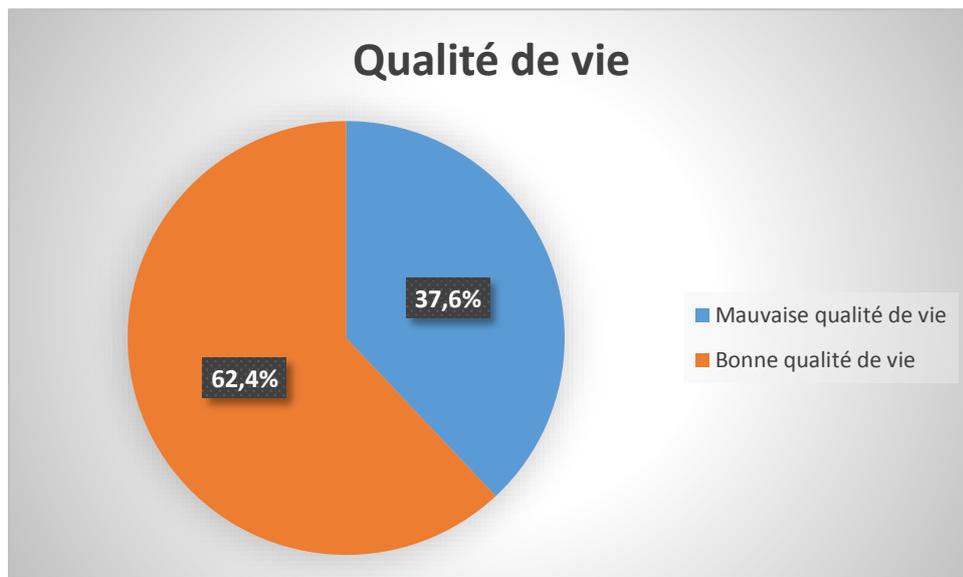
3.6 Troubles du sommeil

342 externes (68,8%) ont un trouble du sommeil, 155 (31,2%) n'en ont pas. (Moyenne au questionnaire de FORD : 21,76 (+/-6,28)).



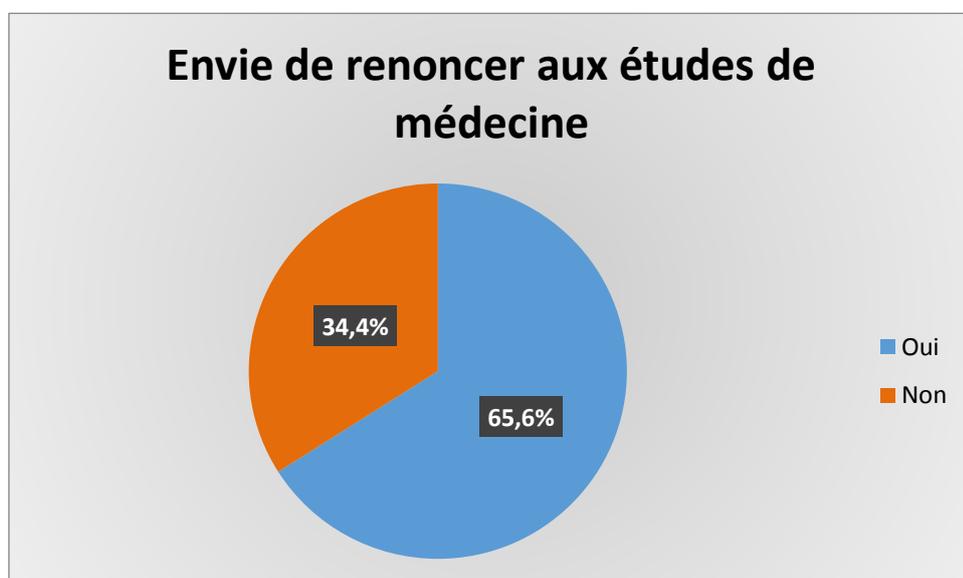
3.7 Qualité de vie

187 externes (37,6%) estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 310 (62,4%) estiment à l'inverse avoir une bonne qualité de vie. (Moyenne au questionnaire SWLS : 20,98 (+/-7.45)).

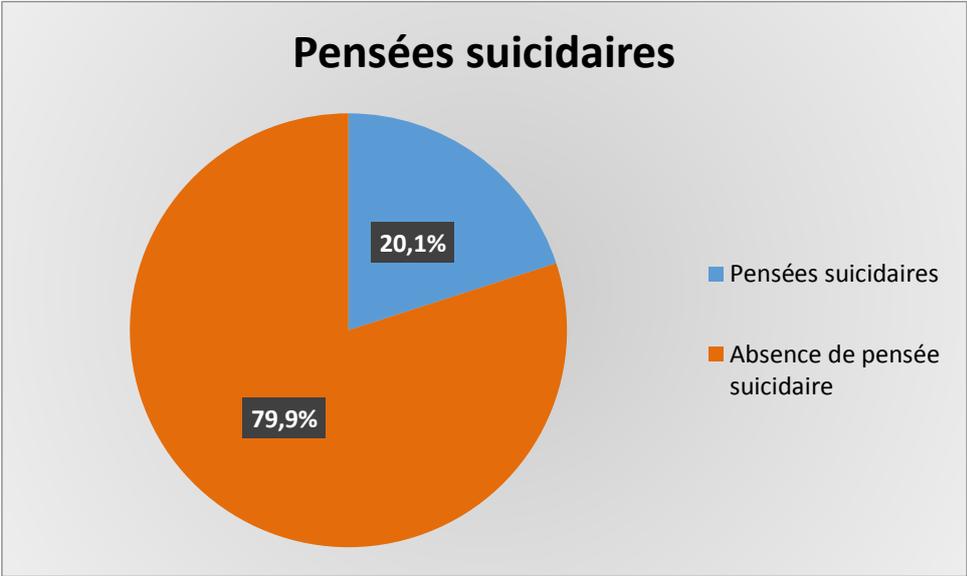


3.8 Renoncement et suicide

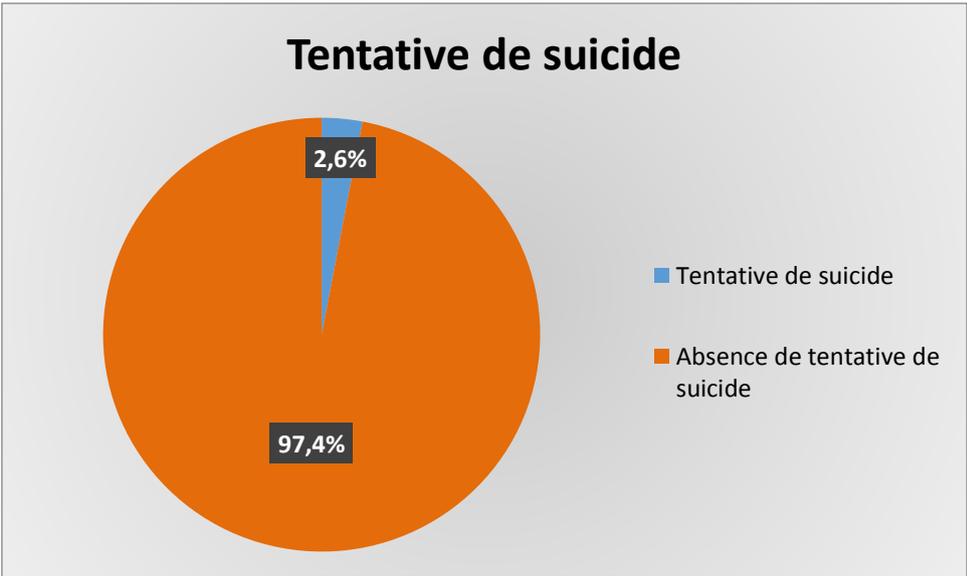
326 externes (65,6%) ont déjà pensé à renoncer à leurs études.



100 externes (20,1%) ont déjà pensé à se suicider.



13 externes (2,6%) ont déjà fait une tentative de suicide.



4. Facteurs associés

La recherche des facteurs associés parisiens a été effectuée sur les mêmes thèmes qu'à Tours.

A) Analyse univariée

Les données statistiques relatives aux facteurs associés univariés à Paris sont détaillées dans les tableaux 33 à 45 (Les tableaux 42, 43, 44 et 45 correspondent aux thèmes non abordés).

Pour chaque thème, la population des externes de Paris7-Diderot a été séparée en deux groupes grâce aux seuils des questionnaires et questions simples. Ces deux groupes ont été ensuite comparés à tous les autres thèmes pour obtenir les facteurs associés univariés.

Les variables qualitatives (seuils aux questionnaires) sont comparées par leurs fréquences et les variables quantitatives (moyennes aux questionnaires) sont comparées par leurs moyennes pondérées par leur écart-type. Les corrélations sont interprétées par leur degré de significativité, p . Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

1. Anxiété (Tableau 33)

L'anxiété est significativement associée à un âge plus élevé, et au sexe féminin.

Elle est également statistiquement associée à voir peu les amis/famille, sortir peu au bar/café/restaurant, ou sortir peu au théâtre/cinéma/musée/ expos.

Elle est associée significativement à un plus bas niveau de satisfaction du stage en cours, à l'envie de renoncer aux études, à la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine, et à une mauvaise qualité de vie.

Il existe également une association significative avec le fait de présenter une dimension dépressive, un épuisement émotionnel élevé, une perte d'accomplissement personnel élevée, des troubles psychosomatiques, des troubles du sommeil, l'augmentation de la consommation tabagique depuis le début de l'externat, la perte de poids au cours de l'externat et avoir des idées suicidaires.

Enfin, il existe une association significative avec la prise d'anxiolytiques, de somnifères, d'antidépresseurs, et de stimulants.

2. Dépression (tableau 34)

La dépression est significativement associée à un âge plus élevé, et à une promotion plus avancée.

Il y a une association statistique avec un mauvais niveau de satisfaction du stage, l'envie de renoncer aux études et la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine.

Il existe une association significative avec : voir peu la famille/amis, sortir peu au restaurant/bar/café, au musée/théâtre/cinéma/ expositions et avec une moindre fréquence de l'activité physique ($p < 0,01$).

3. Burn out

3.1 Epuisement émotionnel élevé (Tableau 35)

Avoir un épuisement émotionnel élevé est significativement associée à un âge plus élevé et à une promotion plus avancée.

Il est également statistiquement associé à voir peu les amis/famille ou sortir peu au théâtre/cinéma/musée/expos.

Il est associé significativement à un plus bas niveau de satisfaction du stage en cours, à la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine, et à une mauvaise qualité de vie.

Il existe également une association significative avec le fait de présenter une dimension dépressive, être anxieux, avoir une dépersonnalisation élevée, une perte d'accomplissement personnel élevée, des troubles psychosomatiques, et à avoir des idées suicidaires.

3.2 Dépersonnalisation élevée (Tableau 36)

Avoir une dépersonnalisation élevée est significativement associé au sexe masculin.

Il existe également une association significative avec un mauvais niveau de satisfaction du stage en cours, l'envie de renoncer à ses études, la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine, et la mauvaise qualité de vie.

Enfin, il existe une association statistiquement significative avec le fait d'avoir un épuisement émotionnel élevé, la consommation tabagique, la perte de poids, et les idées suicidaires.

3.3 Perte d'accomplissement personnel élevée (Tableau 37)

Avoir une perte d'accomplissement personnel élevée est associé à une promotion plus avancée et à un niveau d'études élevé du père.

Il existe également une association statistiquement significative avec un mauvais niveau de satisfaction du stage en cours, l'envie de renoncer aux études de médecine, la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine, et la mauvaise qualité de vie.

Elle est aussi associée significativement au fait de sortir peu au restaurant/bar/café.

Enfin, on note une association avec le fait d'avoir une dimension dépressive, le fait d'être anxieux, l'épuisement émotionnel élevé, et les troubles du sommeil.

4. Qualité de vie (Tableau 38)

Une mauvaise qualité de vie est significativement associée à un âge plus élevé, à un niveau d'étude plus bas du père.

Il existe également une association statistique avec le fait de voir peu sa famille/amis et sortir peu au restaurant/bar/café.

Il y a une association significative avec une mauvaise satisfaction du stage actuel, le faible soutien de l'entourage, et la sensation d'avoir été éloigné des proches par la médecine.

La mauvaise qualité de vie est également associée à l'anxiété, à la dimension dépressive, à un épuisement émotionnel élevé, à une dépersonnalisation élevée, aux troubles psychosomatiques, aux idées suicidaires, et au fait d'avoir déjà fait une tentative de suicide.

Enfin, il existe une association significative avec la prise d'antidépresseurs.

5. Envie de renoncer aux études (Tableau 39)

L'envie de renoncer aux études est significativement associée à un âge plus élevé.

Il existe également une association statistique avec une mauvaise satisfaction du stage actuel, avoir le sentiment d'avoir été éloigné des proches par la médecine, une mauvaise qualité de vie.

Il existe une association significative avec l'anxiété, avoir une dimension dépressive, l'épuisement émotionnel élevé, la dépersonnalisation élevée, la perte d'accomplissement personnel élevée, les troubles du sommeil, les troubles psychosomatiques, les idées suicidaires, et les tentatives de suicide.

Enfin, il existe une association statistique avec la prise d'anxiolytiques, de somnifères et d'antidépresseurs.

6. Idées suicidaires (Tableau 40)

La tentation suicidaire est associée à un âge plus élevé.

Il existe une association significative avec une mauvaise satisfaction du stage en cours, une mauvaise qualité de vie, un faible soutien de l'entourage, une envie de renoncer aux études de médecine plus importante.

Elle est également statistiquement associée à l'anxiété, la dimension dépression, un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée, aux troubles du sommeil, aux troubles psychosomatiques, à une consommation de drogues dures, et aux tentatives de suicide.

Enfin il existe une association significative avec la consommation plus d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères.

7. Tentative de suicide (Tableau 41)

Les tentatives de suicide sont associées significativement à un âge plus élevé.

Il existe une association statistique avec une mauvaise satisfaction du stage en cours, un faible soutien de l'entourage, une mauvaise qualité de vie, et l'envie de renoncer aux études de médecine.

Il existe une association significative avec la tentation suicidaire.

Enfin il existe, de façon significative, une association avec la consommation d'antidépresseurs, de somnifères et d'anxiolytiques.

B) Analyse multivariée

Les données statistiques relatives aux facteurs associés multivariés à Paris7-Diderot sont détaillées dans les tableaux 20 à 32 (Les tableaux 29, 30,31 et 32 correspondent aux thèmes non abordés).

Afin de déterminer les facteurs associés liés aux différents événements, une analyse statistique multivariée par régression logistique a été réalisée, permettant d'obtenir des Odds Ratio (OR) et intervalles de confiance. Une corrélation a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de significativité (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$).

L'OR est significatif quand la valeur 1 n'est pas comprise dans l'intervalle de confiance. Plus l'OR est éloigné de 1, plus l'OR est puissant.

De plus, les données ont été classées selon la puissance de l'OR, dans un ordre décroissant.

1. Anxiété (Tableau 20)

Les externes de Paris sont d'autant plus anxieux que ce sont des **femmes** (OR : 0.3 ; IC [0.19-0.43]), qu'ils **fréquentent peu les lieux culturels** (OR : 0.46 ; IC [0.23-0.90]), qu'ils sont en **DFASM 1** (OR : 0.48 ; IC [0.25-0.90]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 1.47 ; IC [1.23-1.78]), qu'ils sont **âgés** (OR : 1.39 ; IC [1.18-1.65]), et que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.73 ; IC [0.60-0.89]).

2. Dépression (Tableau 21)

Les externes de Paris sont d'autant plus dépressifs qu'ils font **peu de sorties au restaurant, bar ou café** (OR : 0.05 ; IC [0.00-0.54]), qu'ils pratiquent **peu d'activité physique** (OR : 0.15 ; IC [0.04 -0.49]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 1.84 ; IC [1.29-2.71]), qu'ils font **peu de sorties au cinéma/théâtre/musée/expos** (OR : 0.28 ; IC [0.12 -0.70]), qu'ils ont **perdu ou pris du poids** au cours de l'externat (OR : 0.31 ; IC [0.13 -0.75]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.61 ; IC [0.44-0.83]), qu'ils sont **âgés** (OR : 1.24 ; IC [1.02-1.50]).

3. Burn out

3.1 Epuisement émotionnel élevé (Tableau 22)

Les externes de Paris présentent un épuisement émotionnel d'autant plus élevé qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 2.06 ; IC [1.67 - 2.57]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.62 ; IC [0.52-0.80]), qu'ils sont **âgés** (OR : 1.19 ; IC [1.04 - 1.35]).

3.2 Dépersonnalisation élevée (Tableau 23)

Les externes de Paris présentent une dépersonnalisation d'autant plus élevée que ce sont des **hommes** (OR : 3.07 ; IC [2.03 - 4.69]), qu'ils ont **perdu ou pris du poids** au cours de l'externat (OR : 0.51 ; IC [0.28 - 0.94]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.72 ; IC [1.05 - 1.52]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 1.26 ; IC [2.03 - 4.69]).

3.3 Perte d'accomplissement personnel élevée (Tableau 24)

Les externes de Paris présentent une perte d'accomplissement personnel d'autant plus élevée qu'ils **sortent peu au restaurant, bar ou café** (OR : 6.83 ; IC [1.44-50.36]), que ce sont des **femmes** (OR : 1.56 ; IC [1.03 -2.35]), qu'ils sont en **DFASM 2** (OR : 0.57 ; IC [0.36 -0.89]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 1.39 ; IC [0.38-0.92]), et qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 0.83 ; IC [0.70-0.99]).

4. Qualité de vie (Tableau 25)

Les externes de Paris ont une qualité de vie d'autant plus mauvaise qu'ils **fréquentent peu les bars restaurants et cafés** (OR : 13.55 ; IC [2.52-112.69]), qu'ils sont **peu soutenus par leur entourage** (OR : 4.28 ; IC [1.15-21.11]) et qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 0.51 ; IC [0.41-0.62]).

5. Envie de renoncer aux études (Tableau 26)

Les externes de Paris ont d'autant plus envie de renoncer à leurs études qu'ils **fréquentent souvent les lieux culturels** (OR : 3.08 ; IC [1.18-8.46]), qu'ils sont en **DFASM 1** (OR : 0.44; IC [0.22-0.84]) que ce sont des **femmes** (OR : 0.64 ; IC [0.42-0.97]), qu'ils sont **âgés** (OR : 1.35 ; IC [1.14-1.63]), qu'ils ont le sentiment d'avoir été **éloignés de leurs proches par la médecine** (OR : 1.31 ; IC [1.11-1.57]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.80 ; IC [0.66-0.98]).

6. Idées suicidaires (Tableau 27)

Les externes de Paris présentent d'autant plus de tentation suicidaire qu'ils sont **âgés** (OR : 1.30 ; IC [1.13-1.51]), qu'ils **fréquentent peu les restaurants, bars, cafés** (OR : 0.16 ; IC [0.03-0.79]), qu'ils **fréquentent peu les lieux culturels** (OR : 3.20 ; IC [1.32-8.87]), que leur **satisfaction en stage est basse** (OR : 0.70 ; IC [0.55-0.89]), et qu'ils ont **perdu du poids** au cours de l'externat (OR : 0.34 ; IC [0.18-0.77]).

7. Tentative de suicide (Tableau 28)

Les externes de Paris ont d'autant plus tenté de se suicider qu'ils sont **fumeurs** (OR : 5.92 ; IC [1.36-29.20]), qu'ils ne sont **pas soutenus par leur entourage** (OR : 0.01 ; IC [0.00 - 0.06]), qu'ils ont **perdu du poids** au cours de l'externat (OR : 0.11 ; IC [0.01 -0.67]), qu'ils sont **âgés** (OR : 1.50 ; IC [1.05 -2.09]).

C) Comparatif François Rabelais de Tours-Paris 7-Diderot

Les données statistiques relatives au comparatif Tours/Paris7-Diderot sur les données descriptives sont détaillées dans les tableaux 46 à 79.

La comparaison des données descriptives entre Tours et Paris7-Diderot a été faite par l'intermédiaire d'une analyse univariée, avec comparaison des fréquences pour les données qualitatives, et comparaison des moyennes pondérées par leur écart-type pour les données quantitatives. Le degré de significativité des différences est interprété par p ; le seuil de significativité est $p < 0.05$.

1. Caractéristiques de l'échantillon (Tableau 46, 47,48)

Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur Le sexe ($p=0.42$), l'âge ($p=0.91$) et la répartition entre promotions ($p=0.14$) entre Tours et Paris.

2. Mode de vie

- Parentalité (Tableau 49)

Il existe une différence significative ($p=0.02$) sur la parentalité ; si la majorité des externes des deux villes n'ont pas d'enfant (98.5% à Tours, et 100% à Paris), **1.5% des externes de Tours sont déjà parents avec au moins 1 enfant, contre 0% à Paris.**

- Lieu de vie (tableau 50)

Il existe une différence significative également sur le lieu de vie ($p=0.00$) ; **9.8% des externes de Tours vivent chez leurs parents, et la majorité (87.3%) habitent dans un appartement**, que ce soit en couple, en colocation ou seul. A l'inverse, **les externes parisiens**

vivent en majorité chez leurs parents (48,7%), et moins en appartement indépendant (46.1%).

- **Niveau d'études des parents** (Tableaux 51,52)

Il n'a pas été observé de différence significative quant au niveau d'études des parents. Les niveaux d'études du père ($p=0.85$) et de la mère ($p=0.11$) sont comparables entre les deux villes. La majorité des pères (65.4% à Tours, et 68.4% à Paris) ont fait des études supérieures. De même pour les mères (67.3% à Tours et 70.8% à Paris). Le reste des parents se répartit de façon homogène entre les deux villes, entre niveau bac, lycée, collège, et primaire.

- **Pratique des loisirs** (Tableaux 53, 54, 55,56)

Il a été observé une différence significative sur la fréquence des activités physiques ($p=0.00$), sur la fréquence de sorties au restaurant/bar/café ($p=0.00$), et sur la fréquence de visites à sa famille/amis ($p=0.00$). En effet, **les externes tourangeaux font plus de sport que les externes parisiens** (9.6% à Tours contre 24.3% à Paris n'en font jamais, 41.0% contre 31.2% une fois par semaine semaines, 27.5% contre 19.7% plus d'une fois par semaine), **sortent au restaurant/bar/café majoritairement une fois par mois (43.8%) alors qu'à Paris c'est majoritairement une fois par semaine (42.1%), et visitent majoritairement leur famille et amis plus d'une fois par semaine (40.6%), alors qu'à Paris c'est majoritairement une fois par semaine (36.6%).**

En revanche il n'a pas été observé de différence significative quant à la fréquence de sorties au cinéma/théâtre/musée/expositions. ($p=0.97$).

- **Environnement** (Tableaux 57, 58, 59)

-Il n'a pas été retrouvé de différence significative sur le niveau de satisfaction du stage ; les externes des 2 villes sont moyennement satisfaits de leur stage hospitalier (moyenne à Tours : 3.44, moyenne à Paris : 3.33, IC [-0.01439 ; 0.2257], p=0.08).

-De même il n'a pas été observé de différence significative sur l'éloignement des proches à cause de la médecine ; les externes des deux villes disent être plutôt d'accord sur le fait que la médecine les avait éloignés de leurs proches. (Moyenne Tours 3.78, moyenne à Paris 3.82, IC [-0.1773 ; 0.1053], p=0.62).

-Enfin aucune différence significative n'a été observée quant au soutien de l'entourage ; les externes des deux villes reçoivent en extrême majorité le soutien de l'entourage dans leur cursus (97.6% à Tours, 97.2% à Paris, p=0.68).

3. Résultats spécifiques à la santé des externes

- **Evolution du poids au cours de l'externat** (tableau 60)

Une différence significative a été retrouvée quant à l'évolution du poids au cours de l'externat (p=0.03). Si la majorité des externes de Tours et de Paris ont un poids stable (55.5% à Tours, 50.7% à Paris), **les externes tourangeaux ont plus tendance à perdre du poids** (perte de plus de 2kg ; 16.5% à Tours, 13.7% à Paris), **alors que les externes parisiens prennent plus du poids** (prise de plus de 2kg 35.6% à Paris, 28.0% à Tours).

- **Tabagisme** (tableaux 61, 62, 63)

Une différence significative a été observée sur la consommation de tabac (p=0.00). **23.5% des externes parisiens sont fumeurs, contre seulement 16.0% des externes tourangeaux.** En revanche, pas de différences retrouvées chez les fumeurs quant à l'ancienneté du tabagisme (p=0.37) et son évolution au cours de l'externat (p=0.61).

- **Drogues dures** (Tableau 64)

Une différence significative a été observée sur la consommation de drogues dures ($p=0.00$) ; **15.5% des externes parisiens ont consommé des drogues dures** au cours de leur externat, **contre 9.6% des externes tourangeaux.**

- **La prise médicamenteuse** (Tableaux 65, 66, 67,68)

Il n'a pas été observé de différence significative quant à la consommation de stimulants, anxiolytiques, somnifères et antidépresseurs ; elles sont sensiblement similaires dans les 2 populations.

-Pour les stimulants, 24.1% des externes tourangeaux et 20.5% des externes parisiens ont pris des stimulants au cours de leur externat ($p=0.17$).

-Pour les anxiolytiques, 31.7% des externes tourangeaux et 32.8% des externes parisiens ont pris des anxiolytiques au cours de leur externat ($p=0.71$).

-Pour les somnifères, 26.0% des externes tourangeaux et 24.9% des externes parisiens ont pris des somnifères au cours de leur externat ($p=0.71$).

-Pour les antidépresseurs, 13.4% des externes tourangeaux et 13.3% des externes parisiens ont pris des antidépresseurs au cours de leur externat ($p=0.96$).

- **Cannabis** (Tableau 69)

Il existe une différence significative sur la consommation de cannabis. **À Paris, les externes consomment plus de cannabis (21.1%) qu'à Tours (6.4%).** De plus, parmi les consommateurs de cannabis, **il y a plus d'externes à Paris (10.4%) qu'à Tours (4.5%) qui présentent une addiction qui relèverait d'une prise en charge spécialisée.** $P=0.00$ (moyenne au questionnaire CAST à Tours 0.17, moyenne à Paris 0.45, IC [-0.3979 ; -0.1695], $p=0.00$).

- **Alcool** (Tableau 70)

Il n'a pas été observé de différence significative quant à la consommation d'alcool. 84.6% des externes tourangeaux et 82.3% des externes parisiens consomment de l'alcool. Parmi les consommateurs d'alcool, 30.5% à Tours et 31.5% à Paris en ont un usage à risque, 14.0% à Tours et 13.9% à Paris en ont un usage nocif, 9.2% à Tours et 9.5% à Paris ont probablement une alcoolo-dépendance ($P=0.88$). (Moyenne à Tours au questionnaire AUDIT 5.02, à Paris 4.77, IC [-0.3201 ; 0.8314], $p=0.38$).

- **Anxiété et dépression** (Tableaux 71,72)

Il n'a pas été observé de différence significative sur l'anxiété, que ce soit sur la moyenne au questionnaire HAD anxiété, les deux populations présentant une dimension anxieuse comparable (moyenne à Tours 9.65, moyenne à Paris 9.93, IC [-0.7908 ; 0.2384], $p=0.29$), ou sur la répartition qualitative (39.9% des tourangeaux ont une symptomatologie anxieuse, et 45.3% des parisiens, $p=0.08$).

Pour la dépression, il existe une différence significative sur la moyenne au questionnaire HAD dépression (moyenne à Tours 5.54, moyenne à Paris 6.03, IC [-0.9320 ; 0.0441], $p=0.03$) mais qui n'est pas représentative d'une différence quant aux résultats sur la grille de cotation du questionnaire. En revanche, il n'a pas été observé de différence significative entre Tours et Paris sur la répartition qualitative. Les proportions d'externes qui ont une dimension dépressive sont sensiblement les mêmes dans les 2 villes (9.1% à Tours, et 12.1% à Paris, $p=0.12$).

- **Burn out** (Tableaux 73 A,B,C,D)

Il n'a pas été observé de différence significative sur la dimension d'épuisement émotionnel (moyenne au questionnaire MBI/Épuisement émotionnel à Tours 23.66, moyenne à Paris 24.43, IC [-2.1393 ; 0.5916], $p=0.27$, 29.9% des externes tourangeaux ont un épuisement émotionnel élevé, contre 34.6% des externes parisiens, $p=0.26$).

En revanche, **il existe une différence significative entre les 2 villes sur la dépersonnalisation** (moyenne au questionnaire MBI/dépersonnalisation à Tours 7.99, moyenne à Paris 8.90, IC[-1.6416 ; -0.1716], $p=0.02$). Les externes parisiens sont plus nombreux à avoir une dépersonnalisation élevée (32.6%) que les externes tourangeaux (25.2%), $p=0.02$), **ainsi que sur la perte d'accomplissement personnel** (moyenne au questionnaire MBI/Perte d'accomplissement personnel à Tours 32.46, moyenne à Paris 30.71, IC[0.7245 ; 2.7650], $p=0.00$). Les externes parisiens sont plus nombreux à avoir une perte d'accomplissement élevée (57.9%) que les externes tourangeaux (50.9%), $p=0.02$).

Les degrés de burn out présentent une différence significative ; **69,1% des externes Tourangeaux contre 76,1% des externes parisiens ont au moins une dimension de burn out.**

→ Si une proportion similaire présente un seul degré de burn out (40,9% à Tours, 39% à Paris, $p=0.01$), **ils sont 19,5% à Tours contre 24,9% à Paris à en présenter deux, et 8.7% à Tours contre 12.1% à Paris, à en présenter trois** ($p=0,01$).

- **Symptômes psychosomatiques** (Tableau 74)

Il a été observé une différence significative sur la symptomatologie psychosomatique. Les externes parisiens ont plus de troubles psychosomatiques. **26.7% des externes tourangeaux éprouvent des troubles psychosomatiques, contre 37.2% des externes parisiens**, $p=0.00$ (moyenne au questionnaire SCL90 à Tours 0.60, moyenne à Paris 0.84, IC [-0.2288 ; -0.0899], $p=0.00$).

- **Sommeil** (Tableau 75)

Il existe une différence significative sur la qualité du sommeil. Les externes parisiens éprouvent plus de troubles du sommeil. **57.0% des externes tourangeaux ont des troubles du sommeil, contre 68.8% des externes parisiens**, $p=0.00$ (moyenne au questionnaire de FORD 18.77 à Tours, 21.76 à Paris, IC [-3.8558 ; -2.1294], $p=0.00$).

- **Qualité de vie** (Tableau 76)

Il n'a pas été observé de différence significative sur l'estimation de la qualité de vie. En effet, 64.9% des externes tourangeaux et 62.4% des externes parisiens estiment avoir une bonne qualité de vie, $p=0.39$. (Moyenne au questionnaire SWLS à Tours 21.26, à Paris 20.98, IC [-0.2477 ; 1.5387], $p=0.16$).

- **Renoncement et suicide** (Tableaux 77, 78,79)

Enfin, il n'a pas été observé de différence significative quant à l'envie de renoncer aux études de médecine (63.5% à Tours, et 65.6% à Paris ont déjà pensé à quitter leurs études médicales, $p=0.47$), à la tentation suicidaire (21.5% à Tours et 20.1% à Paris, ont déjà pensé à se suicider, $p=0.58$), et aux tentatives effectives de suicide (2.6% à Tours et 2.6% à Paris ont déjà essayé de se suicider, $p=0.99$).

4. Comparatif des facteurs associés entre François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot

Le comparatif des facteurs associés entre Tours et Paris7-Diderot a été effectué sur les multivariés, statistiquement plus pertinents. Les données statistiques relatives aux facteurs associés multivariés sont détaillées dans les tableaux 20 à 32 (Les tableaux 29, 30,31 et 32 correspondent aux thèmes non abordés).

1. Anxiété (tableau 20)

Etre de sexe féminin, avoir une mauvaise satisfaction de son stage hospitalier et avoir l'impression d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine, sont des facteurs associés à l'anxiété aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

-Pratiquer peu d'activité physique et prendre ou perdre du poids au cours de l'externat sont des facteurs associés à l'anxiété spécifiquement à Tours.

-Etre âgé, être en DFASM1, et sortir peu au cinéma/théâtre/musée/expos sont des facteurs associés à l'anxiété spécifiquement à Paris.

	Âge	Sexe féminin	Promotion : DFASM 1	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Eloignement des proches	Faible fréquentation des lieux culturels	Faible pratique de l'activité physique	Prise ou perte de plus de 2 kg
Paris	X	X	X	X	X	X		
Tours		X		X	X		X	X

2. Dépression (Tableau 21)

Etre âgé, avoir une mauvaise satisfaction de son stage, et avoir le sentiment d’avoir été éloigné de ses proches par la médecine, sont des facteurs associés à la dépression aussi bien à Tours qu’à Paris.

En revanche,

-Etre en DFASM1, voir peu sa famille/amis et être fumeur, sont des facteurs associés à la dépression spécifiquement à Tours.

-Sortir peu au restaurant/bar/café, pratiquer peu d’activité physique et avoir pris ou perdu du poids sont des facteurs associés spécifiquement à la dépression à Paris.

	Âge	Promotion : DFASM 1	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Eloignement des proches	Faible fréquentation des restaurants/bars/café	Faible pratique de l'activité physique	Faible fréquence des visites famille/amis	Tabagisme	Prise ou perte de plus de 2 kg
Paris	X		X	X	X	X			X
Tours	X	X	X	X			X	X	

3. Burn out

3.1 Epuisement émotionnel élevé (Tableau 22)

Avoir le sentiment d’avoir été éloigné de ses proches par la médecine et avoir une mauvaise satisfaction de son stage sont des facteurs associés à l’épuisement émotionnel élevé aussi bien à Tours qu’à Paris.

En revanche,

-Etre une femme et avoir perdu ou pris du poids au cours de son externat, sont des facteurs associés à l’épuisement émotionnel élevé spécifiquement à Tours.

-Etre âgé est un facteur associé à l’épuisement émotionnel élevé spécifiquement à Paris.

Epuisement émotionnel					
	Âge	Sexe féminin	Eloignement des proches	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Prise de plus de 2 kg
Paris	X		X	X	
Tours		X	X	X	X

3.2 Dépersonnalisation élevée (Tableau 23)

Etre un homme, avoir une mauvaise satisfaction de son stage et avoir perdu ou pris du poids au cours de son externat, sont des facteurs associés à la dépersonnalisation élevée aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

Avoir le sentiment d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine est un facteur associé à la dépersonnalisation élevée spécifiquement à Paris.

Dépersonnalisation				
	Sexe masculin	Eloignement des proches	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Prise ou perte de plus de 2 kg
Paris	X	X	X	X
Tours	X		X	X

3.3 Perte d'accomplissement personnel élevée (Tableau 24)

Etre en DFASM1, avoir une mauvaise satisfaction de son stage et avoir le sentiment d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine sont des facteurs associés à la perte d'accomplissement personnel élevée aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

-Etre un homme et sortir peu au restaurant/bar/café sont des facteurs associés à la perte d'accomplissement personnel élevée spécifiquement à Paris.

<i>Perte d'accomplissement personnel</i>					
	Sexe masculin	Promotion : DFASM 1	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Eloignement des proches	Faible fréquentation des restaurants/bars/café
Paris	X	X	X	X	X
Tours		X	X	X	

4. Qualité de vie (Tableau 25)

Avoir le sentiment d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine est un facteur associé à la mauvaise qualité de vie aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

-Etre âgé, avoir une mauvaise satisfaction de son stage, avoir perdu ou pris du poids au cours de son externat, et être fumeur sont des facteurs associés à la mauvaise qualité de vie spécifiquement à Tours.

-Avoir un faible soutien de son entourage et sortir peu au restaurant/bar/café sont des facteurs associés à la mauvaise qualité de vie spécifiquement à Paris.

	Âge	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Eloignement des proches	Faible soutien de l'entourage	Faible fréquentation des restaurants/bars/café	Prise de plus de 2 kg	Tabagisme
Paris			X	X	X		
Tours	X	X	X			X	X

5. Envie de renoncer aux études de médecine (Tableau 26)

Etre âgé, être en DFASM1 et avoir une mauvaise satisfaction de son stage sont des facteurs associés à l'envie de renoncer aux études de médecine aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

Etre une femme, avoir le sentiment d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine, et sortir peu au cinéma/théâtre/musée/expos sont des facteurs associés à l'envie de renoncer aux études de médecine spécifiquement à Paris.

	Âge	Sexe féminin	Promotion : DFASM 1	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Eloignement des proches	Fréquentation plus importante des lieux culturels
Paris	X	X	X	X	X	X
Tours	X		X	X		

6. Idées suicidaires (Tableau 27)

Avoir une mauvaise satisfaction de son stage est un facteur associé aux idées suicidaires aussi bien à Tours qu'à Paris.

En revanche,

-Etre en DFASM3 et être fumeur sont des facteurs associés aux idées suicidaires spécifiquement à Tours.

-Sortir peu au restaurant/bar/café, avoir perdu ou pris du poids au cours de son externat, et sortir peu au cinéma/théâtre/musée/expos sont des facteurs associés aux idées suicidaires spécifiquement à Paris.

	Promotion : DFASM 3	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Faible fréquentation des restaurants/bars/café	Faible fréquentation des lieux culturels	Perte de plus de 2 kg	Tabagisme
Paris		X	X	X	X	
Tours	X	X				X

7. Tentative de suicide (Tableau 28)

-Avoir une mauvaise satisfaction de son stage est un facteur associé aux tentatives de suicide spécifiquement à Tours.

-Etre âgé, avoir un faible soutien de son entourage, avoir perdu ou pris du poids au cours de son externat et être fumeur sont des facteurs associés aux tentatives de suicide spécifiquement à Paris.

	Âge	Mauvaise satisfaction du stage actuel	Faible soutien de l'entourage	Perte de plus de 2 kg	Tabagisme
Paris	X		X	X	X
Tours		X			

8. L'effet ville

-Les externes tourangeaux ont moins de chance d'avoir des troubles psychosomatiques que les externes parisiens (OR 0.72, IC [0.53-0.96]).

-Les externes tourangeaux ont moins de chance d'avoir des troubles du sommeil que les externes parisiens (OR 0.59, IC [0.45-0.77]).

-Les externes tourangeaux ont moins de chance d'avoir une dimension dépressive que les externes parisiens (OR 0.68, IC [0.42-1.09]).

-Les externes tourangeaux ont moins de chance d'avoir une consommation de cannabis à risque (CAST>ou=2) que les externe parisiens (OR 0.38, IC [0.21-0.66]).

-Les externes tourangeaux ont moins de chance d'avoir une dépersonnalisation élevée que les externes parisiens (OR 0.66, IC [0.49-0.88]).

-Les externes tourangeaux ont plus de chance d'avoir une perte d'accomplissement personnel élevée que les externes parisiens (OR 1.24, IC [0.96-1.60]).

9. Résumé des principaux facteurs associés multivariés par ville

	Anxiété		Dépression		Epuisement émotionnel		Dépersonnalisation		Perte d'accomplissement personnelle		Qualité de vie		Envie de renoncer		Idées suicidaires		Tentative de suicide	
	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours	Paris	Tours
Mauvaise satisfaction du stage	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X		X
Eloignement des proches important	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X					
Faible soutien de l'entourage											X						X	
Peu de sorties culturelles	X		X	X												X		
Peu de sorties restaurants/bars			X						X		X					X		
Age plus avancé	X		X	X	X							X	X	X	X		X	
Sexe féminin	X	X				X			X				X					
Prise ou perte de poids		X	X			X	X	X				X				X		X
Tabagisme actif				X								X				X	X	

5. Analyse des commentaires libres des externes

Les commentaires libres des externes de Tours sont en **Annexe n°9**. Les commentaires libres des externes de Paris7-Diderot sont en **Annexe n°10**.

Pour rappel, notre questionnaire comprenait à la fin un emplacement « commentaire libre », permettant aux externes de nous laisser leurs pensées.

On totalise 111 commentaires libres reçus à Tours dont 61 étaient longs (plus de 1 phrase) et 50 étaient courts (1 phrase ou 1 groupe de mots). A Paris, on totalise 112 commentaires dont 61 longs et 51 courts.

Les commentaires ont sensiblement les mêmes contenus à Tours et à Paris.

Ces commentaires concernent :

- Des remerciements ou des encouragements pour la réalisation de la thèse dans 54 commentaires à Tours et dans 34 à Paris.
- Des récits de mal-être dans 41 commentaires à Tours et 77 à Paris.
- Des remarques soulignant les limites de l'étude dans 41 commentaires à Tours et 12 à Paris.

Les récits de mal-être rapportent surtout des **difficultés dans les conditions de travail** en milieu hospitalier (« *J'ai choisi ce métier pour la collégialité et le partage entre collègues et je vois tout l'inverse à l'hôpital, des chefs qui se prennent pour les tout puissants, qui ne partagent pas une once de leur connaissance* »), le **statut précaire de l'externe** aussi bien **socialement** (avec le paradoxe d'être perçu comme des privilégiés, avec d'ailleurs un devoir de « service à rendre à la nation qui leur a payé leurs études » alors que leurs conditions de vies actuelles et futures, ainsi que la réalité de leurs études, divergent drastiquement de ces croyances populaires) que **financièrement** (« *la perception de pauvreté à notre âge qui est difficile à encaisser aux vue des amis/famille (pas en médecine) qui gagnent déjà leur vie* »), une **maltraitance de la part des médecins seniors** (« *de plus on rencontre beaucoup de chefs qui nous humilient durant les visites/ staff* »), **l'envie récurrente de tout arrêter** (« *L'envie de renoncer est de plus en plus grande* »), un certain **regret d'un choix d'une autre filière** (paramédicale offerte en fin de PACES ou carrément autre chose) (« *Aujourd'hui se tenaient les portes ouvertes à la FAC de Tours et la seule chose que je voulais dire aux futurs P1 était « prenez pas médecine, allez en dentaire » ...* »), **la pression académique avec l'alternance très chronophage faculté/hôpital** (« *Ce qui est assez marquant quand on est étudiant en médecine, c'est l'ambivalence de nos sentiments* »), la **difficulté à gérer sa vie privée**, ses relations sociales ou familiales (« *Mes amis me le reproche beaucoup et je culpabilise et ma famille me manque un peu* »), **l'angoisse importante de l'ECN** principalement chez ceux se signalant en **DFASM3** (« *Pour la D4, ce n'est peut-être pas tant l'influence des stages qui est difficile à supporter mais celle du concours +++* »), le **profond regret quand les étudiants se comparent à leur classe d'âge** et voient leurs amis avoir fini leurs études, fonder une famille, obtenir un travail, (« *Ce qui peut être difficile en tant qu'étudiant externe, c'est de voir ses*

*ami(e)s de collège/lycée s'installer et commencer à travailler alors que l'on n'est toujours pas autonome financièrement et qu'on peine à voir le bout du chemin ») la **longueur et la pénibilité des études** avec cette impression de tunnel sans fin (« Des études très longues et chronophages qui demandent beaucoup de sacrifices »), le **discrédit** jeté par certains seniors sur des carrières qui les attirent (notamment la médecine générale, la psychiatrie) (« et si tu veux faire med. G tant pis pour toi ça veut dire que tu es un raté!! »), **une peur de « perdre leur humanité »** (« J'étudie difficilement, ma famille me reproche d'être trop égoïste, je sens que je perds mon humanité. La médecine finalement, m'a pris tout ce que j'étais fier d'être moi-même. »)*

Certains rapportent des épisodes de **dépression caractérisée** (« J'ai fait une dépression sévère pendant 2 ans ») ou de **burn out** (« a posteriori je me suis rendue compte que j'avais fait un burn out ») ayant conduit à des arrêts dans leurs études mais aussi des **consommations pathologiques de toxiques** (« personnellement grosse consommation cannabis/alcool en soirée ce qui aurait été invraisemblable avant, et je sais que les raisons ne sont pas bonnes ») ou des **troubles du comportement alimentaire** (« pour ma part cela a fait renaître des troubles du comportement alimentaire que j'avais réussi à surmonter »).

La majorité des commentaires rapportent une souffrance et une très grande ambivalence entre toutes les vies à mener de front.

Enfin, certains commentaires contiennent des remarques soulignant les limites de l'étude comme pour le **questionnaire MBI** (« Peut être devriez-vous revoir le questionnaire pour la partie MBI, les réponses correspondent pas forcément aux questions (au final on comprends l'idée) »), pour lequel les propositions de réponses semblaient peu adaptées aux questions, la **longueur** du questionnaire (« c'est long »), l'absence de questions sur des **problématiques financières** (« Une question qui pour moi aurait été importante car elle est rentrée en compte dans bcp de réponse c'est les problème d'argent vis à vis des études »), ou sur les **relations sentimentales** (« Pas de question sur la vie amoureuse, qui est primordiale pour moi. ») ou le **recours à des professionnels de santé notamment de santé mentale** (psychologue, psychiatres, CMP) (« Peut être qu'une question sur la consultation de professionnels tels que psychiatres ou psychologues aurait pu être intéressante! »).

IV) Discussion

1) Résultats principaux de l'étude

A) A François Rabelais de Tours

- Le taux de réponses a été de 61.1% pour 63.8% de femmes et 36.2% d'hommes.
- 16% des externes sont fumeurs.
- 84.6% des externes consomment de l'alcool, dont 9.2% qui ont une probable alcoolo-dépendance.
- 6.4% consomment du cannabis, dont 70.5% en ont une consommation qui relèverait d'une prise en charge spécialisée et 9.6% des externes ont consommé des drogues dures durant leur externat.
- 24.1% des externes ont consommé des stimulants durant leur externat, 37.1% des anxiolytiques, 26% des somnifères et 13.4% des antidépresseurs.
- 39.9% des externes sont anxieux et 9.1% ont une dimension dépressive.
- 69.1% présentent au moins une dimension de burn out. 40.9% ont une dimension (burn out faible), 19.5% deux dimensions (burn out moyen) et 8.7% trois dimensions (burn out sévère).
- 26.7% des externes souffrent de troubles psychosomatiques, 57% ont des troubles du sommeil, 35.1% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 63.5% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 21.5% ont déjà pensé à se suicider et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

B) A Paris 7-Diderot

- Un Taux de réponse de 43.4% a été observé, pour 66.2% de femmes et 63.8% d'hommes.
- 23.5% des externes sont fumeurs.
- 82.3% consomment de l'alcool, dont 9.5% ayant une probable alcoolo-dépendance.
- 21.1% des externes consomment du cannabis, dont 49.5% ayant une consommation inquiétante qui relèverait d'une prise en charge spécialisée et 15.5% des externes ont consommé des drogues dures durant leur externat.
- 20.5% des externes ont consommé des stimulants durant leur externat, 32.8% des anxiolytiques, 24.9% des somnifères et 13.3% des antidépresseurs.
- 45.3% des externes sont anxieux et 12.1% ont une dimension dépressive.

- 76.1% présentent au moins une dimension de burn out, 39% ont une dimension (burn out faible), 24.9% deux dimensions (burn out moyen) et 12.1% trois dimensions (burn out sévère).
- 37.2% ont des symptômes psychosomatiques, 68.8% ont des troubles du sommeil, 37.6% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 65.6% ont déjà pensé à arrêter leurs études de médecine, 20.1% ont déjà pensé à se suicider et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

C) Comparatif François Rabelais de Tours –Paris 7-

Diderot

- L'échantillon de Tours est comparable à l'échantillon de Paris du point de vue du sexe, de l'âge et de la répartition entre promotions.
- Si 98,5 % des externes tourangeaux n'ont pas d'enfant, 100 % des externes parisiens sont sans enfant.
- Le lieu de vie diffère selon la ville. A Tours, les externes vivent principalement en appartements indépendants, alors qu'à Paris les externes vivent principalement chez leurs parents.
- Les pères et les mères des externes ont majoritairement un niveau d'études supérieures quelle que soit la ville.
- Les externes tourangeaux font plus de sport que les externes parisiens, font des sorties festives moins souvent que les externes parisiens, et visitent leur famille plus souvent que les externes parisiens. En revanche, la fréquence des sorties culturelles est identique dans les deux villes.
- Les externes des deux villes sont de façon comparable moyennement satisfaits de leur stage hospitalier actuel, ont le même sentiment d'avoir été éloignés de leurs proches par les études de médecine, et disposent du même soutien majoritaire de leur entourage.
- L'évolution du poids diffère selon les villes. Les externes tourangeaux ont tendance à perdre du poids, alors que les externes parisiens ont tendance à en prendre.
- Les externes parisiens fument plus que les externes tourangeaux.
- La consommation d'alcool est identique dans les deux villes. De plus il y a autant d'externes à Tours qu'à Paris qui ont une probable alcoolo- dépendance.
- La consommation de cannabis est plus élevée à Paris qu'à Tours et il y a plus d'externes à Paris dont l'addiction relèverait d'une prise en charge spécialisée.
- Il y a plus d'externes parisiens qui ont consommé des drogues dures durant leur externat que d'externes tourangeaux.
- La consommation de stimulants, anxiolytiques, somnifères et antidépresseurs est identique dans les deux villes.
- La proportion d'externes anxieux et dépressifs est comparable dans les deux villes.

- En ce qui concerne le burn out, l'épuisement émotionnel élevé est comparable dans les deux villes. En revanche, les externes parisiens sont plus nombreux à présenter une dépersonnalisation élevée ainsi qu'une perte d'accomplissement personnel élevé. De plus les externes parisiens sont plus nombreux à avoir au moins une dimension de burn out. Si la proportion d'externes ayant un seul degré de burn out est identique dans les deux villes, les externes parisiens sont plus nombreux à avoir deux ou trois dimensions de burn out.
- Les externes parisiens ont plus fréquemment des troubles psychosomatiques, ainsi que des troubles du sommeil.
- Le sentiment d'avoir une mauvaise qualité de vie est identique dans les deux villes.
- Enfin, l'envie d'arrêter ses études de médecine, la tentation suicidaire, et les tentatives effectives de suicide sont comparables dans les deux villes.

Les facteurs associés

- Quelle que soit la ville, les facteurs associés à l'anxiété, la dépression, le burn out, la mauvaise qualité de vie, l'envie de renoncer aux études, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, les plus fréquemment rencontrés, sont la mauvaise satisfaction en stage hospitalier actuel, la sensation d'avoir été éloigné de ses proches par la médecine, le fait d'avoir peu de soutien de la part de son entourage, de faire peu de sorties culturelles ou festives, d'avoir un âge plus avancé, d'être de sexe féminin, d'avoir eu une variation de son poids au cours de l'externat, et d'être fumeur.
- De plus, concernant « l'effet ville-dépendant », les externes parisiens ont plus de chances que les externes tourangeaux de développer des troubles psychosomatiques, des troubles du sommeil, une dépression, une consommation de cannabis à risque et une dépersonnalisation élevée. En revanche, les externes tourangeaux ont plus de chance que les externes parisiens de développer une perte d'accomplissement personnel élevé.

Les commentaires libres des externes

- Notre questionnaire a reçu un accueil enthousiaste avec, à Tours, 111 étudiants et, à Paris, 112 étudiants qui ont laissé des commentaires libres. Ces commentaires concernent majoritairement des récits de mal-être des étudiants (mais aussi quelques remarques soulignant les limites de notre étude, ainsi que des remerciements).
- Le principal enseignement de ces commentaires révèle la grande souffrance des étudiants face à leurs études, rapportée par une immense majorité, (aucun commentaire ne soulignait la joie d'être externe), ainsi qu'une grande ambivalence et un « grand écart » pour mener de front toutes les facettes de leurs vies facultaire, hospitalière et privée (cette dernière étant souvent sacrifiée).

2) Forces et limites de l'étude

A) Forces

Cette thèse quantitative de grande envergure est l'une des seules concernant la population des externes (du DFASM1 au DFASM3), sur la même année universitaire (2015-2016). C'est aussi une des rares études qui compare deux universités de régions françaises différentes (Tours et Paris7-Diderot), avec autant de diversité dans les thèmes abordés et leurs facteurs associés, assurant ainsi un balayage très large de l'état de santé des externes.

Les taux de réponse dans les deux facultés (61.1% à Tours et 43.4% à Paris7-Diderot) ont permis d'obtenir une excellente puissance aux données statistiques, avec $p < 0.05$. Le traitement des données en univarié puis en multivarié a permis d'obtenir des données statistiques pertinentes. Ceci montre aussi que le sujet a particulièrement intéressé les externes. Cela s'est en particulier retrouvé dans les « commentaires libres », ou grand nombre d'externes nous ont été très reconnaissants de « s'intéresser à leur sort trop souvent délaissé », laissant entrevoir une grande attente de leur part sur l'amélioration de leur santé et de leurs conditions de vie. De plus, l'anonymat a très certainement permis d'obtenir des réponses fidèles à la réalité de chaque participant.

Le protocole de l'étude a été strictement identique dans les deux facultés, rendant les bases de données fiables et comparables. Le questionnaire composé de questionnaires validés et fréquemment utilisés dans la littérature, permet ainsi la bonne comparabilité des données et leur reproductibilité.

Enfin, les bases de données larges et statistiquement pertinentes permettent leur utilisation pour des travaux de recherche ultérieurs.

B) Limites et biais

Ces données ne concernent que les étudiants en médecine de Tours et de Paris7-Diderot et ne peuvent être représentatives de la population des externes de France. Des études ultérieures comparatives avec d'autres villes doivent être envisagées.

La participation des externes à cette étude reposant sur le volontariat, on peut supposer que les étudiants les plus concernés par le sujet aient été plus enclins à répondre au questionnaire, encore que les plus épuisés aient pu, à l'inverse, refuser ce travail supplémentaire. Ainsi, on ne peut éliminer un biais de sélection sur notre échantillon.

Notre auto-questionnaire déclaratif, rempli via internet, présente l'avantage d'être plus facile à remplir et de ne pas influencer les réponses (contrairement à un questionnaire rempli par un examinateur), mais il comporte aussi des inconvénients : pause dans le remplissage du test, difficultés de concentration, possibilité de parasitage par des éléments extérieurs, réponses

automatiques et manque d'implication, erreur de frappe, possibilité de remplir plusieurs fois le même questionnaire pour un seul étudiant. De plus, comme tout auto-questionnaire, il peut exister un biais d'évaluation lié à la subjectivité des répondants ; par exemple, concernant le burn out, un externe véritablement épuisé pourra refuser d'admettre sa souffrance (de façon consciente ou non) et donc minimiser ses réponses à ce sujet. A l'inverse, un externe fatigué pourra majorer ses réponses sur ce sujet dans l'espoir d'être entendu et de faire évoluer la situation. De plus, ces questionnaires s'appliquaient à des externes qui pouvaient les connaître, ainsi que leurs grilles de cotation, ce qui a pu biaiser leurs réponses par peur d'obtenir un score pathologique.

Il peut aussi exister un biais d'investigation quant à la période de remplissage du questionnaire. En effet, l'année 2015-2016 correspond au passage à l'ECNi (Examen national classant informatisé), avec des ratés énormes dans sa réalisation et son organisation, aboutissant très probablement à un stress supplémentaire chez les externes. Cette année correspond également aux attentats de Paris en novembre 2015, ce qui a beaucoup perturbé les français, et pu influencer le moral des répondants. Le questionnaire a aussi été envoyé à la fin de l'hiver, période connue pour être pénible pour les organismes et les esprits.

Enfin, les facteurs associés de l'ensemble des thèmes de l'étude auraient pu être recherchés, ou encore d'autres questions auraient pu être posées ; il aurait pu être pertinent par exemple d'inclure des questions sur les finances des externes, leur statut sentimental ou encore l'intervention de psychologues ou de psychiatres dans leur vie, comme cela nous a été suggéré dans les « commentaires libres ». Il nous semblait néanmoins nécessaire de rendre le questionnaire moins lourd aux externes, dont on a supposé que le temps était précieux de par l'essence même de leur formation, avec peu de temps à consacrer à des tâches annexes.

3) Comparaison aux données de la littérature

La comparaison à la littérature a été rendue ardue par le fait que très peu d'études se sont intéressées au sujet. En effet, la majorité des travaux déjà édités concernent les populations des médecins seniors et des internes, mais très peu les externes. Les comparaisons sont donc à prendre avec le recul nécessaire, mais donnent une idée d'ensemble pertinente sur la santé des externes.

Notre étude confirme la féminisation de la médecine.

En effet, 63.8% des externes répondants de Tours et 66.2% des externes répondants de Paris sont des femmes. Ces chiffres (comparables l'un à l'autre) donnent une tendance globale de la représentativité des femmes en médecine. Ces données sont d'ailleurs confirmées par le CNOM (45) qui estime à l'heure actuelle la proportion de femmes en école de médecine à 64%. L'IRDES (46) confirme par ailleurs, que la proportion de femmes médecin est passée de 24.5% en 1984 à 40.1% en 2010 et l'INSEE (47) présente un chiffre de 44% en 2016. Ceci pourrait avoir son importance sur la démographie médicale et l'offre de soins sur le territoire. En effet, le temps de travail des femmes est parfois moindre que celui des hommes, en raison notamment des congés maternités et de la parité encore imparfaite en terme de vie familiale. Ceci n'ayant pas été anticipé, en particulier par l'évolution du numérus clausus, cela pourrait conduire (conjointement aux nombreux départs en retraite des « baby-boomers »), à des difficultés de démographie médicale et donc à une pression accrue sur les étudiants en médecine et sur les jeunes médecins.

Notre étude retrouve que la majorité des externes ont un poids stable, avec tout de même des variations spécifiques à chaque ville.

Nous retrouvons plutôt une perte de poids à Tours et une prise de poids à Paris. Sans tomber dans le cliché, pourrait-on extrapoler que le stress inhérent à la capitale provoque une prise de poids, là où l'hygiène de vie en province engendrerait à l'inverse une perte de poids? Ceci pourrait sembler simpliste, mais c'est tout de même le reflet de certains résultats de notre étude développés plus loin. Notons qu'une étude (48) a été réalisée dans 3 universités bretonnes auprès des étudiants de 1^{ère} année d'université concernant leur alimentation. On observe une prise de poids dans 65% des cas et dans 34% des cas une perte de poids. La prise de poids n'excède pas 5 kg chez 2/3 des étudiants concernés. La perte de poids est inférieure à 5 kg chez 58% des étudiants concernés. Ces résultats diffèrent des nôtres, mais notons qu'il n'apparaît pas ici de possibilité de stabilité de poids, qui n'existe que dans notre étude (à savoir une stabilité ou variation de moins de 2 kg).

Notre étude confirme que les externes sont moyennement épanouis dans leurs stages hospitaliers.

En effet, à la question « êtes-vous satisfaits de votre stage hospitalier ? », la moyenne de notre étude est de 3,44 (+/-0.97) à Tours et 3.33 (+/-1) à Paris sur une échelle de 1 à 5 (1=pas du tout satisfait, 5=très satisfait). Ces chiffres sont très voisins dans les deux villes, laissant supposer que la satisfaction moyenne en stage n'est pas une problématique de région, mais semblerait peut-être extrapolable à l'ensemble de la population des externes de France ?

Ceci corrobore les chiffres donnés par l'ANEMF (18) dans une étude nationale portant sur les étudiants en médecine et jeunes médecins, retrouvant que 56,8 % des étudiants en médecine de France ne sont pas satisfaits de leur stage, et ont en particulier le sentiment d'y être exploités (avec une tendance à l'augmentation de ce sentiment selon l'avancement dans le cursus). Seulement 41,3 % ont le sentiment d'être plutôt bien formés dans les établissements de santé français. On retrouve également de fortes problématiques comme la faible rémunération, les nombreuses tâches ingrates à effectuer pour pallier le manque de personnel, et le manque de reconnaissance, ainsi que la maltraitance de la part de la hiérarchie ; ces différents thèmes ressortent également dans notre travail par l'intermédiaire des commentaires libres des externes recoupant totalement ces informations.

Enfin dans notre étude, l'insatisfaction en stage est un facteur principal associée à l'anxiété, à la dépression, au burn out, à la mauvaise qualité de vie, à l'envie de renoncer aux études de médecine et aux idées suicidaires/TS. Il nous semblait important de le rappeler ici, car c'est un résultat majeur de notre étude, que l'on ne peut comparer à aucuns autres travaux, car cela n'a jamais été fait, en particulier chez les externes.

Notre étude confirme également le sentiment d'isolement provoqué par les études de médecine.

En effet dans notre étude, à la question « avez-vous le sentiment que la médecine vous a éloigné de vos proches ? » La moyenne est de 3,78 (+/-1.17) à Tours et 3.82 (+/-1.15) à Paris sur une échelle de un à cinq (1=pas du tout d'accord, 5=tout à fait d'accord).

Comme pour l'insatisfaction en stage, le caractère très voisin des résultats laisse supposer que la problématique de l'isolement consécutif aux études de médecine n'est pas en rapport avec la région. Là encore, peut-on extrapoler qu'il s'agit d'un fait national ?

Ceci est étayé une nouvelle fois par les chiffres avancés par l'ANEMF (18) qui retrouvent que 74,2 % des étudiants en médecine de France ont le sentiment d'avoir perdu une partie de leur entourage consécutivement à leurs études de médecine, et que seulement 15 % des étudiants ont le sentiment d'avoir suffisamment de temps à consacrer à leur vie personnelle.

De plus, l'isolement et l'éloignement des proches à cause des études de médecine est aussi un facteur principal de notre étude. Il est associé à l'anxiété, la dépression, au burn out, à la

mauvaise qualité de vie, à l'envie de renoncer aux études de médecine, aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Il nous semblait également important de le rappeler, même si, là encore, aucune étude n'est parue, en particulier sur les externes, permettant de mettre ce résultat en relief.

Notre étude confirme une consommation de toxiques importante parmi les étudiants.

Nous avons trouvé une consommation tabagique pour 16 % des externes tourangeaux et 23,5 % des externes parisiens, avec une augmentation de la consommation au cours du cursus pour 51.1% d'entre eux à Tours et 56.5% à Paris. Ceci est comparable à ce qui est retrouvé dans le travail de VAYSSE **(33)** chez les étudiants en médecine de deuxième année, retrouvant 16% de fumeurs, le travail de JOSSERAN de 2003 **(41)** à Paris 6 qui retrouve que 21% des étudiants en médecine sont fumeurs, tout comme DELAHAYE **(37)** chez les étudiants en médecine de Paris 5 (entre le DFGSM2 et le DFASM3) et dans la thèse de HUYNH **(38)** chez les étudiants en DFGSM3 à Lille, retrouvant que 21% des internes lillois sont fumeurs avec une augmentation de leur consommation de 55% durant leur cursus. Le CNOM dans son étude nationale sur toute la population médicale, (et présentant des résultats cycle par cycle) **(19)**, reporte un taux de fumeurs de 17% chez les étudiants de deuxième cycle. Enfin, THEVENET, dans sa thèse sur les internes d'Ile de France et du Languedoc Roussillon, **(32)** retrouve 28,7% de fumeurs.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, les chiffres retrouvés à Tours et à Paris sont extrêmement proches. 84,6 % des externes tourangeaux et 82,3 % des externes parisiens consomment de l'alcool. Parmi eux, 9,2 % des tourangeaux et 9.5% des parisiens présentent une probable alcoolo-dépendance. Ces chiffres sont également retrouvés dans le travail de VAYSSE **(33)** où 8 % des étudiants en médecine de deuxième année présentent une probable alcoolo dépendance, mais également dans les travaux de DELAHAYE **(37)** qui retrouve que 85 % des étudiants en médecine de Paris 5 entre le DFGSM2 et le DFASM3 consomment de l'alcool, et HUYNH **(38)** à Lille, avec une consommation d'alcool chez 86% des DFGSM3. THEVENET **(32)** retrouve 45,6% des internes qui déclarent consommer de l'alcool, dont 54,8% qui ont connu une situation d'ébriété, ce qui s'éloigne de nos chiffres, probablement car les responsabilités inhérentes à l'internat ne permettent pas de telles dérives.

Concernant le cannabis, 6.4% en consomment à Tours et 21.1% à Paris. Parmi eux, 70.5% à Tours et 49.5% à Paris ont une consommation qui relèverait d'une prise en charge spécialisée. Les chiffres diffèrent entre les deux villes ; on peut supposer que l'accès au cannabis est plus facile à Paris qu'à Tours, ou encore que l'atmosphère très urbaine et festive de la capitale soit propice à l'expérimentation de cette substance. VAYSSE **(33)** retrouve 15% de consommateurs en deuxième année de médecine, dont 50% ayant une consommation problématique, et HUYNH **(38)** 18% de consommateurs parmi les internes Lillois. Ceci se rapproche du chiffre parisien de notre étude, montrant par la même que la problématique du cannabis semble légèrement épargner Tours comparativement aux métropoles.

En revanche, DELAHAYE à Paris 5 **(37)** retrouve un taux de consommation à 50%, mais on peut l'expliquer par le fait que ce dernier ne s'est pas intéressé uniquement aux consommateurs réguliers, mais aussi aux consommateurs expérimentaux.

La consommation de drogues dures concerne 9.6% des tourangeaux et 15.5% des parisiens. Dans sa thèse, THEVENET **(32)** retrouve que 4% des internes d'Ile de France et du Languedoc Roussillon ont consommé des drogues dures. Les chiffres, notamment parisiens, paraissent donc assez élevés par rapport à cette thèse ; ceci peut être expliqué de nouveau par le fait que l'internat est une période dans laquelle les responsabilités professionnelles, l'âge, et le statut font que les consommations de drogues dures sont moins importantes que lors de l'externat, dont on pourrait supposer qu'il est plus festif, dans des tranches d'âge plus enclines à expérimenter ce genre de produits, et dans un contexte de responsabilités hospitalières restreintes.

Enfin, en ce qui concerne la consommation médicamenteuse, les taux de consommation d'anxiolytiques sont de 31.7% à Tours et 32.8% à Paris. La consommation d'antidépresseurs est de 13.4% à Tours et 12.3% à Paris. La consommation de psychostimulants est de 24.1% à Tours et 20.5% à Paris. Enfin, la consommation de somnifères est de 23% à Tours et 24.9% à Paris. Ce que l'on remarque d'emblée, c'est la similitude de ces chiffres entre les deux villes, donnant de la puissance à ces résultats. Ces données sont retrouvées dans la littérature ; Le CNOM dans son enquête nationale de 2016 **(19)**, relève que 24% des étudiants en deuxième cycle consomment des Anxiolytiques, 9% des antidépresseurs et 20% des somnifères, ce qui corrobore nos résultats. De même, l'étude **(39)** réalisée auprès de 1718 étudiants en médecine de France retrouve que le tiers d'entre eux consomme des psychostimulants, ce qui se rapproche de nos résultats.

L'ANEMF **(18)** quant à elle, estime que 25.7% des étudiants en médecine de France consomment des psychostimulants, 8.7% des antidépresseurs, et 21% des anxiolytiques. La différence avec nos chiffres plus élevés peut s'expliquer par la population étudiée, tandis que notre enquête se concentre sur les DFASM 2,3 et 4, c'est-à-dire l'externat, période dont nos résultats ont tendance à prouver qu'elle est particulièrement dure. Le travail de l'ANEMF concerne tous les étudiants, toutes années confondues, comprenant donc des années potentiellement plus détendues.

Au final, la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis et de médicaments des externes de Tours et de Paris se rapproche tout de même de ce que l'on peut constater dans la littérature à l'échelle nationale, mettant en relief la souffrance des externes. Une telle consommation de toxiques puise probablement son origine dans la pénibilité du quotidien, et n'est pas sans conséquence sur la santé, pouvant facilement faire le lit de pathologies comme, entre autres, la dépression, l'anxiété, et le burn out.

Ceci tend à prouver aussi que la consommation tabagique, alcoolique, médicamenteuse, de drogues dures et de cannabis est un réel problème chez les externes de Tours et de Paris (et probablement de France), alors qu'ils sont les plus à même de connaître les dangers de cette addiction. Pourtant, un nombre non négligeable d'entre eux consomment ces produits, laissant penser que malgré les connaissances sur leurs effets néfastes, la dureté du quotidien

de ces étudiants fait tomber cette barrière. Là encore, une comparaison avec d'autres universités françaises serait très intéressante pour donner encore plus de relief à ces résultats.

Notons tout de même, pour être tout à fait exact, que les externes parisiens ont tendance à un peu plus consommer de tabac, de cannabis et de drogues dures que les externes tourangeaux. La province permettrait-elle par sa « douceur » d'avoir une meilleure hygiène de vie que le stress et le faste de la capitale ? Un élément de réponse se trouve peut-être dans nos résultats, qui ont démontré que les externes tourangeaux faisaient moins la fête et faisaient plus de sport que les externes parisiens...

Notre étude confirme la tendance de survenue de syndromes anxio-dépressifs chez les externes.

Nous avons retrouvé que 39.9% des tourangeaux et 45.3% des parisiens ont une dimension anxieuse en association en particulier avec le sexe féminin, mais également que 9.1% des tourangeaux et 12.1% des parisiens ont une dimension dépressive. On peut d'ores et déjà constater que ces chiffres sont proches dans les deux villes, avec tout de même une prévalence supérieure à Paris. Notre étude a d'ailleurs montré qu'un externe parisien a plus de chance d'avoir une dimension dépressive qu'un externe tourangeau. Cela peut s'expliquer par la pénibilité du quotidien des externes exacerbée à Paris, lieu où l'on peut se sentir plus anonyme notamment par le fait que les promotions comportent plus d'étudiants (on note en effet 882 externes à Tours contre 1143 à Paris), mais également « perdu » en tant qu'individu, noyé dans la foule d'une grande ville (au climat souvent peu clément), avec le stress que cela peut engendrer (transports en commun, insécurité...).

Notre étude a mis en exergue des facteurs associés à l'anxiété et la dépression comme l'insatisfaction de son stage hospitalier, l'éloignement des proches, l'âge élevé, le peu de sorties culturelles et physiques, la variation de poids... mais seuls le sexe féminin et l'absence d'activité physique ont trouvé écho à l'anxiété dans d'autres études. On peut d'ailleurs s'interroger ici sur une possible influence du lieu de vie sur les symptomatologies anxio-dépressives. Les externes parisiens vivent, dans notre étude, majoritairement chez leurs parents, alors que les tourangeaux vivent en majorité en appartement indépendant. On pourrait penser que d'habiter chez ses parents, avec le soutien familial primordial que cela sous-tend (et qui est cher aux externes, puisque l'éloignement des proches est un facteur associé à l'anxiété-dépression), pourrait être un facteur d'équilibre pour les externes ? Et pourtant non au regard de nos résultats qui corroborent ceux de GAVRAND (23) qui soulève que d'habiter chez les parents est un facteur de mal-être psychologique. Alors, peut-on supposer que de vivre dans son appartement indépendant peut offrir une latitude d'action salvatrice quant à son bien-être mental ? En faire une conclusion serait hâtif, les réponses à

une problématique aussi complexe que celle du syndrome anxio-dépressif étant bien entendu multifactorielles.

VAYSSE (33) relève que 44% des étudiants en deuxième année de médecine sont anxieux et 3.6% ont une dimension dépressive. Si la prévalence de l'anxiété est comparable, celle de la dépression ne l'est pas. Cela peut s'expliquer par la population étudiée, VAYSSE ayant porté son étude sur les étudiants en deuxième année de médecine, réputée pour être une des plus abordables. Il constate pourtant déjà de fortes prévalences d'anxiété, ce qui corrobore la forte angoisse inhérente aux études de médecine pré-ENC. En revanche, comme dans notre étude, l'association de l'anxiété de façon préférentielle au sexe féminin y est confirmée, tout comme dans le travail de GAVRAND (23), qui relève aussi que la faible activité physique y est associée.

KERRIEN (34) dans sa thèse sur les internes de Brest, retrouve 13% de dépressifs et 28% d'anxieux. Une nouvelle fois, l'anxiété diffère probablement à cause de la population étudiée. Les externes, avec les cours, les stages hospitaliers, et la préparation de l'ECN, ont supposément une composante anxieuse différente de celles des internes.

L'ANEMF (18) retrouve un taux de dépression ou d'anxiété de 14.7%, mais ce chiffre ne fait pas la distinction entre anxiété et dépression et encore une fois, prend en compte l'ensemble des étudiants en médecine et jeunes médecins. Cela nous conforte tout de même dans notre hypothèse, car les chiffres que nous avons obtenus dans notre étude sont bien plus élevés, confirmant que l'externat est une période extrêmement pénible pour les étudiants.

A titre de comparaison, trois études.

-BERREWAERTS (49) en Belgique s'est intéressé à l'anxiété chez les étudiants en médecine de Namur. 56,3% des interrogés présentent un niveau moyen de stress et cette anxiété est associée significativement avec le fait d'avoir plus de 24 ans, être une femme et cumuler un emploi avec ses études. Une nouvelle fois, on retrouve également dans notre étude une association entre l'anxiété et le sexe féminin. Cette comparaison doit tout de même être relative compte tenu des différences inhérentes à chaque pays, mais cela permet de voir une tendance claire lorsque l'on cumule ce résultat avec notre étude. Les étudiants en médecine sont particulièrement touchés par les troubles anxieux.

-DOUGLAS (35) dans une méta-analyse américaine de 2015, retrouve une prévalence de la dépression chez les internes en médecine de 28,8%. Cette méta-analyse est d'une grande ampleur puisqu'elle a interrogé de nombreuses études, soit un total de 17 500 internes ; mais les méthodologies des études sont disparates, ce qui en constitue la principale faiblesse. De plus la comparabilité avec notre travail reste aléatoire, n'étant pas située dans le même pays. Nous pouvons tout de même en déduire que la dépression semble être une pathologie récurrente chez les étudiants en médecine.

- Enfin, SRIJAN SEN (50) dans une étude de cohorte prospective américaine, s'est lui intéressé aux facteurs associés à la dépression. On observe une association avec le sexe féminin, des

difficultés familiales, un antécédent de dépression ou névrose, le fait d'avoir suivi des études américaines. Le mauvais soutien de l'entourage ou le sexe féminin ne sont pas des facteurs qui y sont associés dans notre étude, avec encore une fois les précautions à prendre quant aux comparaisons entre pays différents ; mais on peut constater que ces pathologies sont intriquées les unes dans les autres, et que des études ultérieures pourraient aider à mieux comprendre les mécanismes et facteurs de risques de l'anxiété et de la dépression, souvent regroupés dans le même terme de syndrome Anxio-dépressif **(51)**.

L'anxiété et la dépression semblent donc être monnaie courante dans les populations d'étudiants en médecine, en particulier chez les externes. D'autres travaux seront nécessaires pour mettre cette problématique en exergue, (bien que ce soit d'ores et déjà une des plus étudiées (ANEMF, CNOM...)), car ce sont les premières expressions de la dureté du cursus médical. Concours/compétitions/longueur des études/renoncement...engendrent de façon évidente stress, angoisse et dépression.

Notre étude confirme que les externes sont particulièrement exposés à la survenue de burn out.

A Tours, 69.1% présentent au moins une dimension de burn out. 19.5% ont deux dimensions (burn out moyen) et 8.7% trois dimensions (burn out sévère). De plus, 29,9 % ont un épuisement émotionnel élevé, 25,2 % ont une dépersonnalisation élevée et 50,9 % une perte d'accomplissement personnel élevée.

A Paris, 76.1% présentent au moins une dimension de burn out. 24.9% ont deux dimensions (burn out moyen) et 12.1% trois dimensions (burn out sévère). De plus, 34,6 % ont un épuisement émotionnel élevé, 32,6 % ont une dépersonnalisation élevée, et 57,9 % ont une perte d'accomplissement personnel élevée.

Notons d'emblée le caractère assez voisin des chiffres avancés dans les deux villes, même si les externes parisiens sont tout de même plus atteints. Les raisons possibles à cette légère différence entre les deux villes rejoignent celles déjà exposées.

La problématique du burn out est une des plus étudiées dans la population des étudiants en médecine et des médecins seniors. Du fait de la nature même du métier, et des exigences décrites tout au long de ce travail, il est logique que ces populations soient particulièrement exposées à cette pathologie.

À l'échelle des médecins, TRUCHOT **(8, 9, 10)** rapporte que 47 % des médecins libéraux souffrent d'épuisement professionnel, pendant que CATHEBRAS **(11)** et GALAM **(12)** soulignent respectivement que ce taux s'élève à 60% chez les médecins généralistes de Champagne-Ardenne/Poitou Charentes et 53% en Ile de France.

À l'échelle des internes, Letourneur **(24)**, dans sa thèse sur tous les internes de médecine générale de France, soulève que 16% ont un épuisement émotionnel élevé, 33.9% une dépersonnalisation élevée, 38.9% une perte d'accomplissement personnel élevée et 7% sont en burn out sévère. SOUPAULT dans sa thèse de 2014 **(31)** retrouve que 13.5% des internes d'Île de France présentaient un taux élevé de burn out dans les trois dimensions, 15% présentaient deux dimensions atteintes et 35% une seule dimension. RIVOIRE **(26)** note que 53% des internes du CHU de Tours ont au moins une dimension de burn out, pendant que BARBARIN **(27)** relève que ce chiffre s'élève à 57% chez les internes du CHU de Nantes. Ces prévalences sont similaires dans les travaux de CAUCHARD à Montpellier, **(28)** ERNST à Strasbourg **(29)** et GUINAUD à Créteil **(30)**. Ces données sont proches des nôtres, leur donnant du poids, et montrant une réelle continuité dans la souffrance entre l'externat et l'internat.

A l'échelle des externes, une des rares études s'étant intéressé au burn out dans cette population, est celle de MAZAS **(20)** en 2012 qui relève chez les étudiants en DFASM1 de Paris5-René Descartes, que 18,4 % ont un épuisement émotionnel élevé, 32,8 % une dépersonnalisation élevée et 25,3 % un accomplissement personnel bas. 59,8 % des étudiants étaient en burn out : 44,3 % avaient une atteinte faible (une dimension), 14,4 % une atteinte modérée (deux dimensions) et 1,1 % une atteinte sévère (3 dimensions). On peut constater que le burn out semble frapper plus les externes de Tours et Paris-Diderot en 2016, que ce n'était le cas pour les externes de DFASM1 en 2012 à Paris 5. Les résultats obtenus dans notre étude sont systématiquement plus élevés que ceux de MAZAS, hormis le taux de burn out faible (1 dimension) qui est plus élevé dans la thèse de MAZAS et la prévalence de dépersonnalisation élevée, qui est inférieure à Tours comparé aux deux universités parisiennes. Ces différences peuvent être expliquées par la population étudiée. En effet, notre étude prend en compte tous les externes, alors que MAZAS n'a étudié que les DFASM1. De plus, comme exposé depuis le début, il est fort probable que les externes se sentent plus dépersonnalisés à Paris, ville plus grande où les étudiants sont plus nombreux et potentiellement plus anonymisés, qu'à Tours, dont l'atmosphère plus confidentielle pourrait favoriser un maintien de la dépersonnalisation basse.

En ce qui concerne les facteurs associés, MAZAS retrouve une association du burn out en analyse multivariée avec le fait d'être un homme, d'avoir peu de temps pour soi et sa famille, de ne pas pratiquer d'activité physique et de ne pas recommencer ses études de médecine si on en avait le choix. Dans notre étude, un critère similaire est observé à savoir l'éloignement des proches qui est associé au burn out.

SOUPAULT **(31)** s'est également intéressée aux facteurs prédictifs de burn out chez les internes. On y constate que l'anxiété et l'envie d'arrêter médecine sont des facteurs associés au burn out, faits que l'on retrouve aussi dans notre étude. On note en revanche, que le soutien professionnel est un facteur protecteur contre le burn out. Dans notre étude nous abordons un point qui pourrait sembler similaire, qui est le soutien de l'entourage. Ceci, toute proportion gardée, se rapproche du soutien professionnel, or nous n'avons pas trouvé de corrélation avec le burn out.

THEVENET (32) s'est intéressé au burn out chez les internes d'Ile de France et du Languedoc Roussillon, ainsi qu'à ses facteurs associés. Il retrouve une association entre l'épuisement émotionnel et le nombre d'heures travaillées. La dépersonnalisation est favorisée par le jeune âge, le sexe masculin et le faible nombre de week-ends libres. Le manque de temps est associé avec la perte d'accomplissement personnel. Le burn out sévère est lié au nombre de gardes par mois. Aucun de ces facteurs associés n'est retrouvé dans notre étude.

Il semble donc évident que, les sources de souffrance et les problématiques dans lesquelles le burn out trouve ses racines, sont différentes entre externat et internat. Mais ce qui est intéressant, c'est de constater que la résultante reste cependant identique avec des prévalences de burn out aussi élevées chez les externes que chez les internes. Faire une étude comparative des facteurs associés au burn out de l'externat et de l'internat pourrait donc être une future piste d'investigation très intéressante pour mieux comprendre ces populations et les problématiques s'y rattachant.

Nous avons donc observé des similitudes entre notre étude et les nombreuses autres ayant déjà été menées sur le burn out. Certains commentaires libres sont d'ailleurs très révélateurs. Dans l'étude de GALAM (12) un médecin écrit : «Merci de faire (enfin) cette étude, malgré des conditions de travail "ultra privilégiées", le burn out n'a jamais été aussi proche de moi. Je connais pas mal de collègues qui sont à la limite du syndrome, merci de creuser le sujet » ; et dans notre étude un externe écrit : « la vie d'externe , est pour moi accablante car on se sent seul , éloigné de sa famille à travailler toute la journée, et en stage pour la plupart du temps on se retrouve avec des internes eux même occupés par leurs soucis , ne me prêtant guère d'intérêt , on se sent inexistant, et on a peur du burn out». Une tendance globale se détache donc. La population des médecins, et celle des étudiants en médecine (et en particulier les externes), sont particulièrement touchées et menacées par cette pathologie.

Il serait très intéressant de pouvoir comparer ces résultats avec d'autres études menées dans le reste de la population française du même âge.

Notre étude confirme les fortes prévalences des idées suicidaires et tentatives de suicide chez les externes.

Une des conséquences bien souvent des syndromes anxio-dépressif et du burn out est l'envie suicidaire.

21,5 % des externes tourangeaux et 20,1 % des externes parisiens ont déjà pensé à se suicider. 2,6 % des externes tourangeaux et parisiens ont déjà fait une tentative de suicide. Il est ici effrayant de constater la quasi exacte similitude entre les deux villes. En effet, si certaines autres données de notre étude discordent entre Tours et Paris, celles-ci concordent parfaitement, laissant clairement entrevoir la violence et la difficulté des études de médecine.

L'ANEMF (18) dans son étude de 2013 retrouve que 21.3% des étudiants en médecine français ont déjà pensé à se suicider, ce qui concorde parfaitement avec nos résultats. Le CNOM (19)

confirme cette tendance avec 16% de pensées suicidaires chez les étudiants en deuxième cycle.

Le fait d'1 externe sur 5 suicidaire se détache. Ce chiffre est l'un des plus importants de notre étude, mettant réellement en relief la souffrance des externes et étudiants en médecine de façon plus générale, d'autant plus lorsqu'on le compare au taux de pensées suicidaires dans la population générale des 20-30 ans en France, qui est de 3.4% d'après l'INPES (52). A titre de comparaison (13), LEOPOLD en 2003 (13) retrouve un taux de suicide, chez les médecins seniors, de 14%, pour un taux dans la population générale du même âge de 5,4%...

D'ailleurs il est intéressant de constater que les facteurs associés aux tentations suicidaires d'après l'INPES sont l'alcool (non retrouvé dans notre étude) et l'isolement que l'on retrouve dans notre travail, sous des formes qui peuvent s'y apparenter: peu de sorties culturelles et festives (dû à un repli sur soi suite à une pathologie psychiatrique telle que la dépression ou le burn out, ou bien une surcharge de travail empêchant toute vie sociale ?), faible soutien de l'entourage et insatisfaction du stage hospitalier (pouvant aboutir à de l'absentéisme, donc à de l'isolement).

De plus, quand un médecin dans l'étude de GALAM (12) évoque « L'évolution vers un état dépressif majeur avec le suicide comme seule issue, personnellement, j'y pense de plus en plus », le parallèle peut aussi se faire avec les externes de notre étude qui nous disent en commentaire « Je suis à bout. J'en ai marre de l'externat. J'aimerais me suicider et en finir ».

Ainsi, nous avons constaté que les externes sont particulièrement touchés par les idées suicidaires, bien plus d'ailleurs que dans la population générale. Leurs études sont un terreau fertile pour cela... L'isolement est dans tous les cas identifié comme facteur associé, et les « occasions » de s'isoler lorsqu'on est externe sont nombreuses... Grâce à nos données, complétées par celles d'indispensables études ultérieures, des vies pourraient être sauvées.

Notre étude confirme la survenue de troubles du sommeil chez les externes.

Notre étude retrouve que 57 % des externes de Tours souffrent de troubles du sommeil ainsi que 68,8 % des externes de Paris. Une constatation de notre étude est qu'un externe parisien a plus de chance de présenter des troubles du sommeil qu'un externe tourangeau. Ceci peut être expliqué une nouvelle fois par la supposée pression inhérente à la capitale, mais aussi par le fait que les étudiants y sont plus nombreux et donc confrontés à une concurrence directe plus « visible ».

Costa (17) retrouve que 40 % des internes toulousains souffrent de troubles du sommeil. L'ANEMF, quant à elle dans son étude de 2013, (18) retrouve que 87 % des étudiants et jeunes médecins manquent de sommeil. À titre de comparaison, une étude tunisienne menée en 2012 (43) retrouve que 50 % des étudiants en médecine à Tunis ont un mauvais sommeil.

Ces chiffres confortent les résultats de notre étude, étayant bien le fait que les étudiants en médecine dans leur ensemble souffrent de problèmes liés au sommeil, et en particulier au cours de l'externat. L'anxiété, le stress (l'ANEMF retrouve également **(18)** que 69% des étudiants en médecine se sentent stressés et que 52.1% n'arrivent pas à lutter contre leur stress, une des conséquences probables est la perte de la qualité du sommeil), la pression inhérente à ces études, les innombrables heures de travail y compris nocturne, peuvent expliquer cette symptomatologie.

Notre étude confirme la survenue de troubles psychosomatiques chez les externes.

27,6% des externes de Tours et 37,2 % des externes de Paris ont une symptomatologie psychosomatique.

Une nouvelle fois nous pouvons constater une (légère) différence entre les deux villes qui peut s'expliquer par les mêmes raisons données précédemment et une nouvelle fois également, notre étude a montré qu'un externe parisien a plus de chance de présenter des troubles psychosomatiques qu'une externe tourangeau.

COSTA, **(17)** dans sa thèse de 2015, retrouve que 42 % des internes toulousains souffrent de troubles psychosomatiques. Cette prévalence se rapproche de la prévalence parisienne mais pas de la tourangelle.

La comparaison entre les externes et les internes est aléatoire, car leur situation de vie est différente. Les premiers préparent le concours de l'IECN quand les seconds l'ont passé et ont commencé leur vie active avec des problématiques différentes. En revanche, si le niveau de stress pouvant expliquer la survenue de troubles psychosomatiques n'est pas de même nature lors de l'externat et lors de l'internat, il n'en reste pas moins qu'il reste comparable, puisque bien que d'origine différente, le niveau global de stress reste identique.

Notre étude confirme que les externes ont pour beaucoup le sentiment d'avoir une mauvaise qualité de vie.

35,1 % des externes de Tours et 37,6 % des externes de Paris estiment avoir une mauvaise qualité de vie ; ces chiffres sont proches, ne laissant pas entrevoir une dimension « ville-dépendante ». Peu d'études ont été menées sur le ressenti des étudiants en médecine par rapport à leur qualité de vie. Cela dit, on peut citer une étude menée en PACES en 2015 **(44)**, retrouvant une note moyenne de 4 sur une échelle de 1 à 7 (questionnaire SF-36), 7 correspondant à une satisfaction totale de vie. Même si les questionnaires utilisés dans notre étude et dans l'étude de 2015 ne sont pas les mêmes (SWLS Vs SF-36), une tendance globale

se dessine. Notons également qu'il est logique, d'une certaine façon, que les étudiants en PACES estiment avoir une qualité de vie inférieure aux externes, puisqu'ils sont en pleine année de concours, réputée une des plus dure, celle-là même qui leur donnera l'opportunité d'être ou non médecin.

De plus, l'ANEMF **(18)** pointe du doigt que seulement 15% des étudiants en médecine estiment avoir suffisamment de temps pour eux et que 96.5% estiment que leurs études empiètent largement sur leur vie privée. Même si ces chiffres ne sont pas réellement comparables à ceux de notre étude, ils participent tout de même à l'étayage de nos résultats qui montrent qu'une grande partie des externes ne sont pas satisfaits de leur qualité de vie.

Enfin, de nombreux facteurs associés à la mauvaise qualité de vie ont été soulevés par notre étude, mais aucune étude française n'existe pour pouvoir les comparer.

Notre étude confirme que les externes ont pour la plupart déjà pensé à arrêter leurs études de médecine.

63,5 % des externes de Tours et 65,6 % des externes de Paris ont déjà pensé à mettre fin à leurs études de médecine. Ici, il est intéressant de constater qu'il n'y a pas de différence de prévalence entre les villes.

COSTA **(17)** retrouve que 30 % des internes toulousains ont déjà pensé à arrêter leurs études de médecine au cours de leur internat; la différence peut s'expliquer par l'avancement des internes qui sont plus proches de la fin de leurs études et pensent moins à quitter le cursus. L'ANEMF **(18)** retrouve que 59% des étudiants en médecine de France ont déjà pensé à arrêter leurs études de médecine, ce qui corrobore totalement nos résultats. De plus, pour étayer encore d'avantage ce constat, l'ANEMF retrouve également que 52.1% des étudiants en médecine de France se déclarent non épanouis dans leurs études et que seulement 68.4% se déclarent satisfaits de leurs études.

En outre LEROY-CORBON **(16)** retrouve chez les internes de médecine générale de Reims, que 22% ne referaient pas médecine et 30% le referaient différemment.

Ces multiples données révèlent bien une tendance globale inquiétante ; en effet nous pouvons constater que quelle que soit l'année d'études, mais aussi quel que soit le lieu d'étude, le pourcentage d'étudiants pensant sérieusement à quitter le cursus est non négligeable. Dans ce contexte, il est facile d'imaginer que le corollaire de cette volonté de tout arrêter est un profond mal-être, consécutif à des études pouvant être perçues comme oppressantes et très pénibles. Ceci transparaît de façon assez criante dans les commentaires libres à la fin de notre étude dont la majorité traduit une souffrance parfois profonde et qui affecte tous les aspects de la vie des étudiants concernés, avec des répercussions notamment sur la vie privée. On perçoit également cette souffrance dans l'étude de GALAM **(12)** où les commentaires libres des médecins sondés rapportent également une souffrance dont la mise en parallèle ici est intéressante.

Enfin, de nombreux facteurs associés à l'envie d'arrêter les études de médecine ont été soulevés par notre étude, mais sans base de comparabilité externe.

Notre étude laisse pressentir une vie d'externe plus pénible à Paris qu'à Tours.

Il a été démontré que l'état de santé des externes était mauvais. Beaucoup de souffrances ressortent des chiffres mais également des commentaires des étudiants, et ce, quelle que soit la ville. Les données statistiques émanant de notre étude sont globalement concordantes dans les deux villes. De même les facteurs associés aux différents thèmes (difficilement comparables avec la littérature, car novateurs dans la population étudiée) se retrouvent de façon comparable à Tours et à Paris. Tout ceci permet de donner de la puissance aux résultats, car loin d'être isolés, ils se complètent d'une ville à l'autre, montrant que la souffrance des externes est une problématique réelle et nationale sur laquelle des travaux doivent être engagés, et ce, indifféremment du lieu de vie.

Cela dit, il s'est avéré que nos résultats ont souligné certains points démontrant que les externes parisiens étaient encore moins bien lotis que les externes tourangeaux. En particulier, ils ont plus de chance de développer des troubles psychosomatiques, des troubles du sommeil, une dimension dépressive, une consommation de cannabis, une dépersonnalisation élevée. Ils fument plus de tabac et de cannabis et consomment plus de drogues dures, (probablement consécutivement à la supposée frénésie de la capitale et ses lumières, qui tranche avec la sérénité de la province ?) Seule la perte d'accomplissement personnelle affecte avec plus de chance les tourangeaux que les parisiens.

Pour expliquer cela, différentes voies ont déjà été abordées au cours de cette discussion, et il pourrait bien sûr être très intéressant de poursuivre cette étude avec des comparaisons à d'autres villes, pour établir une sorte de cartographie des villes les plus pénibles à vivre pour les étudiants en médecine. Cela existe déjà à l'échelle des étudiants en général **(53)**, avec des palmarès établis régulièrement, comparant les villes les plus attractives, les plus dynamiques, les plus festives, les plus formatrices...mais pas spécifiquement pour les étudiants en médecine, du moins, pas à notre connaissance.

4) Perspectives

Notre étude montre donc une souffrance importante chez les externes en médecine de la faculté Paris 7-Diderot ainsi qu'à la faculté François Rabelais de Tours.

Certaines solutions existent pour la prise en charge de ce mal-être, mais sont souvent mal connues des externes, les informations à leur sujet ne sont pas toujours faciles d'accès.

A) Ce qui existe déjà

1.1 A François Rabelais de Tours

On trouve à l'Université François Rabelais de Tours un Service de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) qui comprend, entre autres, des consultations gratuites et en accès rapide de planification, de soutien psychologique, de psychiatrie, d'assistantes sociales et d'infirmières (54). Ce service comprend aussi un dispositif de prévention du suicide par formulaire en ligne qui permet à un étudiant, ou à son entourage, de demander de l'aide.

A Blois, il y a également une structure de santé. Il s'agit d'un Point Santé qui a les mêmes missions que le SUMPPS, mais ne dispose que d'une infirmière. Sa fonction est plus d'orienter vers les structures adaptées que de soigner sur place.

Ces structures ont des missions de promotion de la santé avec en particulier, la sensibilisation au suicide des étudiants, la lutte contre le tabagisme et les autres addictions...

Il existe également une commission universitaire d'aide aux étudiants en difficultés ainsi que des activités autour du bien-être au Service universitaire des activités physiques et sportives (SUAPS) et un « coaching des D4 » comprenant, entre autres, des initiations à l'auto-hypnose, à la méditation en pleine conscience et à la micro-sieste.

1.2 A Paris 7-Diderot

Il existe à Paris depuis plusieurs années le Bureau d'Aide Psychologique Universitaire (BAPU) qui est un centre de consultation pour les étudiants en demande d'aide psychologique (55). Il se compose de psychologues, de psychiatres, d'assistantes sociales, d'enseignants universitaires et de personnels administratifs. Il est possible d'y recevoir des consultations ponctuelles, d'être adressé dans une autre structure ou au contraire d'y avoir un suivi, avec notamment, des possibilités de psychothérapie de soutien ou psychanalytiques. Il suffit, pour en bénéficier, d'avoir un statut étudiant et de prendre rendez-vous auprès de la structure. La prise de rendez-vous se fait à la Cité universitaire de Paris et les lieux de cette prise en charge se trouvent dans 2 antennes ; l'une dans la Cité universitaire et l'autre rue Rabelais.

A l'Université Paris 7-Diderot, le Pr Revah-Levy, PU-PH de Psychiatrie à Argenteuil, a organisé depuis octobre 2016 un dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation pour les étudiants en difficulté. Il sera mis en place sur le site Villemin de la faculté par les praticiens de son service à la fréquence d'une fois par mois. Il s'appuie sur un lieu où les étudiants peuvent parler de façon anonyme de leurs problèmes, mais n'organisera pas de suivi et pourra si besoin, orienter les étudiants nécessitant un suivi vers le BAPU.

Enfin, le 17 novembre 2016, le service de médecine préventive de l'Université Paris7- Diderot a organisé un Café à l'UFR Médecine du site Bichat dont la thématique était le mal-être, la dépression et les idées suicidaires, pour en parler et apprendre comment aider ou se faire aider.

1.3 Quelques exemples en France

Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux.

L'Association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) comprend notamment, une cellule d'appel téléphonique (0826 004 580) ouverte 24h/24 et 7 jours/7, qui permet aux professionnels de santé en épuisement émotionnel d'exprimer leurs difficultés et de recevoir une écoute et des conseils pratiques. (56) Par souci de déontologie, aucun appel n'est récusé et tous les appelants sont accueillis, écoutés et orientés.

Structures syndicales

Bon nombre de syndicats d'internes proposent un numéro ou un mail dédié en cas « d'urgence » pour leurs adhérents, mettant en relation avec des internes +/- des seniors de psychiatrie en cas de détresse. Ces appels ou mails peuvent conduire à des consultations de psychiatrie en urgence si cela s'avère nécessaire.

De telles structures ne semblent pas exister parmi les associations étudiantes dédiées aux externes d'après nos recherches. Ceci pourrait constituer une piste de travail.

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

L'APHP dispose d'un Service de santé au travail. Il se situe à l'Hôtel-Dieu et comprend, entre autre, un numéro d'appel téléphonique (01 42 34 80 58). Ce contact peut permettre d'être mis directement en relation avec une psychologue et/ou d'en rencontrer une lors d'une consultation, selon l'orientation donnée après l'appel.

CNOM

Le Service de l'entraide créé par l'Ordre (57) permet d'apporter une aide confraternelle à des médecins en difficulté ou à leur famille. Ce soutien peut prendre la forme d'une aide financière, ponctuelle ou non, de conseils, d'accompagnement social, etc. Cette entraide s'adresse à tous les médecins, inscrits au tableau de l'Ordre qui rencontrent des difficultés.

Le BIPE (Bureau Interface Professeurs Etudiants), à l'Université Pierre et Marie Curie.

Ce service propose aux étudiants de rencontrer des tuteurs, pour des interventions personnalisées, comme avoir des conseils sur leurs études, la mise en place de projets professionnels, une aide en cas de problème en stage, la gestion du stress (qui existe aussi en session de groupe), aide à trouver des solutions en cas de problème de santé... Des conférences-débats sur le bien-être des étudiants sont organisées régulièrement. Le service est disponible sur simple appel (01 40 77 98 00) ou par mail à bipe@umpc.fr.

L'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé)

C'est une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche destinée à venir en aide aux médecins en difficultés et dédiée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement professionnel. Son objet est de proposer, en toute indépendance et dans le cadre de la plus stricte confidentialité, à tous les médecins en difficulté y compris ceux en formation, une écoute et un accompagnement adapté pour améliorer leur exercice professionnel et les aider à retrouver des conditions favorables à leur épanouissement personnel et professionnel. Cette association est joignable au 06.08.28.25.89

1.4 Quelques exemples ailleurs dans le monde

Au Canada

Il existe, à l'Université de Médecine d'Ottawa (58), un Bureau des services aux étudiants. Il comporte des possibilités d'entretiens sur la gestion de la vie privée, les finances, la carrière, des ateliers, des sessions bien-être, et des possibilités de tutorat.

La prise de rendez-vous se fait sur place, par téléphone ou par internet, et un rendez-vous est donné sous 2 à 5 jours, sauf urgence où l'étudiant peut généralement être reçu le jour même.

Le site internet comporte également des conseils en ligne avec des informations sur la gestion de la conciliation entre études et vie personnelle, des difficultés scolaires, de la confiance en soi, mais aussi la dépression, l'anxiété, le burn out, les troubles de l'identité, les traumatismes, etc. Des numéros de téléphone sont également disponibles en cas de détresse, pour une gestion rapide de la crise. Chacune des rubriques comporte des conseils et des liens ressources sont insérés pour que chacun puisse obtenir de plus amples informations sur chaque thème. Toutes les ressources sont disponibles en langues française et anglaise.

En Australie

En Australie, des recommandations **(59)** ont été établies en 2007 suite à une conférence internationale sur la santé des médecins.

Les principales mesures sont :

- Un devoir de soin de la profession médicale envers ses collègues avec nécessité d'identification des étudiants et médecins en difficulté en vue de les aider.
- Une meilleure formation sur le maintien de la santé et du bien-être, la gestion du stress et du temps.
- L'existence d'une demi-journée par an réservée à une consultation chez un médecin généraliste, et un temps de tutorat ou de supervision chaque semaine.
- Un suivi confidentiel et indépendant de la faculté de chaque étudiant afin de libérer la parole.
- Une formation des maîtres de stages et des enseignants à la souffrance des étudiants.
- Une meilleure concertation entre les facultés et les hôpitaux lors de la transmission d'informations concernant les étudiants en difficulté.

B) Ce qui pourrait exister

Dans son travail de thèse, LETOURNEUR (24) a proposé plusieurs moyens de lutte contre la souffrance au travail des internes de France, qui pourraient être appliqués aux externes. On y retrouve notamment :

- La possibilité de rédaction d'une fiche de poste.
Celle-ci serait à effectuer par chaque service (ou chaque maître de stage) afin d'y répertorier le travail qui est exigé de l'externe, pour qu'il sache dès le départ ce qu'on attend de lui en terme d'apprentissages, mais aussi en terme de travail administratif, afin qu'il ne soit pas pris au dépourvu. De même, y seraient répertoriées les obligations du service/maitre de stage, dans un souci d'équité et d'équilibre entre les différentes parties, aidant entre autre, à l'abolition de la politique de l'exploitation des étudiants. Cette fiche de poste pourrait également contenir les contacts et ressources en cas de besoin (numéros de téléphone, fax, etc.)
- Une évaluation à mi- stage.
Celle-ci serait intéressante de par son double objectif. Premièrement, elle permettrait à l'externe de redresser la barre en terme d'apprentissages ou d'attitude en cas d'insatisfaction à mi- stage, mais également et surtout, elle permettrait de dépister les étudiants en difficulté, et ce, avant la fin du stage. En effet, repérer le mal-être d'un étudiant au moment de son départ du service ne permet pas de lui apporter une aide efficace.
- Un contrat de travail.
Il serait également nécessaire de fournir aux externes un contrat de travail qui résumerait la durée de leurs congés annuels, le volume horaire hebdomadaire maximal, l'importance du respect du repos de garde (et pouvoir rendre ce document opposable légalement en cas de refus du service de le respecter), leurs droits et devoirs.
- Des campagnes d'information auprès des internes, sur les structures d'aides aux étudiants existantes, les façons de les joindre, les numéros d'appel d'urgence, les lieux où elles se trouvent etc.
Ceci pourrait aussi être fait pour les externes.
- La prise de responsabilité progressive avec un accompagnement durant le stage.
Pour les externes aussi, le stage hospitalier devrait également s'accompagner, en plus de l'enseignement facultaire, d'un enseignement sur le lieu de stage ciblé sur les pathologies rencontrées. Cet enseignement devrait être formalisé, mais devrait aussi se faire au lit du malade, aussi bien avec les chefs qu'avec les internes, car cela permettrait de favoriser le compagnonnage, et d'éviter l'isolement.

Nous avons également élaboré, à travers notre étude, nos propres perspectives.

- Nous suggérons de revoir le mode de sélection en PACES afin de sélectionner des étudiants plus aptes à supporter sans souffrance les études, via notamment des tests psychologiques au moment du concours, ou encore, comme le suggère VIGNON **(60)**, en ouvrant les portes de la médecine à des profils plus philosophiques ou littéraires.
- On pourrait également envisager une forme de tutorat, par un médecin hospitalier ou libéral, qui serait le référent pour l'étudiant dès la PACES et jusqu'à la fin de ses études (Ce référent pourrait changer selon les cycles pour être le plus adapté au cursus de l'étudiant, mais il est important que le lien perdure et que l'étudiant ait toujours un interlocuteur identifié à qui se confier en cas de besoin). Ce système existe notamment au Département de médecine générale de l'Université Paris 7 –Diderot pour les internes de médecine générale. Il nous apparaît important qu'un système équivalent existe également pour les externes.
- Une autre piste à explorer serait l'extension des groupes Balint et des groupes de pairs/pratique (ou en tout cas des équivalents) aux externes, ce qui leur permettrait, dans une dynamique de groupe, d'exprimer leurs difficultés cliniques, scolaires, le retentissement de cette souffrance sur leur psychisme, et pouvoir trouver plus facilement de l'aide si besoin.
- Il est actuellement question, au niveau du Conseil de l'Ordre, de rendre l'adhésion obligatoire des néo-internes suite à leur première inscription facultaire afin, notamment, de pouvoir bénéficier des services d'aides aux médecins en difficulté proposés par le Conseil de l'Ordre. Peut-être qu'une adhésion des externes au Conseil (d'une manière qui leur serait propre, sans cotisation par exemple...) permettrait, à ceux qui rencontrent des difficultés, de trouver plus facilement échos et solutions à leurs problèmes.
- On pourrait envisager également la création de structures syndicales d'externes, comme il existe actuellement chez les internes avec l'Inter syndicat national des internes (ISNI) **(61)** et l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG) **(62)**. Le rôle des internes en milieu hospitalier n'est plus à démontrer, leurs mouvements de grève peuvent paralyser les soins, et leur voix a du poids, comme récemment sur la loi santé, ou sur les conditions de travail. Mais le rôle des externes est tout aussi important, et leur voix doit pouvoir être entendue, surtout lorsque notre étude montre un tel mal-être en milieu hospitalier (que ce soit par l'intermédiaire des commentaires libres, mais aussi du facteur « mauvaise satisfaction du stage » qui est associé à la plupart des pathologies de notre étude). De plus, ces structures pourraient développer des services d'aide, en particulier psychologiques.

- Dans un souci de meilleure connaissance des difficiles conditions de travail et de vie subies et rapportées par les externes interrogés, il nous paraît indispensable de présenter ces résultats aux instances facultaires et hospitalières compétentes et décisionnaires, afin que le problème de la souffrance des externes ne soit plus un dommage collatéral dans le paysage hospitalo-universitaire, mais soit au contraire mis en lumière, mieux connu, mieux cerné et donc mieux traité. De même, des campagnes de sensibilisation de la population et des politiques sur la condition des soignants, et en particulier des externes (population trop souvent oubliée lorsqu'on parle de santé à l'échelle de l'état), pourraient être menées. En effet, la population française a parfois une vision erronée du métier de soignant, considérant à tort que les médecins (et donc étudiants en médecine) sont des nantis, ce qui tranche radicalement avec la réalité. Propos d'ailleurs largement colportés par nos politiques qui ont souvent une vision idéologique (et non réelle) de la médecine. Ce climat délétère rend le métier et les études encore plus pesants. Les externes (et les internes/médecins par extension) souffrant du paradoxe de leur vie, qui est de s'entendre dire qu'ils ont de la chance, alors que leur quotidien se rapproche souvent d'un chemin de croix. De même, du fait de leur prétendue « invincibilité », nombreux sont les médecins ou étudiants médicaux qui n'osent pas avouer ou admettre leurs faiblesses, puisqu'ils sont là pour soigner et non pour l'être ; il faut qu'ils puissent être entendus. Ainsi, lever les tabous et abolir les rumeurs populaires seraient très salutaire au bien-être mental des soignants.
- Une remise à plat, et une refonte du cursus et de son contenu devraient être envisagées en partenariat avec les instances décisionnaires. A l'heure où la quantité de connaissances s'amplifie de jour en jour par les progrès de la science, il faut prendre conscience que les capacités de résistance des externes, ainsi que leurs capacités d'apprentissage, ne sont pas extensibles à l'infini. Redéfinir les priorités, modifier le schéma d'apprentissage et le programme, revaloriser les études, repenser la durée du cursus, replacer la formation au centre des débats au lieu de conserver la vision archaïque de l'exploitation d'une main-d'œuvre pas chère, redonner du temps aux externes pour prendre soin d'eux et entretenir leur santé, s'inquiéter autant des patients que du bien-être de ces jeunes étudiants dans la vingtaine (qui par définition sont fragiles, comme tous les autres étudiants de France), tout ceci semble indispensable, afin de redonner équilibre et épanouissement aux externes, qui en manquent cruellement à l'heure actuelle, phagocytés par des études extrêmement stressantes et chronophages (cf. les commentaires libres).

- Enfin, s'inspirant du test TSTS CAFARD qui s'intéresse au mal-être des adolescents et au repérage précoce du risque suicidaire, nous proposons notre propre modèle. Nous avons donc sélectionné les facteurs les plus fréquemment associés à l'anxiété, la dépression, le burn out, la mauvaise qualité de vie, l'envie de renoncer aux études, les idées suicidaires et les tentatives de suicide, afin d'établir une « check-list » des situations à risque qui doivent alerter les professionnels autour des externes. Ceci n'a évidemment aucune validité externe, étant donné que ce modèle n'est produit qu'à l'échelle de notre étude, mais il pourrait être intéressant dans de futurs travaux complémentaires de le tester sur d'autres populations, afin de déterminer s'il est extrapolable.

E loignement des proches

Se **X**e féminin

T abac

Ag **E** plus avancé

Va **R** iations pondérales

Insatisfactio **N** en stage

Faible soutien **E** ntourage

Peu de **S** orties

V) CONCLUSION

Sujet très peu exploré jusqu'à présent, nous avons réalisé cette étude pour évaluer et comparer la santé psychique des externes des universités François Rabelais de Tours et Paris7-Diderot. Nous nous sommes penchés sur leur mode de vie, leur poids, leur consommation de médicaments et toxiques, leur qualité de vie, l'anxiété et la dépression, le burn out, les symptômes psychosomatiques, les troubles du sommeil, le renoncement aux études et le suicide. Les facteurs associés à ces situations ont également été recherchés pour un balayage très large et un reflet le plus fidèle de la réalité.

Nos résultats montrent clairement que les externes sont en grande souffrance, particulièrement touchés par les différentes pathologies étudiées. Des facteurs comme l'isolement et le peu de sorties, l'insatisfaction en stage, le faible soutien de l'entourage, le sexe féminin, la consommation de tabac, l'âge élevé et les variations pondérales, sont associés à l'anxiété, à la dépression, au burn out, à la mauvaise qualité de vie, à l'envie de renoncer aux études, aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Ceci nous a d'ailleurs permis de proposer un modèle novateur de dépistage du mal-être de ces étudiants.

A noter que les externes parisiens semblent encore moins bien lotis que les externes tourangeaux, laissant supposer un effet ville dépendant, qu'il serait intéressant d'explorer plus profondément avec des travaux comparatifs ultérieurs dans d'autres localisations françaises.

Ces résultats pouvaient être attendus, compte tenu des biens connues dureté, longueur, exigence, pression de ces études, mais également des mauvaises conditions de vie et de travail des externes, secret de polichinelle, qu'il était donc important de formaliser.

A l'heure où les pressions académiques, hospitalières et sociétales atteignent leur paroxysme, la question de la santé des externes devrait être un enjeu de santé publique de premier ordre, comme l'est déjà la santé du reste des étudiants de France. Peut-on vraiment imaginer fournir des soins de qualité à la population, lorsque le système produit de futurs professionnels de santé déjà à bout de souffle ? Les chiffres sont pourtant limpides sur la détresse des médecins seniors, reflet d'une profession devenue trop pesante. Est-il donc raisonnable de poursuivre dans cette voie en continuant à former des étudiants qui sont pour beaucoup déjà très abimés, avant même de commencer leur vie professionnelle?

Pour résoudre tout ou partie de cette problématique, nous avons avancé plusieurs pistes, et bien d'autres doivent exister encore. Mais un fait semble évident face à tant de souffrance de la part des externes ; une remise à plat des études de médecine est nécessaire. Cela dit, aucune solution valable ne sera trouvée tant qu'une réelle prise de conscience n'aura pas eu lieu de la part des pouvoirs publics et des instances hospitalo-universitaires.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport d'information de M. Laurent WAUQUIEZ déposé en application de l'article 145 du règlement, par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i3494.asp>
2. WAUQUIEZ L. Les aides aux étudiants. Les conditions de vie étudiante : comment relancer l'ascenseur social ? Rapport de mission parlementaire au Premier ministre. Paris : ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Juillet 2006 : 159 p.
3. Baromètre santé de l'INPES : produits psychoactifs et santé mentale. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=sant%E9%20mentale%20etudiants&_s_ort=DatEdit-&_start=23
4. KERDRAON R, PROCACCIA C. Rapport d'information fait au nom de la Commission des affaires sociales par le groupe de travail sur la Sécurité sociale et la santé des étudiants. Sénat; 2012. Report No.: 221.
5. Santé et conditions de vie des étudiants. | Base documentaire | BDSP [Internet]. [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Details?_equation=sant%E9%20mentale%20etudiants&_s_ort=DatEdit-&_start=9
6. i-Share | La plus grande étude jamais réalisée sur la santé des étudiants [Internet]. [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.i-share.fr/>
7. L'OVE : Observatoire de la vie étudiante / Enquête « Conditions de vie » - Questionnaire [Internet]. [cité 2 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/enquete/questionnaire>
8. TRUCHOT D. *Le burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne*. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne Ardenne. 2002.
9. TRUCHOT D. *Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Rapport de recherche pour l'URML de Poitou-Charentes. 2004a.
10. TRUCHOT D. *Épuisement professionnel et burnout – Concepts, modèles, interventions*. Paris. Dunod. 2004b.
11. CATHEBRAS P, TRUCHOT D, BEGON A, BOIS C, LAPORTE S. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Press Med*. 2004 ; 33:1569-74.

12. GALAM E, MOURIES R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique; 2007.
13. LEOPOLD Y. « Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au conseil National de l'Ordre des Médecins » 2003.
14. M. TOURAINE lance une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de santé - Communiqués de presse - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 18 déc. 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-strategie-nationale-d-amelioration-de-la-qualite-de>
15. Santé, égalité, solidarité : Des propositions pour humaniser la santé, DREUX Cl., MATTEI J.-F., Ed. Springer, 2012.
16. LEROY-CORBON J. *Les études de médecine générale : du rêve à la réalité*. Thèse d'exercice de médecine. Reims : Université de Reims, 2003.
17. COSTA, C. La santé mentale des internes en médecine ; lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse. Th : Med : Toulouse Paul-Sabatier, 2015.
18. Enquête - Association Nationale des Etudiants en Médecine de France : Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine, Chiffres & Ressentis. ANEMF – Janvier 2013.
19. Santé des étudiants et jeunes médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 24 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>
20. MAZAS - WEYNE L'évaluation du burn out chez les externes en DCEM2 de la Faculté de Paris Descartes. Thèse de doctorat en médecine. Paris : université Paris Descartes, 2012.99p.
21. GARCERAN N. *Évaluation des facteurs de décompensation physique et mentale des internes en médecine générale de la région Centre*. Thèse d'exercice de médecine. Tours : Université de Tours, 2009.
22. CECILE M-L épouse B. Problématiques de santé et suivi médical des internes en médecine générale de la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
23. GRAVRAND, E. : Souffrance psychique des étudiants en médecine [Thèse d'exercice]. Brest: Université de Bretagne occidentale; 2004.
24. Le TOURNEUR A, KOMLY V, GALAM E, JUND J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. mars 2013;63(608):e217-224.

25. TRUCHOT D. *Le burn out des étudiants en médecine de Champagne Ardenne*. 2006. Rapport de recherche pour l'URML.
26. RIVOIRE B, COLOMBAT P, PERRIER M, LEGER I. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. *Med Pal* 2003;2:302-6.
27. BARBARIN, B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale. Th : Med : Université de Nantes ; 2009.
28. CAUCHARD, L. De l'évaluation du burn out à la promotion du bien être des internes en Languedoc-Roussillon. Th : Med : Montpellier ; 2009.
29. ERNST, M. le syndrome de burn out des internes en médecine générale a la faculté de médecine de Strasbourg. Prévalence et analyses d'entretiens. Th : Med : Université de Strasbourg ; 2009.
30. GUINAUD, M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale, et étude des facteurs associés. Th : Med : Créteil 2006.
31. SOUPAULT, C. Facteurs prédictifs du burn out chez les internes de médecine générale d'ile de France. Etude longitudinale. Th : Med : Université Paris-Descartes ; 2014.
32. THEVENET, M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile de France et le Languedoc Roussillon. Thèse d'exercice en médecine : Université de Paris 6. 2011.
33. VAYSSE B, GIGNON M, ZERKLY S, GANRY O. [Alcohol, tobacco, cannabis, anxiety and depression among second-year medical students. Identify in order to act]. *Sante Publique*. oct. 2014;26(5):613-20.
34. KERRIEN M, POUGNET R, GALANTEZEC R, POUGNET L, Le GALUDEC M, LODDE B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *La Presse Médicale*. avr. 2015;44(4):e84-91.
35. DOUGLAS A., MATA MD. et coll, Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 2015, December 8, 314 (22) : 2373-2383.
36. IDIER L, DECAMPS G, RASCLE N, KOLECK M. Étude comparative de l'attirance, la fréquence et l'intensité des conduites addictives chez les étudiants et les étudiantes. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. sept 2011;169(8):517-22.
37. DELAHAYE V, Etude sur la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis chez les étudiants en médecine de Paris 5 au moyen d'un auto-questionnaire. Thèse pour le doctorat en médecine générale soutenue à l'Université Paris 5 en 2011, 96 pages.

38. HUYNH, P. Evaluation de la santé des addictions et du comportement sexuel de la population de Med-3 du Nord Pas de Calais en septembre 2013. Th : Med : Lille 2014.
39. FOND G, GAVRET M, VIDAL C, BRUNEL L, RIVELINE J-P, MICOULAUD J-A, et al. (Mis)use of Prescribed Stimulants in the Medical Student Community: Motives and Behaviors: A Population-Based Cross-Sectional Study. *Medicine (Baltimore)*. avr 2016;95(16):e3366.
40. HERLIN M, LEROY E. Les étudiants en médecine lillois et leur santé: étude de la promotion de MED-3 à la Faculté de Médecine de Lille 2 en septembre 2012 [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
41. JOSSERAN L, RAFFIN J, DAUTZENBERG B, BRUCKER G. Connaissances, opinions et consommation de tabac au sein d'une faculté de médecine française. *La Presse médicale*. 2003;32(40):1883-6.
42. LAURE P. Consumption of performance-enhancing drugs by medical students in Nancy. *Therapie*. 2000 May-Jun;55(3):383-9.
43. BEN CHEINCK R, BEN REJEB M, BEN FARHAT M, DOGUI M. Prévalence des troubles du sommeil chez les étudiants en médecine et facteurs associés. *Médecine du Sommeil*. avr. 2012;9(2):63-4.
44. BONNAUD-ANTIGNAC A, TESSIER P, QUERE M, GUIHARD É, HARDOUIN J-B, NAZIH F, et al. Stress, qualité de vie et santé des étudiants. Suivi de cohorte en première année commune d'étude en santé (PACES). *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. juin 2015;25(2):58-65.
45. La féminisation : une chance à saisir | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 19 nov. 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-feminisation-une-chance-saisir-588>.
46. Données de cadrage : Démographie et activité des professions de santé : Démographie des médecins - IRDES [Internet]. [cité 19 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
47. Insee - Santé - Médecins suivant le statut et la spécialité en 2016 [Internet]. [cité 19 nov. 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102
48. Santé des étudiants de 1ère année d'université en Bretagne : les comportements alimentaires - ORS Bretagne, novembre 2007
49. BERREWAERTS J, DESSEILLES M, Etat des lieux du stress et de la dépression chez les étudiants de 1ère et 2ème année de médecine. *Acta Psychiatrica Belgica*, N°116/2-2015-16-26.
50. SRIJAN S, KRANZEL HR, et coll., A Prospective Cohort Study Investigating Factors Associated with Depression during Medical Internship. *Arch Gen Psychiatries*. 2010 June ; 67(6): 557–565.

51. Recent Updates to Proposed Revisions for DSM-5 | APA DSM-5 [Internet]. [cité 22 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.dsm5.org/Pages/RecentUpdates.aspx>
52. BECK F, RICHARD J-B. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé. INPES 2010;1–27.
53. Palmarès des villes étudiantes 2016-2017 : faites votre classement personnalisé - L'Etudiant [Internet]. [cité 22 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/palmares/liste-profil/palmares-des-villes-etudiantes/palmares-faites-votre-classement-personnalise-des-villes-etudiantes/home.html>
54. DERVAULT C. Université François Rabelais - Service de Santé Universitaire (SSU) [Internet]. [cité 23 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.univ-tours.fr/l-universite/service-de-sante-universitaire-ssu--152125.kjsp>
55. Adresses utiles - Université Paris Diderot-Paris 7 [Internet]. [cité 23 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.univ-paris-diderot.fr/sc/site.php?bc=viuniv&np=adresse&g=sm>
56. AAPML [Internet]. AAPML. [cité 23 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.aapml.fr/>
57. Entraide | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 23 nov. 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/entraide-1243>
58. Faculté de médecine | Service aux étudiants [Internet]. [cité 23 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.med.uottawa.ca/Students/StudentAffairs/fra/>
59. The student and junior doctor in distress: "our duty of care". Proceedings of a Conference of the Confederation of Postgraduate Medical Education Councils. July 19-20, 2001. Med J Aust. 2002 Jul 1; 177 Suppl: S3-31.
60. VIGNON G. Le burnout : du PCEM à la retraite ? La Revue Exercer. 2004 Novembre-Décembre 2004(71):96-100.
61. ISNI | Le site pour tous les internes en médecine | L'ISNI est l'Inter Syndicat National des Internes et représente 19.000 internes en médecine de 28 internats partout en France et en Outre-mer ISNI [Internet]. [cité 24 nov. 2016]. Disponible sur: <http://isni.fr/>
62. ISNAR-IMG - Site officiel [Internet]. [cité 24 nov. 2016]. Disponible sur: <http://www.isnar-img.com/>

VII) ANNEXES ET TABLEAUX

Annexe n°1 : Questionnaire adressé aux étudiants

Qui je suis ?

Quel est votre sexe ? *

- Féminin
 Masculin

Quel est votre âge ? *

Entrer uniquement le chiffre

Dans quelle promotion êtes-vous ? *

- DFASM 1
 DFASM 2
 DFASM 3

Quel est le niveau d'étude de vos parents ? *

	Primaire	Collège	Lycée	Bac	Etudes supérieures
Père	<input type="radio"/>				
Mère	<input type="radio"/>				

Où vivez-vous actuellement ? *

- Chez vos parents
 En foyer/résidence universitaire
 Dans un appartement, en couple
 Dans un appartement, en collocation
 Dans un appartement, seul
 Other:

Votre entourage vous soutient-il dans votre cursus ?

- Oui
 Non

Combien avez-vous d'enfants ? *

- 0
 1-2
 Plus de 2

A quelle fréquence faites-vous les activités suivantes ? *

	Jamais	Une fois par trimestre	Une fois par mois	Une fois par semaine	Plus d'une fois par semaine
Manger au restaurant/aller au bar/au café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aller au cinéma/théâtre/à des concerts/au musée/à des expositions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voir des amis/de la famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pratiquer une activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à votre stage actuel sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 5 (tout à fait satisfait) ? *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--	--

La médecine vous a éloigné de mes proches hors du monde médical (1 : pas du tout d'accord, 5 : tout à fait d'accord) *

1 2 3 4 5

<input type="radio"/>						
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--	--

Poids

Comment votre poids a-t-il évolué depuis le début de votre externat ? *

- Prise de plus de 2 kg
- Stabilité ou prise de moins de 2 kg
- Perte de plus de 2 kg

Tabac

Fumez-vous ? *

Si non, vous pouvez passer à la page suivante

- Oui
- Non

Si oui, depuis quand ? (Si non, cocher ne s'applique pas)

- Moins d'1 an
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- 3 à 4 ans
- Plus de 4 ans
- Ne s'applique pas

Comment pensez-vous que votre consommation a évolué depuis le début de votre externat ?

- Stable
- Augmentation

- Diminution
- Ne s'applique pas

Alcool

. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ? *

Si la réponse est jamais, vous pouvez passer à la page suivante

- Jamais
- Au moins 1 fois par mois
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

- 1 ou 2
- 3 ou 4
- 5 ou 6
- 7 ou 8
- 10 ou plus

Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

- Jamais
- Moins d'1 fois par mois
- 1 fois par mois
- 1 fois par semaine
- Tous les jours ou presque

Au cours de l'année écoulée, combien de fois

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque
beaucoup bu la veille ?					
avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?

- Non
- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
- Oui, au cours de l'année

Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?

- Non
- Oui, mais pas au cours de l'année écoulée
- Oui, au cours de l'année

Cannabis/autres

*

	Oui	Non
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous déjà consommé une autre drogue (héroïne, cocaïne, LSD, etc.) au cours de votre externat ? *

- Oui

Non

Symptômes somatiques

Ces troubles vous ont-ils affecté au cours des 3 derniers mois ? *

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Défaillances ou vertiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausées ou douleurs d'estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs dans le bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs musculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés respiratoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sueurs froides ou bouffée de chaleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fourmillements ou picotements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gorge nouée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faiblesse dans certaines parties du corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lourdeur dans les bras ou les jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sommeil

Etes-vous enclin aux troubles du sommeil lors des situations suivantes ? *

	Très enclin	Assez enclin	Peu enclin	Pas enclin
La veille d'une réunion importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après une situation stressante pendant la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après une situation stressante pendant la soirée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après avoir appris de mauvaises nouvelles pendant la journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après avoir regardé un film ou une émission de télévision qui fait peur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après avoir eu une mauvaise journée au travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Après une dispute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avant d'avoir à parler en public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La veille d'un départ en vacances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Médicaments

Depuis le début de votre externat (DFASM1) avez-vous déjà pris des médicaments pour : *

	Oui	Non
stimuler vos capacités physiques ou mentales ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
calmer l'anxiété ou le stress ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non
vous aider à vous endormir ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
garder le moral ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

HAD

Positionnez-vous par rapport à ces différentes situations

Je me sens tendu ou énervé *

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

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois *

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

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

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

Je ris facilement et vois le bon côté des choses *

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

Je me fais du souci *

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

Je suis de bonne humeur *

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

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

- Oui, quoi qu'il arrive

- Oui, en général
- Rarement
- jamais

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti *

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

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

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

Je ne m'intéresse plus à mon apparence *

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

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

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

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

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

J'éprouve des sensations soudaines de panique *

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent
- jamais

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

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Très rarement

MBI

Positionnez-vous par rapport à ces différentes situations

Cochez la réponse correspondante pour chaque question *

	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je m'occupe très efficacement des	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
problèmes de mes malades							
*							
	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
*							

	Jamais	Quelques fois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Suicide/Envie de tout arrêter

Avez-vous déjà eu, au cours de votre externat, des tentations suicidaires (qu'elles aient donné suite ou non à une tentative de suicide) *

- Oui
- Non

Avez-vous déjà tenté de vous suicider ? *

- Oui
- Non

Avez-vous déjà eu envie de renoncer à vos études ? *

- Oui
- Non

Bien être

*

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes conditions de vie sont excellentes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

C'est presque fini, avez-vous un commentaire ?



ANNEXE n°2: Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

Interprétation : Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation.

2+ : consommation à risque

3+ : consommation addictive

ANNEXE n°3 : Questionnaire AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

169

Interprétation : L'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions. Chaque réponse est cotée de 0 à 4.
 Score > ou = 5 : consommation à risque
 Score > ou = 8 : usage nocif
 Score > ou = 12 : alcool-dépendance probable

ANNEXE n°4 : Questionnaire HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Echelle HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

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

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

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

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

- 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

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

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

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

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

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

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

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

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

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

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2
- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- 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

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

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

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

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

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

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

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Scores

Additionnez les points des réponses : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 : Total A = _____

Additionnez les points des réponses : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 : Total D = _____

Interprétation

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie

- 8 à 10 : symptomatologie douteuse – 11 et plus : symptomatologie certaine.

ANNEXE n°5 : Questionnaire MBI (Maslach Burn out Inventory)

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année, au moins
- 2 Une fois par mois, au moins
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

1) L'échelle

Echelle de fréquence de 22 items représentant les 3 dimensions de l'EP :

- **L'Épuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) OU Déshumanisation**
- **La Perte d'Accomplissement Personnel (AP)**

Dimension du MBI	Nombre d'Items	Questions
EE	9 items	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18
DP	5 items	5, 10, 11, 15, 22
AP	8 items	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

2) L'interprétation du MBI

	EE	DP	AP
High	27 or over	13 or over	0 – 30
Moderate	17–26	7 – 12	31 – 36
Low	0 – 16	0 – 6	37 or over

Pour chaque dimension : score « bas », « modéré », « élevé ».

Un score élevé d'EE OU de DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burn out.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.

Le degré de burn out est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

ANNEXE n°6 : Questionnaire de FORD (qualité du sommeil)

1/ La veille d'une réunion importante ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

2/ Après une situation stressante pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

3/ Après une situation stressante pendant la soirée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

4/ Après avoir appris de mauvaises nouvelles pendant la journée ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin

-
- 1 Pas enclin

5/ Après avoir regardé un film ou une émission de télévision qui fait peur ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

6/ Après avoir eu une mauvaise journée au travail ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

7/ Après une dispute ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

8/ Avant d'avoir à parler en public ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

9/ La veille d'un départ en vacances ?

- 4 Très enclin
- 3 Assez enclin
- 2 Peu enclin
- 1 Pas enclin

Score : / 36

Interprétation : Cut off : 19 ; de 9 à 18, pas de trouble du sommeil, de 19 à 36, trouble du sommeil.

ANNEXE n°7 : SCL90 (Troubles psychosomatiques)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
Maux de tête	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Défaillances ou vertiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nausées ou douleurs d'estomac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs dans le bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Douleurs musculaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Difficultés respiratoires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sueurs froides ou bouffée de chaleur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fourmillements ou picotements	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gorge nouée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faiblesse dans certaines parties du corps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lourdeur dans les bras ou les jambes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Interprétation : Les scores d'échelles sont calculés par sommation des notes d'items [degrés 0 1 2 3], divisé par le nombre d'items de la sous-échelle (12). Les scores ainsi obtenus (correspondant à la valeur moyenne des notes d'items sur 4 degrés, de 0 à 3) sont ensuite dichotomisés à partir de la note-seuil de [1+] (score SCL de [0-1] versus [2-4]).

ANNEXE n°8 : Questionnaire SWLS (Satisfaction With Life Scale)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes conditions de vie sont excellentes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je suis satisfait(e) de ma vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Indiquez pour chaque affirmation à quel degré vous êtes d'accord. 1 = Pas du tout d'accord 2 = Pas d'accord 3 = Plutôt pas d'accord 4 = Neutre 5 = Plutôt d'accord 6 = D'accord
7 = Tout à fait d'accord

Interprétation : Le score total de satisfaction de vie est l'addition de l'ensemble des scores obtenus à chaque item.

Cut Off : 18 ; <18, mauvaise satisfaction de vie, >ou=18, bonne satisfaction de vie

ANNEXE n°9 : Commentaires libres des externes de Tours

- Bon courage pour ta thèse !
- Bon courage pour ta thèse ;)
- Bon courage pour la thèse !
- Bon courage pour la suite !
- Bon courage :)
- Bon courage!

- Peut être suis je le seul à avoir été affecté personnellement par les événements du vendredi 13 novembre, mais je trouve que c'est un élément qui a pu biaiser mes réponses concernant l'angoisse. même si je n'ai pas bien vécu mes études j'ai le sentiment que ça a alourdi mes réponses, peut-être qu'il faut en parler dans la discussion (ou pas ?) merci

- Peut-être serait-il intéressant de différencier le travail "en stage hôpital", du travail de "révisions" lié à l'ECN.

- Cette étude est une bonne idée. Ces études sont très difficiles et bien qu'en 1ère année d'externat, il y a déjà beaucoup de moments difficiles. On a plus d'une fois envie d'envoyer tout balader et de partir au bout du monde...

- Certains items : jamais, quelques fois par mois, semaine... ne sont pas très appropriés vis-à-vis de la question. Ici on n'est pas au CHU du Tours, mais à Blois, c'est quand même plus relaxant et plus formateur, on n'est pas les petits larbins et les chefs ne nous prennent jamais pour des débiles qui ne connaissent rien à rien, ça enlève un poids!

- Bon courage pour la thèse ! 😊

- Merci de s'intéresser à nos conditions de vie, car la vie pendant l'externat n'est pas si facile que ça...

- J'espère qu'il y aura une bonne participation et que vous arriverez à faire bouger les choses.

- On fait un magnifique travail et ce n'est que le début, mais ce n'est pas toujours facile d'être considéré comme l'esclave de service ou comme une personne indésirable qui devrait toujours être plus efficace. Puis le "nous aussi on est passé par là" des anciens, ça ça hérisse le poil. Je pense que les conditions ont bien changé depuis le temps, puis avant on faisait du feu avec des silex aussi. Donc dans une médecine qui cherche toujours plus le progrès ça serait bien qu'il en soit de même pour les conditions de travail et d'encadrement. Ça laisse un peu pantois cette hypocrisie envers les personnes qui travaillent pour faire tourner le service (toute profession confondu) de la part de personne qui soignent des gens. Merci pour votre sujet de thèse !

- Merci beaucoup pour ce questionnaire sur une thématique qui est rarement mise en avant ! Ça remonte le moral ;) Bon courage pour l'analyse !

- Bon questionnaire avec des questions assez pertinentes, espérons que cela puissent avoir une répercussion dans le déroulement de l'externat à Tours ;-)
- Très bonne idée cette étude ! Il serait intéressant d'obtenir les résultats !
- Merci de réaliser cette enquête En espérant qu'elle portera ces fruits !
- Pour la D4, ce n'est peut-être pas tant l'influence des stages qui est difficile à supporter mais celle du concours +++, de l'incertitude quant à nos prochaines années, et par conséquent, à notre vie future (spécialité, ville). Enfin, je ne vous apprend rien :) Et pour cette année, rajouter à cela le bordel des ECNi, et le fait qu'on ne sache pas du tout à quoi s'attendre.
- Les questions sont pertinentes... On s'y retrouve...
- L'externat est difficile, physiquement et mentalement. Seulement, on se sent un peu abandonné par la fac (administratif et profs) mais aussi par la famille ("après la p1, c'est facile")...
- Merci de penser à nous, beaucoup de courage pour cette thèse qui aidera sans doute à faire avancer les choses
- Que les professeurs prennent en considération le bien être moral de leurs étudiants et fassent des partiels/iECN accessibles si l'on a suffisamment travaillé et non dans le but d'élever le niveau, pénaliser ceux non venu en cours ou nous sélectionner
- Merci beaucoup de t'intéresser au bien être des externes ! J'ai juste eu un peu de mal à répondre à certaines questions. En effet tu parles de "travail" de manière générique mais pour moi il y a une différence colossale entre mon travail d'externes à l'hôpital et mon travail d'externes devant des bouquins. Mon ressenti et ma qualité de vie selon les périodes de révisions/cours ou stage est tres tres différent ! Merci en tout cas :-)
- Bon courage pour ta Thèse !
- La période la plus dure dans l'externat (D1 ou D2), c'est l'hiver : aller en stage le matin quand il fait nuit, repartir le soir quand il fait nuit, se remettre à travailler après.. Sans compter la carence en vitamine D.... Bref, l'été c'est quand même mieux pour l'externat. La "marche" D1->D2 est beaucoup moins importante que la "marche" D2->D3. En D3, gérer le stage avec les iECN chaque mois, les partiels, les cours, les gardes, et les matières qui sont globalement "plus dures", l'hiver 2015-2016 fût assez rude... Et le moral y prend un coup. Mais bon on tient le coup pour soi-même, et pour ne pas décevoir sa famille (et soi-même). L'ECN est un marathon, on essaie de relativiser après tout. Merci pour cette étude !
- Bon courage
- Plus assez de temps pour la lecture !!! (autre que référentiels et fiches !)
- Bravo pour ce sujet de thèse !

- Merci de réaliser cette étude. Ce domaine est bien trop mal connu, et nos souffrances banalisées par des seniors persuadés que c'est un passage obligé et incapables de comprendre la réalité de l'externat (surtout depuis la réforme). J'espère voir un jour le résultat de ton travail ! :) Bon courage !
- Très bon sujet de thèse ! Peut-être qu'une question sur la consultation de professionnels tels que psychiatres ou psychologues aurait pu être intéressante! Bon courage
- L'externat est une expérience particulière, que les gens "hors médecine" ont du mal à comprendre. La pression entre les stages et les cours en parallèle, les révisions, ont quelque fois raisons de nous, mais je pense que ça vaut la peine d'être vécu et je ne regrette rien. C'est avant tout une question d'organisation et d'hygiène de vie selon moi, et tout ça modulé selon les différents traits de personnalité de chacun L'externat c'est la période pendant laquelle on apprend la vraie médecine, on soigne nos premiers patients etc. C'est vraiment enrichissant personnellement. On progresse à vue d'œil avec les années, et ça fait du bien de voir que nos efforts sont récompensés (à condition qu'ils le soient jusqu'aux résultats de l'ECN!)
- Ce que je trouve le plus dur dans l'externat est que la charge de boulot nous contraint à moins voir nos proches. J'ai l'impression de beaucoup plus travailler par rapport à mes autres amis en études supérieurs. L'attitude de certains professionnels de santé à l'hôpital envers les externes (sous-estimation, reproches injustifiés) va à l'encontre de notre épanouissement et de notre intérêt en stage.
- Bon questionnaire, qui fait se poser des questions que l'on ne se pose pas souvent parce qu'on n'y pense pas ou parce qu'on pense qu'on ne doit pas se les poser... Il aurait été intéressant d'avoir des questions par rapport à "l'effet concours" sur le moral pendant l'externat: le fait de se re-retrouver dans une situation de préparation à un concours, avec de nouveau des classements, le fait d'être comparé/jugé par rapport à ses performances universitaires, le fait de devoir faire bonne figure devant les autres, etc. Etude intéressante dont on pourra, je l'espère, avoir les résultats !
- Bon courage pour ta thèse, les externes de Tours sont derrière toi ! Go Alban :)
- l'externat et les études de médecines sont une arnaque qui démoralise les étudiants, qui peuvent faire changer des convictions profondes vieilles de plusieurs années, qui leur enlèvent une part de leur humanité au profit d'un être sans émotion comme nos professeurs ...
- Une question qui pour moi aurait été importante car elle est rentrée en compte dans bcp de réponse c'est les problème d'argent vis à vis des études, la perception de pauvreté à notre âge qui est difficile à encaisser aux vu des amis/famille (pas en médecine) qui gagnent déjà leur vie, et de la grosse différence de moyen entre les étudiants (qui est une très bonne chose aussi car preuve que l'argent n'est pas un frein), mais parfois trop dur si on veut combiner externat et petit boulot ... Qui joue bcp sur la sensation de ras le bol (pas de voiture pour les stages, pas de vacances, pas acheter les référentiels ..) être un externe c'est déjà chiant, mais un externe pauvre c'est vraiment compliqué ! J'espère que ta thèse aboutira !

- Bon courage pour la fin de ta thèse !!
- "En médecine c'est la première année la plus dure" mensonge.
- Bordel mais qu'est-ce que c'est que ces questions
- Répondre en terme de fréquence (jamais, une fois/mois etc...) n'est pas très spontané/adapté pour certaines questions (notamment sur les relations avec le patient).. Mais sinon super sujet de thèse !
Bon courage pour la fin :)
- J'adore mes études, et même si elles sont moralement dures, c'est une vie à laquelle on s'habitue, pour rien au monde je ne ferai d'autres études. Je tiens à préciser que je suis quelqu'un de très optimiste et joyeuse!
- Merci pour ce travail Bon courage
- Bon courage pour ta thèse et j'espère que les résultats seront partagés aux carabins de Tours :)
- Questionnaire fort intéressant vivement les résultats !
- Bon courage Steeven !
- cool de faire ce sujet! mais le faire en p1 serait judicieux aussi, pour avoir mal vécu la p1 l'externat est plutôt l'occasion de s'épanouir! merci encore!
- Merci de n'avoir pas oublié ce que c'était que d'être externe !
- C'était trop long !!! j'ai eu envie de me suicider à la fin, j'ai failli mettre oui :D
- Peut-être aurait-il été intéressant d'aborder un petit plus la thématique de la solitude et des relations sociales dans cette étude. Autant P2 et D1 facilitent les rencontres, autant l'externat a plus tendance à nous replier sur nous-même (chacun sa merde). Même si j'en conviens, arrivé à ce niveau d'études la plupart des étudiants ont de bons groupes d'amis ou de travail. Quid des autres ???
- Bon courage pour la suite ;)
- Bon courage 😊
- Les études de médecine apportent un beau savoir dans le contenu. Cependant la vie menée implique de très grands sacrifices, beaucoup de remise en cause de ce que l'on vaut ce qui fait trop souvent douter de la poursuite des études.
- Le statut d'externe est très difficile à porter, surtout face à certains de nos chefs qui ont oublié ce que c'était et qui ne se rendent pas compte de la somme de connaissance à ingurgiter et le temps qu'on y consacre. L'angoisse d'une "visite" avec des patients à présenter face à certains chefs qui manquent cruellement de douceur et de compréhension

est quelque chose que chacun de nous a dû vivre au moins une fois ; le plus difficile étant quand ces chefs sont des gens bien avec leurs patients (est-il si difficile de bien traiter ses externes ? de ne pas être méprisant ou cassant ? j'espère que si je deviens chef un jour je ne fonctionnerai pas au mimétisme de certains de mes chefs) GH.

- L'externat est une période des études de médecine où l'on n'accorde pas assez d'importance à la santé des externes et ce qu'ils endurent. Tout le monde considère que ce que l'on nous fait faire et endurer est normal alors que pas forcément ... certaine fois on nous en demande trop mais peu de gens s'en rendent vraiment compte. Il faut travailler et c'est normal mais jusqu'à quel point ?
- Les études médicales sont bien trop longues et bien trop stressantes. Certains chefs de stage et PU/PH devraient perdre leur fonction pour certaines attitudes qu'ils peuvent avoir envers les externes et les internes, les humiliations devant tout le monde, le fait de se faire rabaisser devant ses collègues n'est pas normal. La médecine devrait nous apprendre à être humain alors que ces études nous déshumanisent plus qu'autre chose. Se rendre malade (somatisation, colopathie fonctionnelle, ...) pour des études n'est pas quelques choses de normale, devoir prendre des anxiolytiques pour aller en stage ou à une épreuve n'est pas normal non plus. Les responsables devraient s'enquérir de ses problèmes et améliorer la qualité d'étude dans cette filière. J'espère que votre étude et votre thèse feront bouger les choses. Nous ne sommes pas des machines mais des humains déjà bien cassés par le concours de P1/PACES pas la peine de nous achever avant l'internat.
- Il est déprimant ce questionnaire... Bon courage
- Bon courage pour la thèse!
- On fait peut-être un beau métier, mais on fait vraiment des études de merde !
- Merci de t'intéresser à nous ! Plein de bonnes choses pour la suite !
- Merci de s'intéresser à notre bien être! Courage pour la suite !
- Bon courage la thèse !
- Cette année je redouble ma D2. Ça se passe beaucoup mieux que l'an dernier, où a posteriori je me suis rendue compte que j'avais fait un burn out. Cependant, même si cette année je suis plus entourée (dans le même groupe de stage que mes amis etc, ce qui n'était pas le cas l'an dernier) j'ai tout de même l'impression que le chemin qu'il me reste à faire est très très long et très très difficile. Donc je me sens assez souvent découragée.
- Bon courage pour ta thèse!
- Bon courage pour votre thèse !
- Merci beaucoup de réaliser une thèse sur la santé des externes, j'espère que ça fera avancer les choses. Nous faisons un boulot très enrichissant mais malheureusement beaucoup de personnes nous mettent des bâtons dans les roues en particulier professionnels de la santé

et professeurs. Heureusement les patients sont là pour nous pousser à faire notre maximum.

- Merci pour cette étude! En espérant que les résultats ne soient pas trop déprimants et que des décisions en sortiront!
- Bon courage pour la thèse :)
- L'externat reste une période connue pour être parfois dure, passage obligé pour avoir accès au métier de médecin après.
- Bon courage pour votre thèse, cher ami carabin.
- parfait ! bon courage !
- Très bonne idée de thèse !! A noter : aujourd'hui se tenaient les portes ouvertes à la FAC de Tours et la seule chose que je voulais dire aux futurs P1 était "ne prenez pas médecine, allez en dentaire!" ... et je ne suis pas le seul dans ce cas ... quelque chose ne tourne pas rond !
- Pour la partie sur le sommeil, je dors mal pratiquement tous les jours, mais je ne saurais réellement en déterminer la cause, puisque c'est pareil en vacances, donc difficile de me placer dans une des catégories de troubles proposées. Bon courage!
- Les questions ciblent bien les problèmes c'est bien vu ! Pour ma part la peur de l'échec à l'internat (j'aimerais faire dermatologue.....) m'angoisse et me stresse, hormis ça et la dose de travail, ça va ! J'ai la chance d'avoir des parents présents à Tours, une bande d'amis géniaux, des loisirs, un copain. Ça aide à relativiser :) Pour les questions sur les patients, je trouve qu'en temps qu'externe on voit peu les patients (seulement 6 semaines en stage) et on prend peu de décision donc je ne me sentais pas trop concernée par les questions. Bon courage pour la thèse ! Le résultat serait intéressant à communiquer pour qu'on se "situe" par rapport à la vision et au bien être dans l'externat.
- Initiative intéressante ! En espérant que l'étude aura assez de puissance pour être sérieuse ...!
- Bon courage pour la suite.
- J'aurais dû faire dentaire.
- Bon courage ! Super sujet de thèses !
- Bisous!
- Je trouve que c'est vraiment génial de faire ta thèse sur ce sujet qui passe très très souvent à la trappe. Merci de penser aux bébés médecins et bon courage!
- Je relativise tout pour ne voir que les choses positives et me satisfaire de l'externat à fond. Mais les coups de colère occasionnels contre ses études trop exigeantes et éprouvantes

(rythme de stage et travail) prouvent clairement que tout est loin d'être rose malgré ce que je m'efforce de voir. Merci et bon courage !

- Bon courage !
- c'est long, bon courage pour le recrutement questions trop précises... et trop de questions
- Merci pour ce travail !
- J'ai trouvé le passage de la D1 à la D2 extrêmement dur, et épuisant tant physiquement que "moralement". La plupart de mes réponses auraient été bien plus positives l'an dernier par exemple. Cette envie d'arrêter mes études que je ressens beaucoup en ce moment, je ne l'aurai jamais ressentie l'an dernier. Le rythme est épuisant et on devrait nous y préparer davantage.
- C'est grâce à mon entourage que je suis satisfaite de ma vie... mais pas grâce à la médecine... trop de sacrifices de vie...
- Bonne continuation, c'est un bon projet :)
- bon courage pour ta thèse ! pour les dernières questions je trouve que les items tous les j, qq fois par semaines n'étaient pas parfaitement adaptés j'aurai préféré des choix en pourcentage ou "rarement" "très souvent". Et pour d'autres questions sur l'estime de soi (j'accorde autant d'importance, moins d'importance à mon aspect vestimentaire) il manquait comme choix "plus qu'avant " certaines personnes y accordent plus d'importance depuis le début l'externat
- Ça serait top de pouvoir recevoir les résultats de l'étude !
- certaine question n'était pas en accord avec les propositions ce qui rend les réponses difficiles; ex Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail, jamais et chaque jours sont des propositions qui m'apparaissent cohérente mais pas les propositions entre les deux.
- On est quand même pas tant au fond du trou que ça ! ! :D Bon courage pour ta thèse :)
- Merci beaucoup pour cette étude dont j'ai hâte de lire les résultats !! Courage pour la suite !!
- Peut-être faire préciser selon la personne à quoi correspond sa prise de poids selon elle (que de la graisse, du muscle, un peu des 2...).
- Dommage qu'il tombe exactement au même moment que le sondage envoyé par le doyen, souvent plus complet et plus précis! Bon courage pour ta thèse !
- Même si c'est super dur, ça en vaut la peine alors on garde le moral et on tient le coup :D Bon courage pour ta thèse !
- Questions plutôt bien posées

- Le côté une fois par mois/semaine etc ne correspond pas vraiment voire pas du tout à des réponses possibles à certaines questions posées.
- Bon courage pour cette thèse !!
- Oui, j'ai un petit commentaire simplement concernant l'ambiance en stage puisqu'il n'y a pas vraiment de questions là-dessus, l'ambiance entre externes est généralement excellente et aussi avec les IDE et AS, mais je pense qu'il faudrait arrêter avec les principes d'équité et de respect, car certains professeurs se croient tout permis et j'ai vu certains externes pleurer et entendu même que d'autres auraient arrêté suite à ça. Je pense qu'il faudrait qu'ils aient une formation concernant le respect des étudiants, car c'est que dans un sens actuellement et pas dans l'autre.
- L'externat est un moment difficile, où chaque moment où l'on ne travaille pas est vécu avec une culpabilité intense, ce qui nous amène à nous éloigner de tout ce qui pourrait nous déconcentrer. En plus, c'est tellement dur d'être perçus comme des privilégiés, que les gens nous disent « on vous paye vos études par nos impôts alors vous nous devez retour sur investissement en vous installant plus tard sans des déserts...etc » alors qu'on passe plusieurs concours hyper exigeants, qu'on fait au minimum 9 ans d'études, la plupart du temps exploités à 1 euro de l'heure, 20 euros la garde de 24h, faisant office de standardiste, secrétaire, brancardier, infirmier, et parfois médecin...non, je ne suis pas un privilégié, je fais les études les plus dures de France, et si soit disant on m'avait un peu payé mes études, je les ai déjà remboursé 1000 fois avec ce que je fais économiser en personnel à l'hôpital...Ça casse le moral de sacrifier sa vie pour les autres, et de sentir si peu de gratitude en retour...
- Questionnaire déprimant, me fais prendre conscience que la situation est pire que ce que je pensais... Bon courage pour votre thèse ! Merci de nous renvoyer les résultats / ou un résumé
- Je serai surpris de voir les résultats si on posait ces questions à des internes... Ce qui est certain c'est que nos études sont d'une violence toute particulière et qu'il est bien entendu hors de question de se plaindre. Merci pour ce que vous faites mais vous n'imaginez pas à quel point nos professeurs en ont mais rien à faire de nous. Et l'internat ce sera à priori pire. Voilà :), bisou.
- Cela serait bien de traiter en parallèle de traiter le cas particulier des étudiants étrangers en passerelle vu la tension psychologique qui accompagne ce processus. Bon courage.
- Pouvez-vous nous tenir informer sur les aboutissements de ce questionnaire? (j'aimerais savoir à quoi va-t-il servir)
- C'est une étude intéressante vous avez bien fait de nous relancer j'oublie à chaque fois de répondre à ce questionnaire. Bref l'externat n'est pas facile et je crois que l'internat est pire This is our life Good luck to you :-)
- Beaucoup de travail, d'investissement et de sacrifices au quotidien pour pouvoir pratiquer un métier qui me passionne. Il m'arrive encore (et malheureusement) régulièrement de me demander si le jeu en vaut vraiment la chandelle. il est difficile à un âge où nos amis, qui

ne sont plus étudiant, construisent leurs vies lorsque nous en sommes encore à vivre en fonction de nos études à presque 100% de notre temps.

- bon courage !
- Bonne chance !

- Je trouve que la fonction d'externe n'est pas du tout valorisé par le personnel paramédical et encore moins par les médecins. De plus, il arrive souvent que nous nous fassions rabaisser devant des patients lors de nos stages. Aussi, c'est assez étrange de rencontrer des "professeurs" qui ne sont aucunement pédagogues, et qui se fichent du bien-être de leurs externes dans leur service. Il n'est également pas rare de se sentir exploité plutôt qu'en formation lors d'un stage.
- Merci pour ce questionnaire, j'ai trouvé vos axes et questions vraiment pertinentes pour la plupart. Bonne continuation !
- bon courage pour dépouiller les données

ANNEXE n°10 commentaires libres des externes de Paris 7

- Pour moi c'est bientôt fini et que j'ai hâte d'être interne !
Merci de vous soucier de la santé des externes!
- Merci et bonne route !
- Bon courage !
- Je trouve que c'est un sujet de thèse original et enrichissant. Bon courage à vous !
- Bon en fait je ne crois pas être si mal... j'aimerais bien voir les résultats par année (quid des D4?^^)
- Bon courage pour ta thèse!
(Je ne sais pas si le fait qu'on connaisse les critères de la dépendance peut biaiser cette question dans ses résultats par rapport à des non professionnels de santé)
- Belle initiative que ce sujet de thèse, parce que je pense sincèrement de que très (trop) nombreux étudiants ne sont pas heureux, voire malheureux... Trop d'exigences, trop de pression, pas assez de reconnaissance.
Bon courage, et bonne route à toi aussi :)
- Ce qui peut être difficile en tant qu'étudiant externe, c'est de voir ses ami(e)s de collège/lycée s'installer et commencer à travailler alors que l'on n'est toujours pas autonome financièrement et qu'on peine à voir le bout du chemin. Avoir l'impression qu'à Bac + 5 on ne sait que peu de choses. Devoir dire non à beaucoup de sorties avec des amis hors-médecine et recevoir de moins en moins d'invitations.
Et se faire enfoncer en stage car on n'a pas revu le bon item la veille donc on ne répond pas forcément correctement aux questions... Devoir recommencer, relire, tant de fois pour espérer que ça rentre dans le crâne !
L'impression de ramer, et être voué à l'échec quoi qu'il arrive.
- Merci pour ce questionnaire, j'espère que vous allez obtenir toutes les informations nécessaires.
Have Fun malgré tout...
Vivement la fin de l'externat que la vraie vie commence !
- Ce qui est assez marquant quand on est étudiant en médecine, c'est l'ambivalence de nos sentiments. A la fois extenué par le travail, les contraintes que l'on s'impose et l'impression de n'en faire jamais assez, et la joie d'y être arrivé, de savoir enfin comment fonctionne le corps humain et la confiance que l'on a de plus en plus lorsque l'on est en contact avec le patient. Pour autant, Le système est usant, le

statut d'externe trop dévalorisé, la mise en compétition par l'ECN négative, tout cela nous rend peut être meilleur en théorie pqc cela nous pousse à nous dépasser, mais humainement cela ne nous rend en rien meilleurs médecins. Trop d'externes craquent, se laissent submerger par la pression collective, et subissent leurs études. Alors que cette expérience humaine est incroyable !

- Mon état émotionnel général dépend énormément du stage dans lequel je suis... J'ai essayé de faire une moyenne sur l'année
- Encore 3 mois et demi avant la pause. Ambiance
- Depuis le début de l'externat j'ai l'impression de courir après ma vie, je n'ai jamais le tps de rien. Je ne fais pas tout ce que je veux (voir mes amis un soir par semaine, voire mes parents plus d'une fois par mois, aller au cinéma ou aller boire un verre en semaine). Je suis tout le temps fatiguée et je ne sors plus le soir (même pour boire un verre ou dîner avec mes amis jusqu'à 23h). Mes amis me le reproche beaucoup et je culpabilise et ma famille me manque un peu.
Physiquement je me suis complètement abandonnée, je ne fais plus du tout de sport (rien depuis septembre) et je n'arrive pas à faire attention à mon alimentation régulièrement (sandwich le midi à la fac et quiche très régulièrement à la maison alors que j'aimerais cuisiner de la viande/poisson avec des légumes mais pas le tps et pas l'argent).
Je vis avec mon petit copain depuis mai et notre vie de couple est très affectée par le stress et la fatigue (mauvaise ambiance à la maison...)." Courage pour ta thèse
- Beaucoup trop de stress dans ces études qui nous use moralement et physiquement. Des amitiés perdues, des relations difficiles à "entretenir" du fait de nos sorties très très limitées. Une vingtaine gâchée
- Très intéressant ton questionnaire
Bon courage pour la suite !
- Médecine, c'est très difficile, moralement et physiquement, mais ça vaut le coup, même si on pense souvent à arrêter / à imaginer notre vie dans d'autres études
- J'ai répondu à certaines questions du début sur le travail en comptant aussi bien le stage que l'étude des cours à côté j'espère que ça correspond bien.
Bon courage pour ta thèse !
- Il faut tenir compte de mes réponses uniquement parce que je suis en D4, avant j'avais une vie et après j'en aurais de nouveau une ! haha !

- Help
- Depuis la réforme de l'externat, j'ai l'impression que la charge de travail et de connaissances que l'on nous demande d'avoir est décuplé par rapport à l'ancien format : des questions qui tapent dans les coins et démoralisent avec une impression de travailler sans réussir à pouvoir répondre correctement, ce qui entraîne une certaine frustration dans le rapport temps investi à bachoter / résultats.
À l'approche de l'ECN le stress, les résultats décevants et la fatigue accumulée impactent sur la qualité de ma relation au patient, élément pourtant indispensable aux bons soins, j'ai hâte de retrouver une sérénité dans mon approche clinique après avoir franchi ce dernier obstacle.
L'envie de renoncer est de plus en plus grande ...
Merci de nous écouter.
- Bravo, c'est une belle idée. Parfois, dans les coups de mous, on a un peu tendance à se demander si tout ça vaut vraiment la peine, et qu'on serait pas si mal à faire des études un peu normales, qui laissent avoir une vie et qui permettent aussi de faire un métier passionnant. Après 5 ans (6 en comptant ma première P1) je me sens encore nulle, je ne comprends pas tout (du tout), et ai hâte de "commencer ma vie" -- à 23 ans, il serait temps. J'ai l'impression de passer à côté de pas mal de choses quand même.
- Sujet de thèse très intéressant, bon courage
Je souhaite signaler que depuis le début de l'externat je trouve qu'au-delà du décalage que l'on peut ressentir avec nos amis de l'extérieur par rapport à la vie sociale moins palpitante que la leur, le plus difficile pour moi a été d'être face à des situations très tristes et angoissantes en stage et devoir prendre sur soi
Que ce soit visuellement parlant c'est à dire un patient dans un état physiquement choquant, ou une situation triste (ex: les attentats, un décès devant ses yeux), on cherche les regards autour de soi. On regarde les internes et les médecins en quête d'un regard de soutien, mais ils sont inexistantes. Quelques secondes plus tard tout est oublié et il faut passer au prochain patient.
Alors bien évidemment si un médecin se laisse affecter par chacun de ses patients il ne s'en sort pas, mais c'est difficile de se retrouver seul face à des situations choquantes et avoir presque honte de le partager avec ses collègues. On se force à prendre sur soi et à avancer. Alors oui ça nous renforce mais sur le coup on se sent seul face à une situation qui affecterait n'importe quel humain. Il ne faut pas perdre en humanité et comprendre que pour nous externes, c'est parfois difficile sachant qu'on est encore jeunes et ""débutants"", et qu'on n'a pas à avoir honte d'être sensibilisés par certaines situations.
- Je traverse un épisode dépressif caractérisé depuis septembre 2015, pour lequel je prends du Deroxat depuis 3 mois. Actuellement je n'ai presque plus de symptômes.
- Je pense que mon avis est un peu biaisé par mon stage actuel : je me rends compte que j'ai beaucoup progressé dans cette spé, mais ça s'est fait dans la douleur et ça m'a quelque peu dégoûté de celle-ci.

J'ai l'impression d'avoir alterné entre ""coups de pied et caresses"", avec des internes et des chefs en mode ""je t'humilie mais je suis cool hein"

Et un fort sentiment de ne pas être à la hauteur de leurs espérances : ""ah bon, tu veux pas rester nous aider cette aprèm au bloc, parce que tu as cours? Je ne comprends pas, moi j'étais une super externe pourtant"".

Je suis désolée si ça vous a saoulé, fallait que ça sorte

- Un questionnaire qui tombe à pic pour les D4 actuels auxquels on n'épargne rien: diminution de la période de révision sans stage avant l'ECN, stage de super externe HOSPITALIER obligatoire (et si tu veux faire med G tant pis pour toi ça veut dire que tu es un raté!!), sans parler des D2 à qui on vient de retirer 4 semaines de vacances d'été comme ça sans raison... à se demander s'ils veulent former des médecins ou des machines de guerre et quelques dépressifs. Moi qui ai fait médecine pour être généraliste à la campagne et pas pour être Dr PUPH bac+18 j'ai-pas-vu-grandir-mes-enfants-et-j'ai-plus-de-cheveux... Je suis en pleine désillusion. Et comme tous les d4, je pète les plombs, je n'ai pas vu de médecin depuis un sacré baille et je n'ai pas vu mes parents depuis un mois. Et si on me demande, ""je n'ai pas le temps, je suis en D4!""

Bon courage pour ta thèse!

- Mes réponses sont un peu biaisées parce qu'en fait j'ai fait une dépression l'année dernière (burn out ?) pour laquelle j'ai été en arrêt de travail un an (lors de ma première D4 qui n'en a donc pas vraiment été une) et pour laquelle on m'a prescrit des antidépresseurs.

Avant cette année-là, je ne trouvais plus aucun sens à ma vie, j'avais des idées noires, j'avais pris 10 kg, je faisais des attaques de panique très régulièrement, bref, ça allait très mal. Si j'avais répondu à ton questionnaire il y a un an et demi mes réponses auraient été radicalement différentes.

Depuis que je me suis arrêtée un an, que j'ai pris des antidépresseurs, que j'ai pu m'arrêter grâce à mon arrêt de travail et que je suis une psychothérapie (en EMDR notamment) je vais beaucoup mieux mais au détriment de mes études. J'ai décidé de revivre, de sortir à nouveau, de savoir apprécier le temps pendant lequel je ne révise pas. Pour autant je sais pertinemment que mon classement à l'ECN sera mauvais, je m'en prend plein la figure par mes chefs à l'hôpital voire par mes co-externes à ce propos. Je fais du sport, je vois des amis et je vois bien que cela fait de moi une fainéante aux yeux de la profession. Tant pis, je préfère être une fainéante heureuse. Mais si dans un premier temps la médecine m'a éloignée de mes amis hors de la fac, cette année d'arrêt m'a ouverte au monde, j'ai rencontré de nouvelles personnes qui sont maintenant importantes pour moi et je fuis tant que je peux l'ambiance de la D4.

- C'est surtout le manque de temps qui joue pour moi, moins de copain, de potes, de sorties, de temps pour soi (sommeil, diététique, sport), sans parler des vacances. C'est "l'attente" studieuse et anxieuse de quelque chose de mieux. Illusion ? Mais c'est juste un mauvais moment à passer.

Au travers de mon questionnaire on peut voir que je suis plutôt épanouie dans mon externat et que j'ai pris le temps de vivre à côté de médecine. Car c'est ma

philosophie de vie: ne jamais sacrifier une seule année d'épanouissement pour mes études. Mais cela s'est retrouvé en inadéquation avec l'attente qu'il y a selon moi sur les étudiants en médecine à partir de la D2, pour la préparation de l'ECN. C'est pourquoi la manière dont j'ai réalisé mon externat ne sera pas compatible selon moi avec le fait de pouvoir faire une spécialité autre que Médecine Générale ou Psychiatrie. Cela tombe bien je veux être Médecin généraliste! ;)

- J'étudie difficilement, ma famille me reproche d'être trop égoïste, je sens que je perds mon humanité.
La médecine finalement, m'a pris tout ce que j'étais fier d'être moi-même.
Généreux et altruiste.
Finalement, ce métier, il ne faut pas être trop altruiste.
Les médecins sont le plus souvent, pas sympa sous prétexte qu'on est des étudiants, les patients nous oublient aussi facilement du fait qu'on ne travaille que la matinée.
Nos efforts sont souvent peu payables (Avec les notes basses).
Finalement, la médecine m'a tout pris.
J'aimerais être heureux, et être insouciant.
Médecine, c'est le mode très difficile de la vie.
Si vous avez pris la peine de lire ce commentaire, il y a un externe émotionnellement en détresse.
Mais après, ça va être pire.
En attendant, je vous souhaite bon courage pour votre futur
- Sondage agréable à faire ... Permet d'exprimer enfin librement quelques émotions ..!
- C'est très intéressant de s'intéresser à ça et j'espère que ça aboutira à des améliorations.
Un autre point important pour moi dans le vécu de l'externat c'est le développement d'une culpabilité permanente. Culpabilité parce qu'on a l'impression de ne pas travailler assez, de ne pas être à la hauteur, et du coup la peur d'être un mauvais médecin et un danger pour ses patients. Ça mine la confiance en soi et sape les moments de détente qui sont toujours vus comme ""un temps mort dans le travail"", même si on sait très bien qu'on en a besoin."
Très bon sujet de thèse car on en parle trop peu
- Très bon sujet de thèse. Étant en D4 et à quelques semaines de l'ECN peut-être certaines réponses ne sont pas représentatives, cependant l'externat est vraiment une période difficile dont je ne garderai vraiment pas que des bons souvenirs. Les exigences de travail envers les étudiants en médecine et le stress permanent des examens et du concours sont vraiment particulières et déplorables.
Si cela peut vous aider par rapport à certaines questions que j'ai pu voir dans le sondage cela fait environ 3-4 ans que mes parents et mes amis proches me disent que j'ai changé, que je ne souris plus, que je suis beaucoup plus sérieux et renfermé qu'avant et qu'il devient très difficile de provoquer des émotions chez moi.
Bon courage

- Belle démarche que ce sujet de thèse.
A titre personnel les études de médecine s'apparentent pour moi à un carcan social et intellectuel que j'ai entrepris de combattre cette année au péril de la logique élitiste et individualiste sous tendue par l'ecrn.
J'en tire beaucoup de satisfactions personnelles au quotidien : sorties amicales, culturelles, sportives,
Et ça se ressent sur mon bien être.
Les études de médecine sont absolument anxiogènes et bon nombres des proches qui m'entourent sont victimes d'une pression auto/hetero affligée telle que leur bien être psychologique est clairement en péril.
Je ne peux que te féliciter de te pencher sur ce sujet, j'espère que les résultats seront au rendez-vous (nombre de participants)
Bonne continuation !
- Les études de médecine me dépriment chaque jour mais je ne dois pas le montrer. La compétition ne réussit pas aux faibles.
La vie est dure! Mais il faut s'accrocher pour faire ce qu'on aime.
- Bon... Je suis en fin de D4 alors mes réponses sont à nuancer!
Globalement c'est fatiguant mais j'aime mon métier :)
Je ne sais pas si c'est en lien ou pas avec l'actualité très récente (notamment le suicide de ce jeune interne à Marseille) mais je trouve très intéressant de pointer les enjeux psychologiques de nos études et leur retentissement sur nous! Bonne continuation!
- Dommage qu'il n'y ait que les retentissements négatifs des études de médecine qui soient proposés dans les choix !
Et petite précision sur l'item "" craignez-vous que ce métier vous endurecisse émotionnellement "", j'ai répondu non car je ne le crains pas, je l'espère ! ces premières années d'étude m'ont rendue mille fois plus sensible qu'avant, j'espère que cela passera avec l'expérience car c'est souvent dur de faire face aux problèmes des patients, de ne pas craquer devant eux.
C'est très agréable de voir que notre santé mentale compte pour certains, merci.
- Plusieurs pb dans la condition d'externe :
souvent infantilisés dans les stages, en contradiction avec ce qu'on attend de nous, quand je vois la façon dont les internes sont traités (grondés ni plus ni moins comme si ils avaient 3 ans, ça me donne envie de fuir et on dirait parfois que ce n'est pas mieux après (ce qui est l'ultime espoir)). Enfin la morosité d'un stage peut vite retentir sur notre condition psychique.
D'autre part être coincé chez ses parents et ne pas pouvoir partir par manque d'argent nous fait sentir cette impression de stagner, qui est d'autant plus ressentie qu'on a le temps de pas faire grand-chose à côté (faut quand même choisir entre écouter une émission de radio, lire un journal, voir un ami, lire un livre, regarder une série en sachant que si on fait un on pourra rien faire d'autre). Pas facile de trouver un équilibre la dedans. Et les gens n'ayant le temps de rien faire d'autre que la médecine, on passera le niveau de conversation inintéressant au possible.

On apprend beaucoup trop à se taire et à dire oui au chef et oui ça va. Alors que non ça ne va pas. L'impression que ce n'est pas possible de gérer un problème personnel et la médecine.

Personnellement grosse consommation cannabis/alcool en soirée ce qui aurait été invraisemblable avant, et je sais que les raisons ne sont pas bonnes. Première fois que j'ai cette impression de fonctionner au ralenti, de pas vouloir me lever même le week-end même si j'ai décidé de pas travailler. Incapable d'anticiper les événements agréables, de prendre de la distance avec le moindre problème. Démotivation totale. Pas d'intérêt des cours.

Le plus dur cette année ça a été de se rendre compte qu'il est impossible de vivre des événements de vie normale (séparation) et de réussir en parallèle la médecine avec ses exigences.

- Très bon sujet ! Il y a de quoi dire et de quoi faire
Paradoxe entre l'envie d'exercer ce merveilleux métier et la course à l'élitisme sans cesse, qui épuise au quotidien ...!
Par rapport aux jeunes du même âge, rythme de vie complètement en décalage ...
La pression et la sensation d'échec peuvent me rendre très instable émotionnellement, pouvant passer d'un jour à "pleins de courage" et le lendemain, à ne plus rien à avoir envie de faire. Pour moi, c'est ce qui est le plus dur à gérer.
On ne nous prépare pas à ce que les études de médecine soient, à ce point, de plus en plus dures au fur et à mesure des années. Et parfois il arrive qu'on soit tout simplement épuisé et à bout en se demandant pourquoi on a choisi ces études. C'est pendant ces moments que c'est indispensable d'avoir des amis proches +/- bons maîtres de stage avec qui on peut discuter pour affronter ces moments car la famille, aussi proche soit elle, ne peut pas forcément tout comprendre.
- C'est dur l'externat...! Et encore, ce n'est pas fini!
- Est-ce qu'il m'arrive d'être déçue par mes études en médecine : très très très souvent ! On nous demande beaucoup de choses mais l'enseignement, notamment en stage, n'est que très rarement à la hauteur.
Je trouve la hiérarchie à l'hôpital ridicule (cette ""peur"" du chef...).
L'une des pires choses en médecine : la culpabilité dès qu'on fait une pause.
Ah oui, médecine ... ça coûte très cher quoiqu'on dise (les bouquins à 40€)
Globalement c'est le statut d'externe qui est complètement ridicule, tous les autres étudiants hors médecines ne nous croient pas quand on leur raconte ce qu'on vit...
- Ce qui peut être sujet d'angoisse chez moi, tiens plus des partiels réalisés par la faculté (dont les sujets sont rarement en adéquation avec les programmes fournis en début d'année) et du fait que je ne souhaite ABSOLUMENT pas redoubler car je souhaite m'installer rapidement avec ma petite amie étant en relation avec elle depuis longtemps et ayant comme aspiration une vie professionnelle et une vie de famille épanouissante.
La peur de l'échec que généralement les étudiants en médecine ne connaissent pas m'affecte aussi dans une moindre mesure.

Au final, les choses que j'apprends me rendent heureux et m'intéressent énormément mais la manière de les apprendre gâche le plaisir d'étudier (le manque de temps pour les apprendre dans un semestre)

- Ce questionnaire est difficile dans le sens où je suis à ma troisième année d'externat (mais en D3 car j'ai redoublé ma D2), et au début c'était terrible, l'externat bouffe nos vies mais aujourd'hui j'y réponds après avoir m'être moulée, adapté et formé de nouvelles normes à ma vie pour la vivre au mieux dans nos longues études. Donc les réponses peuvent paraître contradictoires parfois car même si l'on est passé par des états difficiles, on s'est adapté et aujourd'hui on fait tout pour le vivre le moins mal possible.
Bon courage!
- Les études de médecine et l'externat en particulier sont globalement décevants. Ingrates. Avec un système de notations, d'évaluation, d'accompagnement... Très douteux. Des stages où l'on ne sert à rien, où l'on apprend davantage par nous-mêmes qu'avec les enseignants. Tout cela avec la gestion du milieu hospitalier, la politique universitaire, la mauvaise recherche que l'on favorise en n'ayant pas le temps de faire autrement... Seulement pour publier. Et la pression du concours absurde, la pression du parisianisme jusqu'au boutiste et arrogant. Tout donnant l'envie de tout quitter et de ne jamais revenir. Ou de faire des spécialités éloignées des services classiques...
- Sensation de solitude et difficultés à établir des contacts sains au sein de l'hôpital et de la faculté qui sont désormais la majeure partie des relations sociales. Sensation de tunnel sans fin
- Une chose importante qui rend difficile l'externat : d'une part la solitude (je me sens souvent en détresse sociale) car mes amis eux même externes se renferment sur eux même sous la pression des cours et du stage. On est tous un peu mal mais on n'en parle pas forcément entre nous, on n'a pas vraiment le temps de se retrouver hors contexte de BU ou de séminaires/conférences/cours à la fac.
D'autre part, la nécessité d'adaptabilité et d'intégration tous les 3 mois à chaque changement de stage, cette routine qu'on a réussi à trouver en fin de stage qui est détruite par le changement d'hôpital, de repères, de collègues... Cela peut être très dur pour certaines personnes. On n'y pense pas forcément. Trois mois, c'est plutôt court, et ça casse le rythme de travail et demande énormément d'énergie.
- Bonne chance pour ta thèse !
- Souvent, je me dis que je n'aurais jamais dû entrer en médecine, et que plus tard, je vais mal soigner les patients qui seront à ma charge. Rarement, je me dis que j'ai bien fait de choisir cette voie, Mais ça devient de plus en plus dur d'y croire.

- Selon moi l'externat exacerbe nos maux intérieurs, pour ma part cela a fait renaître des troubles du comportement alimentaire que j'avais réussi à surmonter. Nous sommes chaque jour mis face à notre échec sans que personne ne nous fasse réaliser que le métier qui nous attend est beau, et nous passionne. La médecine et nos études ne marchent selon moi pas suffisamment par le renforcement positif. Merci pour ce questionnaire qui nous permet d'évaluer et de grader ce que l'on ressent, on s'oublie tant qu'on ne prend même pas le temps d'analyser cela nous même. Bonne continuation!"
- Ces résultats s'appliquent à mon état d'esprit actuel, à trois mois des ECNs dans le plus dur du concours. Je pense qu'ils ne reflètent pas tout mon externat. Mais oui la D4 est un enfer.
- A nécessité 1 an de break au cours du second cycle pour retrouver le courage de reprendre, fixer de nouveaux objectifs me correspondant et non ceux attendus par un milieu parfois trop élitiste. Études m'ayant beaucoup apporté mais trop de sacrifices, si c'était à refaire je choisirai une autre voie.
- L'externat dans mon cas isolé:
 Exacerbation de stress presque quotidien
 Commencer à fumer le tabac en PACES (regret incapable d'arrêter)
 Peur de rater
 Impression d'être constamment insuffisante aux yeux de nos professeurs
 Après les partiels: ralentissement psychomoteur et fatigue intense
 En couple : c'est ce qui me fait avancer principalement (mais j'aime la médecine et c'est une sorte de défi personnel)
- Bonjour, j'apprécie ce travail car en post-exam c'est vraiment la belle grosse claque pour ma part. C'est une année de changement (stage, habitation, manière d'apprentissage, ""responsabilité"" de secrétaire ou pas en stage, horaire fatiguant...) l'adaptation est vraiment dure et je pense que j'ai été dans un premier stage prenant niveau horaire ou j'ai voulu être trop préparée à oublier de me reposer et de bosser mes cours et mes DP. Sur le coup, on en parle pas on trouve ça normal de ne JAMAIS s'aérer en 6 mois, mais craquer en post-examens n'est pas la bonne solution. Je sais maintenant que je ne suis pas la seule dans ce cas, j'espère que ton travail pour aider les prochains externes DOMiens et non DOMiens
- La vie d'externe à l'hôpital se passe bien
 Ceste les études à côtés qui sont mégas stressantes, exigeantes et difficiles

- Plusieurs problématiques abordées selon moi puisqu'il faut envisager les relations intra stage, la gestion de son taf, la gestion de ses potes, la gestion de sa famille, ses relations amoureuses, l'image de soi...
Bref, intéressant !
- Je ne suis qu'en DFASM1 et je trouve l'externat mais les études de médecine de manière générale très difficile. J'ai choisi ce métier pour la collégialité et le partage entre collègue et je vois tout l'inverse à l'hôpital, des chefs qui se prennent pour les tout puissants, qui ne partagent pas une once de leur connaissance, qui rechignent à nous faire des cours et nous prennent pour leur secrétaires. Si on m'avait dit que Médecine s'apprenait dans les livres j'aurais réfléchi à deux fois. Il y a effectivement des cours/séminaire qui sont mis en place par la fac mais nous avons de 1- pas vraiment le temps d'y aller pour peu qu'on soit dans un stage de chirurgie et qu'on ait des gardes on peut oublier et de 2- ça coûte cher prendre un sandwich à 5ème tous les midis sachant qu'on ne gagne un peu plus de 100e à l'hôpital.
Enfin bref l'externat c'est un peu la loose, surtout qu'on a la pression de ce concours qui pèse sur nos épaules et on ne sait pas si on ait sur le droit chemin ou si on fonce dans le mur parce qu'a part avoir un examen à la fin de chaque semestre on a peu de manière de s'évaluer... (à part de tourner vers le privé)
Voilà mon ressenti, mais bon après la résignation c'est l'acceptation et je suis dans la deuxième phase, mais il y a quand même beaucoup de chose à changer dans ces études parce qu'on est en train de créer des médecins qui sont déjà à la limite du burn-out.
Très bon sujet de thèse, c'est avec plaisir que je lirai le produit final. Bon courage !
- La vie d'externe, est pour moi accablante car on se sent seul, éloigné de sa famille à travailler toute la journée, et en stage pour la plupart du temps on se retrouve avec des internes eux même occupé par leurs soucis, ne me prêtant guère d'intérêt, on se sent inexistant, et on a peur du burn out
- Les études de médecine sont très difficiles à vivre mais je tiens en me disant que le jeu en vaut la chandelle...j'espère ne pas me tromper
- Pendant l'externat le salaire d'une centaine d'euros est vraiment dérisoire et s'approche de l'exploitation. Soit nous sommes des étudiants et donc nous avons des vacances d'étudiants et donc ce salaire d'une centaine d'euros qui dans ce cas la me convient.
Soit nous sommes salariés, 5 semaines de congés et donc un salaire en conséquence. C'est très difficile de vivre à 23ans aux crochets de ses parents sans pouvoir faire autrement... "
Pas de question sur la vie amoureuse, qui est primordiale pour moi. C'est grâce à ça que je vis bien mon externat.
Bon courage !

- Une grande partie de ma tristesse vient plus d'une rupture amoureuse que de l'externat en lui-même, bien que l'externat rende ma ""guérison"" post rupture très difficile
- Souvent sentiments l'inutilité, d'être de trop
Il faut être tous les jours motivés pour espérer tirer quelque-chose de positif de ses stages et c'est difficile d'être tous les jours motivés quand on est fatigué et avec une charge de travail importante (sans parler du côté psychologique parfois difficile avec des patients très malades). De plus, parfois même si on est motivé ça ne suffit pas à donner envie aux confrères de nous apprendre plus"
études extrêmement difficiles, sans soutien des médecins passés par là auparavant. ils oublient sans doute ce que cela fait de sacrifier sa jeunesse. un sentiment d'exaspération face à toutes ces réformes fantaisistes qui s'accumulent : réforme de l'externat, réforme de l'internat, qcm avec une sélection encore plus drastique qu'avant aux ecn, rallongement de la durée de l'internat, réduction du temps de vacances, tout ceci avec l'aval des médecins et universitaires qui ne se rendent pas compte de ce que les élèves subissent. En somme des études à déconseiller pour le bien être mental et physique ce qui EST TRES DOMMAGE car sans doute le plus beau métier qui existe!!!
- Je sens que ma vie est réduite à la médecine uniquement, je pensais que la médecine ne pourrait que me rendre heureuse. Je me rends compte cette année qu'un monde extraordinaire hors de la médecine nous entoure et que malheureusement je ne peux y goûter.
- Pour ma consommation de TABAC j'ai fumé pendant 2 ans à partir de la fin de la P2 de façon plus ou moins stable selon les périodes de vacances mais j'ai arrêté complètement depuis 3 mois.
Je suis en fait doublant D2 donc mon rythme de vie cette année est un peu moins soutenu que celui d'une D3 normal même si je suis inscrit en conf et que je commence les matières de D3. Cette ""pause"" n'était pas calculée mais elle fait vraiment du bien moralement et physiquement et me rassure pour la réussite de l'ECN
En espérant avoir pu t'aider. Bonne continuation.
- En accord sur la vie professionnelle et en désaccord sur la vie privée, sentimentale, amicale.
Le plus difficile pour moi c'est la fatigue physique (maladie chronique associée) liée aux gardes, aux conf le soir qui aggrave le stress de l'ecn
- Cher Thésard, il est formidable que vous vous intéressiez à la vie des externes, mais n'allez pas vous pendre après !
Je doute fortement que vous trouviez beaucoup d'externes satisfaits de leurs conditions de vie actuelles ^^

- Merci
- Belle initiative.
Je rajouterai que l'objectif principal dans un avenir proche est de détruire le système compétitif actuel qui est la grande source des malheurs d'aujourd'hui, notamment en ce qui concerne la santé mentale des étudiants mais aussi des autres professions et des malades dans nos hôpitaux. Et ce genre d'analyse sur la santé mentale ne doit pas rester à titre indicatif mais participer à la force et au pouvoir de changement du système.
Peut-être aussi d'autres questions pertinentes:
-avez-vous redoublé ? Est-ce que cela vous a aidé à améliorer votre niveau de vie ?
Ou au contraire vous sentez-vous plus malheureux/se ?
-A quelle fréquence vous arrive-t-il de pleurer ?"
Des études très longues et chronophages qui demandent beaucoup de sacrifices. A niveau de formation et de salaire équivalent il y a d'autres voies plus courtes, plus simples, moins stressantes et toutes aussi épanouissantes (dentaire/commerce/droit/ingénieur, etc....). Mais cela reste une bonne formation pour un bon métier.
- C'est difficile de répondre à son expérience de l'externat avec des questions comme ça. Il y a des jours on veut tout arrêter et on se dit que jamais on aurait dû faire médecine, que ça ne vaut pas le coup! Et il y a des jours où on se dit que c'est quand même sympa et que ce sera mieux après. Je pense que les études de médecine passent tellement pour "de belles études" qu'on ne nous explique pas à quels points elles sont difficiles. Malheureusement pour les améliorer je ne vois pas tellement quoi faire autre que retirer l'examen classant national et limiter le stress constant de toujours devoir bosser...
- La seule chose qui fait que ma réponse à ce questionnaire est moins pire que ce qu'elle aurait pu être est justement ma situation sentimentale. Je pense qu'il devrait y avoir une partie un peu plus poussée la dessus dans le questionnaire, je pense que ça change justement beaucoup de choses à notre ""état mental"" durant l'externat, sachant que c'est la seule chose qui peut nous permettre de décrocher un peu avec le monde de la médecine au quotidien.
- Très belle initiative.
- Au niveau psychologique, certains stages ou les externes sont humiliés en visite, au bloc etc. et des remarques déplacées vis à vis des externes femmes qui existent encore (même si très minoritaires)
- Je me marie après les ecn, je suis un peu trop euphorique peut être...
- Il faut arrêter avec les stages d'externes, cela n'apporte pas grand-chose par rapport à l'investissement consentis.
Il faudrait mettre à la place des stages nettement moins prenant et beaucoup plus formateur sur le plan pratique.

- Merci pour ce sondage !!
Le plus dur pour moi est de ne pas pouvoir prendre en charge sur le plan relationnel mes patients comme je le veux. Ceci crée beaucoup de souffrances."
Merci pour ce sondage. C'est important d'évaluer la santé psychique des externes car c'est une période difficile de la vie pour tout médecin, notamment sur les symptômes dépressifs et anxieux qui sont certainement plus fréquents.
- Malgré que je ressente profondément les difficultés de l'externat et l'impact néfaste sur mon moral et mon attitude au quotidien; j'arrive à relativiser et ma passion pour ces études prime (et continuera à primer je l'espère) sur la difficulté à laquelle je suis confrontée. Les coups de blues sont très fréquents mais j'arrive toujours à remonter un peu la pente. Ce qui ne veut pas dire que les difficultés de l'externat sont moindres... Et c'est pour ça que mes réponses sont toujours assez ""tempérées"" car j'ai tendance à faire une moyenne. Merci de t'être penchée sur ce sujet, je pense qu'on en parle trop peu et on s'y intéresse trop peu.
Bon courage pour ta thèse Coraline. "
Merci de vous intéresser à la santé des externes et bon courage pour votre thèse :)
Le questionnaire devient de plus en plus déprimant au fur et à mesure de l'avancée dans les questions.
Cela ne pourrait-il pas engendrer un biais ?
Certaines questions ne sont pas très adaptées à leur modalité de réponse"
Bon courage pour cette thèse !
"Je vous laisse mon email pour lire la fin de votre travail
Bonne continuation
- C'est long
- Test très important merci, mais cela changera-t-il quelque chose à l'esclavage de l'externat ?
- En ce qui me concerne il y a un biais : Je suis stressée mais depuis très jeune (J'ai des souvenirs de crises de panique par rapport à l'école déjà en primaire). L'externat n'améliore pas les choses mais j'ai mûri alors ça n'a pas empiré.
Je crains une chose : avoir la responsabilité de vies humaines...
- "La médecine est une filière difficile car nous sommes aux côtés de personnes malades. Nous les accompagnons quel que soit la fin de l'histoire (guérison, rémission, échec thérapeutique, agonie, décès). La mort et la souffrance sont nos compagnes du voyage.
Mais malgré cela il y a aussi la guérison, la rémission, et parfois même les miracles. Qu'importe les malheurs dont nous avons été témoin. Qu'importe les insultes. Un seul sourire, une seule larme de joie, un seul merci, vous transforme une mauvaise journée en une excellente!

- Beaucoup de pression dans ces études, hautes exigences alors que peu de temps et de moyens nous sont donnés, notamment dans les périodes de cours.
- Ne pas prendre en compte le niveau d'étude de mon "père", je ne l'ai jamais connu.
Bon courage.
- "Pour les questions "prenez-vous autant de plaisir à faire des activités" ou "êtes-vous enthousiaste à l'idée de faire certaines activités" etc... j'aurais voulu répondre "plus qu'avant" et non "autant qu'avant", j'ai eu le sentiment que ce choix de réponse pouvait manquer.
De plus, peut-être que certains items du sondage peuvent être biaisés par l'état psychologique des sondés avant l'externat. Certaines réponses peuvent porter à confusion, on peut penser que sa santé psychique s'est dégradée avec l'externat alors qu'elle l'était déjà avant pour d'autres raisons. Peut-être que tout cela a déjà été soulevé, auquel cas je m'excuse!
Ce sondage est très intéressant pas ailleurs.
- Le plus épuisant dans nos études, c'est la quantité de connaissance qu'on doit acquérir en si peu de temps, même en stage, au lieu de se concentrer, on n'y pense tout le temps.
De plus on rencontre beaucoup de chefs qui nous humilient durant les visites/ staff... On perd vite confiance en nous et on nous fait souvent comprendre que l'on ne sert pas à grand-chose"
"Par rapport à ce dernier questionnaire : je souhaite très fortement être parent un jour, c'est pourquoi je ne considère pas avoir obtenu les choses importantes que je veux de la vie.
Je suis globalement satisfaite de faire de la médecine, et je ne me vois pas faire autre chose, mais je suis parfois écrasée par le poids du travail, et ma santé n'étant pas au beau fixe, je ne peux pas toujours affronter chaque journée avec enthousiasme.
- Ce qui ressort de mes réponses est que je suis satisfaite de mes études de médecine qui m'apportent beaucoup de satisfaction et je me visualise heureuse plus tard, médecin en cabinet. Mais certains stages et certaines périodes de l'année (fatigue, stress des examens) sont très difficiles à passer et m'ont régulièrement donné envie de tout arrêter. Mon humeur a été très fluctuante au cours de l'externat, souvent très dépendante des stages (stages où on fait ce qu'on aime et où on est valorisé, vs stages épuisants physiquement et psychologiquement)
- Super sujet d'étude, trop peu souvent abordé malheureusement !
Les statistiques seront certainement très intéressantes à analyser.
Belle initiative, bon courage
- Bonjour, je suis actuellement externe en D2, j'ai pris le temps de répondre à votre questionnaire car il m'a interpellé : depuis que je suis externe j'ai vraiment

l'impression que ma vie et mes perspectives ont changés.

Pour répondre plus simplement à votre questionnaire, je n'ai ni perdu ou pris du poids, majorer ma consommation de tabac, alcool, drogue mais ce qui a le plus changé c'est ce poids permanent de la médecine dans nos vies, notre quotidien, nos fréquentations, nos loisirs (quasi-inexistant). C'est cet enfermement pour préparer ce concours qui est au-dessus de votre tête comme l'épée de Damoclès, ce dogme qu'il faut tout donner pour la médecine, ce poids de la "vocation" où on ne doit plus compter nos heures et qui excuse tout. Et puis le futur qui nous attend : 3ans d'externat, il me semblait que ce serait le pire mais depuis le début d'années, interne ne me tente pas plus!

A quand les folles années de jeunesse? ;)

J'aime ce métier, profondément car il est noble et fabuleux mais je souhaite que médecine ne soit pas toute ma vie.

A mon avis le plus pertinent est ce point : moins apprécier des choses qu'on faisait avant et qu'on aimait faire, ne plus avoir de loisirs a soi (parce que c'est "une perte de temps"), se couper.

- Je trouve bien que depuis quelques temps on s'intéresse aux externes et votre étude fait écho à ce jeune interne qui s'est suicidé et dont la lettre de son ami est criante de vérité.

Bon courage pour votre thèse et merci!

Alexia

- Bonne chance pour la thèse!
- Parfait ce questionnaire!
Peut-être biaisé par les 3 mois d'études générales restantes... On en voit le bout de ces études et ça, c'est motivant ! Merci ! Bonne continuation !
- J'ai pour projet de m'éloigner du monde médical pour travailler dans l'industrie pharmaceutique ou la finance.
- Bon courage
- Si je devais changer quelque chose le "presque rien" aurai tout de même était de ne pas faire médecine.
Plutôt dentaire, kiné ou carrément autre chose.
- "J'ai fait une dépression sévère pendant 2 ans.
Le monde de l'hôpital est dur, froid, hostile, ignoble. Je m'y sens mal à l'aise.
J'ai la rage, il faut toujours travailler plus, je vis en permanence dans l'angoisse, je n'arrive pas à travailler autant que je le voudrais.
Je vis particulièrement mal mes études de médecine, elles me sont insupportables, j'ai constamment l'impression d'être au bout du rouleau.
Je connais beaucoup de co-externes qui vivent comme moi un enfer.
Métier magnifique, études de merde. Merci pour ce moment"

Les réponses donner sont celle d'une étudiante en d3, qui c'est relever (seum) d'une année difficile il y a 2ans (première d2). Si j'avais répondu lors de ma première année d'externes plusieurs donner aurai changé (alcool quotidiens, boire pour pouvoir s'endormir, perte d'intérêt globale, problème de concentration, fatigue extrême jusqu'à des répercussions physique...)

- L'externat implique un grand sens du sacrifice. Il faut constamment remettre ses projets de vie au lendemain et gérer une multitude d'émotions en même temps. Entre le stress, nos attentes personnelles, professionnelles et familiales on a parfois du mal à se reconnaître. Il faut apprendre à vivre avec la frustration, une hypersensibilité, une intolérance à la moindre contrariété et des déceptions. Heureusement que l'ECN est proche, on va enfin pour commencer à profiter !
Très bonne initiative. J'aimerais aborder un point qui n'a pas trop été abordé dans ce questionnaire (peut être volontairement), Je ne regrette pas ce que je fais, je suis passionné de ce que je fais et je ne changerai pour rien au monde, plus que le stress en stage, je trouve que c'est cette course à l'excellence qui nous est imposée en France qui est dure à vivre. Je suis marié, et ma famille n'habite pas dans la même ville que moi. Je fais mon maximum pour donner le meilleur de moi-même, mais malheureusement à cause de cela je n'ai plus le temps d'être disponible pour les gens que j'aime, je rentre tous les soirs à 23h, je ne vois pas beaucoup ma femme (qui voit avec moi), et ça, je trouve que c'est vraiment dur.
- Certaines questions sont difficiles puisque des moments vécus comme très frustrants sur le coup me paraissent enrichissants rétrospectivement. Je trouve que la difficulté de ces études est souvent qu'on n'a pas le temps ou l'occasion de prendre du recul pour se rendre compte de l'intérêt de ce qu'on fait. Par ailleurs j'ai parfois souffert de l'ambiance pas toujours sympathique en stage et des limites de l'administration de la faculté qui nous met des bâtons dans les roues dès qu'on veut faire quelque chose en dehors du cadre standard de ces études.
- Peut-être devriez-vous revoir le questionnaire pour la partie MBI, les réponses correspondent pas forcément aux questions (au final on comprends l'idée mais bon ;))
Je ne connais pas les détails de votre études, mais peut être pourriez-vous y intégrer un volet sur la ""pression"" qu'on nous met en nous disant que si on finit medG en campagne on aura raté notre vie (et alors jamais on le fait volontairement bigre!)
- C'est chouette que vous vous intéressiez à ce sujet, c'est vrai que dans certains service, on a juste l'impression d'être invisible quand une situation nous touche d'un peu trop près ou qu'on est lessivé par la fac, les partielles et le reste. Heureusement ce n'est pas partout pareil!
Bon courage :)

- Il m'arrive souvent d'avoir l'impression que l'on n'est pas reconnu à notre juste valeur que ce soit en tant qu'externe dans les services à l'hôpital qu'à la fac où il s'agit plus de nous piéger plutôt que de nous accompagner dans ces études difficiles
- Je salue cette initiative qui fait cependant un peu peur à force de remplir des cases "pathologique». Déformation professionnelle ? ;)
Bon courage pour ta thèse!
- On peut toujours, s'améliorer, d'où ma réponse à la dernière question.
Mes réponses aux questions notamment sur la qualité de vie seront différentes des autres externes (qui sont plus nolife) mais contexte différent: je suis un passerellien déjà thésé et plus âgé (je sais pas si tu prends l'âge ou l'expérience professionnelle antérieure en compte dans ton étude (visiblement pas)) bon courage!
- Les réponses par "quelques fois par mois", "une fois par mois" vers la fin du questionnaire n'étaient pas très adaptées aux questions
- Très bonne initiative de sujet de thèse!
- Bon courage ! :)
Médecine, c'est chaud.
- Qu'on ne s'étonne pas que les étudiants se foutent en l'air avec la pression inutile que nous impose la fac, et quand on se fait rabaisser à longueur de journée par les secrétaires de la faculté, qu'on se fait refuser une entrevue avec Mr le doyen sans raison. Tout le monde a réussi. On est dégoûté de la médecine.
Tu devrais t'intéresser à la santé psychique des transférés des DOM arrivant dans leur nouvelle fac métropolitaine pour l'externat. Là tu verras que les statistiques de dépressions et suicides sont graves, et que la négligence des facs vis à vis d'eux est sidérante.
Bonne continuation pour la thèse !
- je doute que les choses ne changeront un jour, mais merci d'avoir osé ouvrir le débat... de ces études qui se veulent être dans l'intérêt d'autrui, dans le soin, la compréhension et l'empathie...et qui a contrario se trouvent être si impersonnelles, si peu empathiques; à prôner tout cet élitisme de merde... dans ce monde où l'égoïsme est roi
- Les études de médecine restent un milieu élitiste, ou il est primordial d'avoir l'esprit libéré et un support familial fonctionnel.
- Les réponses aux questions dépendent beaucoup de la période de l'année à mon avis. A qq semaine de l'ecn je suis plus stressée et à cran qu'il y a qq mois.
Bon courage à toi.

- Il est difficile de répondre aux questions concernant le réel travail à l'hôpital et le rapport aux malades car je pense qu'à notre niveau on ne se rend pas bien compte de la responsabilité qu'on aura plus tard. Pour le reste j'imagine (et j'espère) que la vie est plus agréable! Ayant beaucoup souffert de mon externat je trouve ça génial de faire une thèse là-dessus ! Bon courage
- J'ai l'impression de sacrifier ma jeunesse, et que 95% des patients nous déshumanisent et nous prennent pour des machines.
En commençant ces études, je ne pensais pas que ce serait si dur.
Quel avenir pour nos futurs médecins généralistes ? Quelles conditions d'études, et quelles conditions d'exercice ?
Si j'avais su tout ça, je n'aurais pas entrepris ces études, qui étaient pourtant une évidence depuis toujours pour moi.
Je ne pense pas pouvoir m'épanouir pleinement dans cette voie, que j'ai pourtant choisie. Triste vérité.
- J'ai développé un trouble anxieux (pour des raisons personnelles et en partie à cause de la pression que je me suis mise au cours de mes études de médecine)
Suite aux partiels, j'ai débuté une thérapie cognitive et comportementale pour apprendre à gérer mon stress et suis traitée pour syndrome anxio-dépressif
- Bon courage pour l'analyse des données ! :)
- Je suis à bout. J'en ai marre de l'externat. J'aimerais me suicider et en finir.
- Manque des items sur l'amélioration de la qualité de vie dans certaines questions

Tableau 1. Sexe, âge et promotion à Tours

Variabe	Modalité	Effectif	Moyenne+/-ET	Extrêmes
Sexe	Hommes	195(36,2)		
	Femmes	344(63,8)		
Age			23,02+/-1,92	20--44
Prmotion	DFASM1		188(34,9)	
	DFASM2		165(30,7)	
	DFASM3		186(34,4)	

Tableau 2. Mode de vie à Tours

Variable	Modalité	n(%)	M+/-ET	Extrêmes
Parentalité	Pas d'enfants	531(98,5)		
	Au moins un enfant	8(1,5)		
Lieu de vie	Seul en appartement	320(59,4)		
	Dans un appartement en couple	86(16,0)		
	En colocation	64(11,9)		
	Chez les parents	53(9,8)		
	Résidence universitaire	10(1,9)		
	Maison	5(0,9)		
	Chez les grand-parents	1		
Niveau d'études du père	Superieur	356(65,4)		
	Bac	62(11,7)		
	Lycée	60(11,2)		
	Collège	52(9,9)		
	Primaire	9(1,7)		
Niveau d'études de la mère	Superieur	363(67,3)		
	Bac	84(15,6)		
	Lycée	54(10,0)		
	Collège	32(5,9)		
	Primaire	6(1,1)		
Restaurant/Bar/Café	Jamais	11(2,0)		
	1 fois par trimestre	85(15,8)		
	1 fois par mois	236(43,8)		
	1 fois par semaine	173(32,1)		
	Plus d'1 fois par semaine	34(6,3)		
Cinéma/Théâtre/Musée/Exposition	Jamais	64(11,9)		
	1 fois par trimestre	210(39,0)		
	1 fois par mois	218(40,5)		
	1 fois par semaine	42(7,8)		
	plus d'1 fois par semaine	5(0,9)		
Visite familiale	Jamais	5(0,9)		
	1 fois par trimestre	47(8,6)		
	1 fois par mois	85(15,4)		
	1 fois par semaine	186(34,5)		
	Plus d'1 fois par semaine	216(40,6)		
Activités physiques	Jamais	52(9,6)		
	1 fois par trimestre	44(8,2)		
	1 fois par mois	74(13,7)		
	1 fois par semaine	221(41,0)		
	Plus d'1 fois par semaine	148(27,5)		
Satisfaction stage			3,44+/-0,97	1--5
Eloignement des proches			3,78+/-1,17	1--5
Soutien de l'entourage	Oui	526(97,6)		
	Non	13(2,4)		

Tableau 3. Résultats spécifiques à la santé des externes à Tours

Variable	Modallité	n(%)	M+/-ET	Extrêmes
Evolution poids	Stable	299(55,5)		
	Perte de plus de 2kg	89(16,5)		
	Prise de plus de 2kg	151(28,0)		
Tabac	Oui	86(16,0)=N		
	Non	453(84,0)		
Durée de tabagisme (pour les fumeurs)	moins d'1 an	4(4,7%N)		
	1 a 2 ans	3(3,5%N)		
	2 à 3 ans	15(17,4%N)		
	3 a 4 ans	19(22,1%N)		
	Plus de 4 ans	45(52,3%N)		
Evolution du tabagisme (pour les fumeurs)	Augmentation	44(51,1%N)		
	Diminution	17(19,8%N)		
	Stable	25(29,1%N)		
Drogues dures	Oui	52(9,6)		
	Non	487(90,4)		
Stimulants	Oui	130(24,1)		
	Non	409(75,9)		
Anxiolytiques	Oui	171(31,7)		
	Non	368(68,3)		
Somnifères	Oui	140(26,0)		
	Non	399(74,0)		
Antidépresseurs	Oui	73(13,4)		
	Non	466(86,6)		
Canabis	Oui	34(6,3)		
	Non	505(93,7)		
	CAST		0,17+/-0,75	0--6
	Score 0	505(93,7)		
	Score à 1	10(1,90)		
	Score à 2	9(1,70)		
	Score à 3	15(2,70)		
Alcool	Oui	456(84,6)=N1		
	Non	83(15,4)		
	AUDIT		5,02+/-4,81	0--36
	Score 0	83(15,4)		
	Score 1 à 4	211(46,3%N1)		
	Score 5 à 7	139(30,5%N1)		
	score 8 à 11	64(14,0%N1)		
	Score supérieur à 12	42(9,2%N1)		
Anxiété	Oui	215(39,9)		
	Non	324(60,1)		
	HAD anxiété		9,65+/-4,1	0--21
Dépression	Oui	49(9,1)		
	Non	490(90,9)		
	HAD dépression		5,54+/-3,63	0--20
Burn out	Oui (au moins une dimension)	372(69,1)		
	Non (aucune dimension)	167(30,9)		
Degrés de burn out	1 degré (burn out faible)	220(40,9)		
	2 degrés (burn out moyen)	105(19,5)		
	3 degrés (burn out sévère)	47(8,7)		
Epuisement émotionnel	Epuisement émotionnel bas	172(31,9)		
	Epuisement émotionnel modéré	206(38,2)		
	Epuisement émotionnel élevé	161(29,9)		
	MBI/Epuisement émotionnel		23,66+/-10,97	0--51
Dépersonnalisation	Dépersonnalisation basse	224(41,6)		
	Dépersonnalisation modérée	179(33,2)		
	Dépersonnalisation élevée	136(25,2)		
	MBI/dépersonnalisation		7,99+/-5,9	0--26
Perte d'accomplissement personnel	Perte accomplissement personnel basse	112(20,8)		
	Perte accomplissement personnel modérée	152(28,3)		
	Perte accomplissement personnel élevée	275(50,9)		
	MBI/Perte d'accomplissement personnel		32,46+/-8,13	6--47
Symptômes Psychosomatiques	Oui	144(26,7)		
	Non	395(73,3)		
	SCL90		0,68+/-0,51	0--2,5
Troubles du sommeil	Oui	307(57,0)		
	Non	232(43,0)		
	FORD		18,77+/-7,73	1--38
Qualité de vie	Mauvaise	189(35,1)		
	Bonne	350(64,9)		
	SWLS		21,26+/-7,2	5--35
Renoncement aux études	Oui	342(63,5)		
	Non	197(36,5)		
Pensées suicidaires	Oui	116(21,5)		
	Non	423(78,5)		
Tentative de suicide	Oui	14(2,6)		
	Non	525(97,4)		

CAST et AUDIT : plus le score est élevé, plus l'addiction est élevée.

Tableau 4. Sexe, âge et promotion à Paris 7

Variable	Modalité	Effectif	Moyenne +/- écart type	Extrêmes
Sexe	Hommes	329 (66,2%)		
	Femmes	168 (33,8%)		
Âge			23,01 +/- 1,6	20-33
Promotion	DFASM 1	183 (36,8%)		
	DFASM 2	171 (34,4%)		
	DFASM 3	143 (28,8%)		

Tableau 5. Mode de vie à Paris 7

Variable	Modalité	Effectif	Moyenne +/- écart type	Extrêmes
Parentalité	Pas d'enfant	496 (100%)		
	1 ou 2 enfants	0		
	Plus de 2 enfants	0		
Lieu de vie	Seul en appartement	115 (23,1%)		
	En appartement en couple	55 (11,1%)		
	En colocation	59 (11,9%)		
	Chez les parents	242 (48,7%)		
	Résidence universitaire	14 (2,8%)		
	Maison	1 (0,2%)		
	Chez les grands parents	1 (0,2%)		
Niveau d'études du père	Etudes supérieures	340 (68,4%)		
	Bac	49 (9,9%)		
	Lycée	57 (11,5%)		
	Collège	42 (8,5%)		
	Primaire	9 (1,8%)		
Niveau d'études de la mère	Etudes supérieures	352 (70,8%)		
	Bac	51 (10,3%)		
	Lycée	52 (10,5%)		
	Collège	32 (6,4%)		
	Primaire	10 (2,0%)		
Restaurant/bar/café	Jamais	13 (2,6%)		
	1 fois par trimestre	51 (10,3%)		
	1 fois par mois	182 (36,6%)		
	1 fois par semaine	209 (42,1%)		
	Plus d'1 fois par semaine	42 (8,5%)		
Cinéma/théâtre/musée/expos	Jamais	54 (10,9%)		
	1 fois par trimestre	190 (38,2%)		
	1 fois par mois	213 (42,9%)		
	1 fois par semaine	38 (7,6%)		
	Plus d'1 fois par semaine	2 (0,4%)		
Visites amis/famille	Jamais	4 (0,8%)		
	1 fois par trimestre	27 (5,4%)		
	1 fois par mois	119 (23,9%)		
	1 fois par semaine	182 (36,6%)		
	Plus d'1 fois par semaine	165 (33,2%)		
Activité physique	Jamais	121 (24,3%)		
	1 fois par trimestre	51 (10,3%)		
	1 fois par mois	72 (14,5%)		
	1 fois par semaine	155 (31,2%)		
	Plus d'1 fois par semaine	98 (19,7%)		
Satisfaction du stage			3,33 +/- 1	1-5
Eloignement des proches			3,82 +/- 1,15	1-5
Soutien de l'entourage	Oui	483 (97,2%)		
	Non	14 (2,8%)		

Tableau 6. Résultats spécifiques à la santé des externes à Paris 7

Variable	Modalité	Effectif	Moyenne +/- écart type	Extrêmes
Evolution du poids	Stable	252 (50,7%)		
	Perte de plus de 2 kg	68 (13,7%)		
	Prise de plus de 2 kg	177 (35,6%)		
Tabac	Oui	117 (23,5%)		
	Non	380 (76,5%)		
Durée tabagisme (% parmi fumeurs)	Moins d'1 an	5 (4,3%)		
	1 à 2 ans	6 (5,1%)		
	2 à 3 ans	12 (10,3%)		
	3 à 4 ans	19 (16,2%)		
	Plus de 4 ans	75 (64,1%)		
Evolution du tabagisme (% parmi fumeurs)	Stabilité	33 (28,7%)		
	Augmentation	65 (56,5%)		
	Diminution	17 (14,8%)		
Drogues dures	Oui	77 (15,5%)		
	Non	420 (84,5%)		
Stimulants	Oui	102 (20,5%)		
	Non	395 (79,5%)		
Anxiolytiques	Oui	163 (32,8%)		
	Non	334 (67,2%)		
Somnifères	Oui	124 (24,9%)		
	Non	373 (75,1%)		
Antidépresseurs	Oui	66 (13,3%)		
	Non	431 (86,7%)		
Cannabis	Oui	105 (21,1%)		
	Non	392 (78,9%)		
CAST (% parmi les consommateurs de cannabis)	Score à 1	53 (50,5%)		
	Score à 2	19 (18,1%)		
	Score à 3 et plus	33 (31,4%)		
	Score CAST		0,45 +/- 1,1	0-6
Alcool	Oui	409 (82,3%)		
	Non	88 (17,7%)		
AUDIT (% parmi les consommateurs d'alcool)	Score < 5	184 (45%)		
	Score de 5 à 7	129 (31,5%)		
	Score de 8 à 11	57 (13,9%)		
	Score > 12	39 (9,5%)		
	Score AUDIT		4,77 +/- 4,65	0-40
Anxiété	Présence	225 (45,3%)		
	Absence	272 (54,7%)		
	Score HAD anxiété		9,93 +/- 4,34	0-21
Dépression	Présence	60 (12,1%)		
	Absence	437 (87,9%)		
	Score HAD dépression		6,03 +/- 3,65	0-17
Burn out	OUI (Au moins 1 dimension)	378 (76,1%)		
	Non (Aucune dimension)	119 (23,9%)		
Degrés de burn out	1 dimension (burn out faible)	194 (39%)		
	2 dimensions (burn out moyen)	124 (24,9%)		
	3 dimensions (burn out sévère)	60 (12,1%)		
Epuisement émotionnel (EE)	Bas	147 (29,6%)		
	Modéré	178 (35,8%)		
	Elevé	172 (34,6%)		
	Score MBI EE		24,43 +/- 11,42	0-54
Dépersonnalisation (DP)	Basse	174 (35%)		
	Modérée	161 (32,4%)		
	Elevée	162 (32,6%)		

	Score MBI DP		8,9 +/- 6,15	0-30
Perte d'accomplissement personnel (PAP)	Basse	72 (14,5%)		
	Modérée	137 (27,6%)		
	Elevée	288 (57,9%)		
	Score MBI PAP		8,9 +/- 6,15	0-30
Symptômes psychosomatiques	Oui	185 (37,2%)		
	Non	312 (62,8%)		
	Score SCL 90		0,84 +/- 0,63	0-7
Troubles du sommeil	Oui	342 (68,8%)		
	Non	155 (31,2%)		
	Score de Ford		21,76 +/- 6,28	9-36
Qualité de vie	Bonne	310 (62,4%)		
	Mauvaise	187 (37,6%)		
	Score SWLS		20,98 +/- 7,45	5-35
Envie de renoncer aux études	Oui	326 (65,6%)		
	Non	171 (34,4%)		
Pensées suicidaires	Oui	100 (20,1%)		
	Non	397 (79,9%)		
Tentative de suicide	Oui	13 (2,6%)		
	Non	484 (97,4%)		

CAST et AUDIT : plus le score est élevé, plus l'addiction est élevée.

Tableau 7. Facteurs associés univariés à l'anxiété à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_EPUISEMENT	0,00
SCL_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
prise_medicamenteuse_anxiété	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,00
SWLS_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
evolution_poids	0,00
ville	0,00
envie_renoncer	0,00
fréquence_activité_physique	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION	0,00
sexe	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
evolution_depuis_externat	0,00
FORD_seuil	0,00
niveau_étude_père	0,01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,01
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,02
tentative_suicide	0,06
fréquence_restaurant_bar_café	0,12
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,13
enfant	0,16
soutien_entourage	0,30
depuis_quand	0,31
AUDIT	0,35
tabac	0,37
lieu_de_vie	0,52
niveau_étude_mère	0,59
promotion	0,71
CAST	0,81
autre_drogue	0,83

B. Données quantitatives

	<12	>ou=12	p value
Moyennes HAD anxiété	6,94	13,74	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	19,02	30,64	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,47	0,98	0,00
Moyennes HAD dépression	4,09	7,72	0,00
Moyennes swls	23,87	18,24	0,00
degre_burn_out	0,80	1,46	0,00
éloignement_des_proches	3,56	4,12	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,58	3,23	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,14	9,27	0,00
Moyennes ford	17,74	20,33	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	33,11	31,49	0,02
age	22,87	23,25	0,03
Moyennes cast	0,18	0,14	0,57
Moyennes audit	5,09	4,93	0,71

Tableau 8. Facteurs associés univariés à la dépression à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
ville	0,00
MBI_EPUISEMENT	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
sexe	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
SWLS_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
envie_renoncer	0,00
autre_drogue	0,02
AUDIT	0,03
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,03
evolution_poids	0,04
CAST	0,06
soutien_entourage	0,08
evolution_depuis_externat	0,10
lieu_de_vie	0,14
tabac	0,15
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,20
SCL_seuil	0,20
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,26
niveau_étude_père	0,27
fréquence_restaurant_bar_café	0,31
niveau_étude_mère	0,31
tentative_suicide	0,36
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,43
promotion	0,51
fréquence_activité_physique	0,56
depuis_quand	0,58
FORD_seuil	0,61
prise_médicamenteuse_anxiété	0,65
enfant	0,68
prise_médicamenteuse_moral	0,79

B Données quantitatives

	valeur - [-Inf,12)	valeur - [12, Inf]	p value
moyennes MBI dépersonnalisation	5,17	16,35	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	21,68	29,51	0,00
Moyennes HAD dépression	4,99	7,16	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,54	3,14	0,00
Moyennes swls	22,30	19,61	0,00
Moyennes HAD anxiété	9,32	10,64	0,00
eloignement_des_proches	3,70	4,01	0,01
Moyennes audit	4,71	5,96	0,01
Moyennes cast	0,13	0,28	0,04
Moyennes ford	18,40	19,88	0,05
age	22,97	23,19	0,24
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,68	31,80	0,28
Moyennes scl_90	0,67	0,71	0,37

Tableau 9. Facteurs associés univariés à l'épuisement émotionnel élevé à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
ville	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
tentation_suicide	0,00
SCL_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_medicamenteuse_anxiété	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,00
fréquence_activité_physique	0,00
FORD_seuil	0,00
evolution_poids	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,01
AUDIT_seuil	0,02
tentative_suicide	0,02
niveau_étude_père	0,07
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,07
depuis_quand	0,08
evolution_depuis_externat	0,09
sexe	0,16
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,19
soutien_entourage	0,19
tabac	0,27
fréquence_restaurant_bar_café	0,34
niveau_étude_mère	0,34
enfant	0,54
lieu_de_vie	0,62
autre_drogue	0,63
AUDIT	0,73
CAST_seuil	0,94
promotion	0,99

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,30]	valeur - [30, Inf]	p value
Moyennes MBI epuisement_ér	18,07	36,78	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,34	12,72	0,00
Moyennes HAD dépression	4,46	8,07	0,00
Moyennes swls	23,48	17,26	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisa	6,66	11,12	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,58	0,90	0,00
niveau_satisfaction_stage_actu	3,61	3,05	0,00
eloignement_des_proches	3,63	4,14	0,00
Moyennes ford	17,87	20,88	0,00
Moyennes MBI perte_accompl	33,07	31,02	0,01
age	22,95	23,19	0,20
Moyennes cast	0,16	0,17	0,89
Moyennes audit	5,03	5,01	0,97

Tableau 10. Facteurs associés univariés à la dépersonnalisation élevée à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
ville	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
sexe	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
SWLS_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
envie_renoncer	0,00
autre_drogue	0,02
AUDIT_seuil	0,03
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,03
evolution_poids	0,04
CAST_seuil	0,06
soutien_entourage	0,08
evolution_depuis_externat	0,10
lieu_de_vie	0,14
tabac	0,15
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,20
SCL_seuil	0,20
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,26
niveau_étude_père	0,27
fréquence_restaurant_bar_café	0,31
niveau_étude_mère	0,31
tentative_suicide	0,36
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,43
promotion	0,51
fréquence_activité_physique	0,56
depuis_quand	0,58
FORD_seuil	0,61
prise_médicamenteuse_anxiété	0,65
enfant	0,68
prise_médicamenteuse_moral	0,79

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,12]	valeur - [12, Inf]	p value
Moyennes MBI dépersonnalisation	5,17	16,35	0,00
Moyennes MBI épuisement_émotionnel	21,68	29,51	0,00
Moyennes HAD dépression	4,99	7,16	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,54	3,14	0,00
Moyennes Swls	22,30	19,61	0,00
Moyennes HAD anxiété	9,32	10,64	0,00
eloignement_des_proches	3,70	4,01	0,01
Moyennes audit	4,71	5,96	0,01
Moyennes cast	0,13	0,28	0,04
Moyennes ford	18,40	19,88	0,05
age	22,97	23,19	0,24
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,68	31,80	0,28
Moyennes MBI scl_90	0,67	0,71	0,37

Tableau 11. Facteurs associés univariés à la perte d'accomplissement personnel élevée à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
degre_burn_out_quali	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,01
promotion	0,03
SCL_seuil	0,04
prise_medicamenteuse_anxiete	0,04
frequence_restaurant_bar_cafe	0,05
frequence_voir_amis_famille	0,05
evolution_poids	0,06
tentation_suicide	0,08
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,09
tentative_suicide	0,12
niveau_etude_mere	0,13
HAD_ANXIETE_seuil	0,13
prise_medicamenteuse_moral	0,17
tabac	0,22
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,26
frequence_cinema_theatre_musee_expositions	0,27
CAST_seuil	0,35
AUDIT_seuil	0,36
FORD_seuil	0,37
lieu_de_vie	0,41
frequence_activite_physique	0,43
soutien_entourage	0,44
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,47
enfant	0,56
depuis_quand	0,63
ville	0,67
sexe	0,68
evolution_depuis_externat	0,77
niveau_etude_pere	0,84
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacite	0,97
autre_drogue	0,99

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,34]	valeur - [34, Inf]	p value
Moyennes MBI perte_accompl	26,12	39,04	0,00
Moyennes swls	19,77	23,57	0,00
Moyennes HAD depression	6,43	4,61	0,00
niveau_satisfaction_stage_actu	3,22	3,67	0,00
Moyennes MBI epuisement_er	25,23	22,06	0,00
eloignement_des_proches	3,93	3,63	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,73	0,62	0,01
Moyennes HAD anxiete	10,08	9,20	0,01
Moyennes ford	19,30	18,21	0,10
Moyennes cast	0,12	0,22	0,11
Moyennes Mbi depersonnalis	8,28	7,72	0,28
age	23,08	22,96	0,48
Moyennes audit	4,91	5,11	0,63

Tableau 12. Facteurs associés univariés à la mauvaise qualité de vie à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
envie_renoncer	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
ville	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
evolution_poids	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_medicamenteuse_anxiete	0,00
SCL_seuil	0,00
frequence_voir_amis_famille	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
frequence_activite_physique	0,00
frequence_restaurant_bar_cafe	0,00
evolution_depuis_externat	0,01
frequence_cinema_theatre_musee_expositions	0,02
niveau_etude_mere	0,02
niveau_etude_pere	0,02
tabac	0,03
soutien_entourage	0,04
promotion	0,16
FORD_seuil	0,18
lieu_de_vie	0,28
depuis_quand	0,34
enfant	0,36
autre_drogue	0,49
sexe	0,53
CAST_seuil	0,80
AUDIT_seuil	0,87
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacite	0,90
tentative_suicide	0,96

B. Données quantitatives

	<18	>ou=18	p value
Moyennes swls	13,53	25,99	0,00
Moyennes HAD dépression	7,71	4,36	0,00
Moyennes MBI épuisement émotionnel	29,51	20,49	0,00
Moyennes HAD anxiété	11,63	8,58	0,00
degre_burn_out	1,48	0,83	0,00
Moyennes MBI perte accomplissement	29,76	33,91	0,00
eloignement_des_proches	4,13	3,59	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,16	3,59	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,82	0,60	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	9,39	7,23	0,00
age	23,42	22,81	0,00
Moyennes ford	19,56	18,34	0,08
Moyennes cast	0,19	0,15	0,59
Moyennes audit	5,11	4,98	0,77

Tableau 13. Facteurs associés univariés à l'envie de renoncer aux études de médecine à Tours

A Données qualitatives

	p.value
SWLS_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
ville	0,00
tentation_suicide	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,00
SCL_seuil	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,00
evolution_depuis_externat	0,00
evolution_poids	0,00
FORD_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,01
prise_medicamenteuse_anxiété	0,03
fréquence_restaurant_bar_café	0,03
tentative_suicide	0,08
soutien_entourage	0,11
lieu_de_vie	0,11
fréquence_activité_physique	0,15
enfant	0,22
niveau_étude_père	0,27
tabac	0,28
sexe	0,29
AUDIT	0,32
fréquence_voir_amis_famille	0,34
niveau_étude_mère	0,43
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,60
promotion	0,63
CAST	0,74
depuis_quand	0,75
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,92
autre_drogue	1,00

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
Moyennes swls	25,93	19,14	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	17,85	27,00	0,00
Moyennes HAD dépression	4,07	6,38	0,00
degre_burn_out	0,71	1,27	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,13	10,53	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,53	0,76	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,71	3,28	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	34,17	31,47	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	6,86	8,64	0,00
Moyennes ford	17,60	19,44	0,01
age	22,73	23,19	0,01
éloignement_des_proches	3,65	3,86	0,04
Moyennes audit	4,87	5,11	0,57
Moyennes cast	0,15	0,18	0,73

Tableau 14. Facteurs associés univariés à la tentation suicidaire à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,00
SWLS_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
tentative_suicide	0,00
promotion	0,00
SCL_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
evolution_poids	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION	0,00
soutien_entourage	0,00
FORD_seuil	0,01
tabac	0,03
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,08
fréquence_restaurant_bar_café	0,08
lieu_de_vie	0,12
fréquence_voir_amis_famille	0,15
evolution_depuis_externat	0,21
sexe	0,27
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,34
CAST	0,35
depuis_quand	0,36
fréquence_activité_physique	0,42
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,46
AUDIT	0,63
niveau_étude_père	0,64
autre_drogue	0,77
enfant	0,78
niveau_étude_mère	0,90

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
Moyennes HAD dépression	5,01	7,46	0,00
Moyennes swls	22,64	17,91	0,00
Moyennes MBI epuisement émotionnel	22,11	29,28	0,00
Moyennes HAD anxiété	9,10	11,64	0,00
degre_burn_out	0,95	1,47	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,43	10,04	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,53	3,12	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,63	0,84	0,00
age	22,91	23,44	0,01
Moyennes ford	18,32	20,41	0,01
Moyennes MBI perte accomplissement	32,80	31,22	0,06
Moyennes cast	0,15	0,23	0,29
eloignement_des_proches	3,76	3,86	0,41
Moyennes audit	4,95	5,28	0,51

Tableau 15. Facteurs associés univariés aux tentatives de suicide à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
tentation_suicide	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,01
prise_médicamenteuse_moral	0,01
degre_burn_out_quali	0,02
MBI_EPUISEMENT	0,02
fréquence_voir_amis_famille	0,03
SCL_seuil	0,05
HAD_ANGIETE_seuil	0,06
envie_renoncer	0,08
FORD_seuil	0,10
HAD_DEPRESSION_seuil	0,10
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,12
depuis_quand	0,14
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,14
autre_drogue	0,22
soutien_entourage	0,24
promotion	0,27
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,30
MBI_DEPERSONNALISATION	0,36
CAST	0,41
fréquence_restaurant_bar_café	0,43
evolution_poids	0,45
fréquence_activité_physique	0,48
tabac	0,57
sexe	0,60
niveau_étude_père	0,68
evolution_depuis_externat	0,68
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,68
AUDIT	0,73
niveau_étude_mère	0,86
enfant	0,90
SWLS_seuil	0,96
lieu_de_vie	1,00

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	23,45	31,57	0,01
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,46	2,79	0,01
degre_burn_out	1,05	1,64	0,02
Moyennes swls	21,74	17,43	0,03
Moyennes HAD dépression	5,48	7,57	0,03
Moyennes HAD anxiété	9,61	11,21	0,15
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,93	10,21	0,15
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,54	29,43	0,16
Moyennes ford	18,71	21,00	0,27
age	23,04	22,50	0,30
Moyennes scl_90_somatique	0,67	0,80	0,35
Moyennes cast	0,17	0,00	0,40
eloignement_des_proches	3,78	3,93	0,64
Moyennes audit	5,04	4,43	0,64

Tableau 16. Facteurs associés univariés a la consommation a risque de cannabis (CAST>ou=2) à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
CAST_seuil	0,00
tabac	0,00
Drogues dures	0,00
sexe	0,00
AUDIT_seuil	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,06
fréquence_voir_amis_famille	0,12
prise_médicamenteuse_anxiété	0,24
tentation_suicide	0,35
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,35
fréquence_activité_physique	0,38
HAD_DEPRESSION_seuil	0,39
tentative_suicide	0,41
niveau_étude_mère	0,42
soutien_entourage	0,43
enfant	0,44
depuis_quand	0,48
prise_médicamenteuse_moral	0,50
promotion	0,60
evolution_depuis_externat	0,63
envie_renoncer	0,74
FORD_seuil	0,78
SCL_seuil	0,78
SWLS_seuil	0,80
HAD_ANXIETE_seuil	0,81
evolution_poids	0,82
niveau_étude_père	0,87
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,91
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,91
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,92
degre_burn_out_quali	0,92
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,94
lieu_de_vie	0,99

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,2]	valeur - [2, Inf]	p value
Moyennes CAST	0,02	3,33	0,00
Moyennes AUDIT	4,70	12,08	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,90	10,04	0,08
Moyennes éloignement_des_proches	3,80	3,50	0,22
Moyenne SWLS	21,68	20,46	0,42
Moyennes HAD dépression	5,57	4,96	0,42
Moyennes satisfaction_stage_actuel	3,45	3,29	0,45
Moyennes FORD	18,72	19,88	0,47
Moyennes age	23,04	22,75	0,48
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	23,61	24,67	0,64
Moyennes scl90	0,68	0,66	0,86
Moyennes HAD anxiété	9,64	9,79	0,86
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,45	32,67	0,90

Tableau 17. Facteurs associés univariés à la consommation à risque d'alcool (AUDIT >ou=5) à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
AUDIT_seuil	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
tabac	0,00
autre_drogue	0,00
CAST_seuil	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
sexe	0,00
promotion	0,00
lieu_de_vie	0,02
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,03
prise_médicamenteuse_anxiété	0,07
SCL_seuil	0,09
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,11
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,11
enfant	0,16
fréquence_activité_physique	0,21
soutien_entourage	0,24
niveau_étude_père	0,24
evolution_poids	0,29
envie_renoncer	0,32
HAD_ANXIETE_seuil	0,35
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,36
niveau_étude_mère	0,38
HAD_DEPRESSION_seuil	0,49
prise_médicamenteuse_moral	0,50
evolution_depuis_externat	0,58
tentation_suicide	0,63
FORD_seuil	0,67
degre_burn_out_quali	0,70
tentative_suicide	0,73
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,73
depuis_quand	0,82
SWLS_seuil	0,87
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,94

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,5]	valeur - [5, Inf]	p value
Moyennes audit	1,99	8,67	0,00
Moyennes cast	0,02	0,34	0,00
age	23,23	22,77	0,01
moyennes MBI depersonnalisation	7,38	8,72	0,01
Moyennes ford	18,11	19,56	0,03
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,48	3,39	0,26
Moyennes HAD anxiete	9,53	9,80	0,45
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	23,40	23,96	0,55
Moyennes swls	21,74	21,48	0,67
eloignement_des_proches	3,77	3,80	0,81
Moyennes scl_90	0,67	0,68	0,84
Moyennes HAD dépression	5,53	5,55	0,96
Moyennes MBIperte_accomplissement	32,46	32,46	0,99

Tableaux 18. Facteurs associés univariés aux troubles psychosomatiques à Tours

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
sexe	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
fréquence_activité_physique	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
tentation_suicide	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,00
evolution_poids	0,00
FORD_seuil	0,01
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,04
tentative_suicide	0,05
promotion	0,05
tabac	0,06
niveau_étude_mère	0,07
AUDIT_seuil	0,09
niveau_étude_père	0,11
depuis_quand	0,20
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,20
fréquence_voir_amis_famille	0,25
soutien_entourage	0,33
autre_drogue	0,34
evolution_depuis_externat	0,39
fréquence_restaurant_bar_café	0,49
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,62
CAST_seuil	0,78
lieu_de_vie	0,79
enfant	0,83

B. Données quantitatives

	<1	>ou=1	p value
Moyennes scl_90_somatique	0,43	1,36	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,49	12,84	0,00
Moyennes HAD dépression	4,90	7,30	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	21,76	28,86	0,00
Moyennes swls	22,62	18,90	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,56	3,11	0,00
eloignement_des_proches	3,68	4,06	0,00
Moyennes ford	18,10	20,62	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	33,14	30,60	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,74	8,68	0,10
Moyennes audit	4,89	5,40	0,27
Moyennes cast	0,15	0,20	0,52
age	23,02	23,03	0,93

Tableaux 19. Facteurs associés univariés aux troubles du sommeil à Tours

A. données qualitatives

	p.value
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
ville	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
SCL_seuil	0,01
tentation_suicide	0,01
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,02
sexe	0,02
prise_médicamenteuse_moral	0,02
prise_médicamenteuse_anxiété	0,05
tentative_suicide	0,10
lieu_de_vie	0,10
degre_burn_out_quali	0,12
enfant	0,16
SWLS_seuil	0,18
promotion	0,19
fréquence_voir_amis_famille	0,22
evolution_poids	0,22
fréquence_restaurant_bar_café	0,26
niveau_étude_père	0,27
autre_drogue	0,29
HAD_DEPRESSION_seuil	0,35
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,37
fréquence_activité_physique	0,48
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,54
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,61
evolution_depuis_externat	0,65
AUDIT_seuil	0,67
soutien_entourage	0,74
CAST_seuil	0,78
depuis_quand	0,81
niveau_étude_mère	0,92
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,99
tabac	1,00

B. Données quantitatives

	<19	>ou=19	p value
Moyennes ford	11,32	24,40	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,76	10,32	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,57	0,76	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	21,68	25,15	0,00
eloignement_des_proches	3,63	3,90	0,01
Moyennes swls	22,56	20,92	0,01
Moyennes HAD dépression	5,09	5,87	0,01
degre_burn_out	0,95	1,14	0,02
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,51	3,38	0,13
age	23,15	22,93	0,19
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,63	8,26	0,22
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,92	32,11	0,25
Moyennes audit	4,90	5,12	0,61
Moyennes cast	0,16	0,18	0,75

Tableau 20. Facteurs associés multivariés à l'anxiété
(Ce qui apparait en vert est significatif)

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.22	0.01	3.57	
sexemasculin	0.34	0.25	0.46	
age	1.11	1.03	1.21	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.67	0.08	4.80	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.40	0.05	2.74	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.42	0.05	2.82	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.27	0.03	1.84	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.73	0.64	0.84	
eloignement_des_proches	1.47	1.29	1.67	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.92	0.61	1.39	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.50	0.34	0.73	

Paris				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.00	0.00	0.04	
sexemasculin	0.30	0.19	0.47	
age	1.39	1.18	1.65	
promotionDFASM 2	0.79	0.47	1.31	
promotionDFASM 3	0.48	0.25	0.90	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	0.78	0.40	1.52	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	0.46	0.23	0.90	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	0.89	0.35	2.23	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	2.05	0.06	77.41	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.73	0.60	0.89	
eloignement_des_proches	1.47	1.23	1.78	

Tours				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.11	0.01	1.60	
sexemasculin	0.32	0.20	0.49	
age	1.10	0.99	1.22	
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	0.75	0.30	1.90	
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	1.38	0.61	3.12	
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.54	0.27	1.07	
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.41	0.20	0.85	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.77	0.62	0.94	
eloignement_des_proches	1.64	1.36	1.99	

	OR	2.5 %	97.5 %
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.90	0.50	1.61
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.36	0.21	0.62
tabacOui	1.57	0.92	2.71

Tableau 21. Facteurs associés multivariés à la dépression

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.03	0.00	0.86	
villetours	0.68	0.42	1.09	
age	1.17	1.05	1.30	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.44	0.15	1.30	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.26	0.09	0.78	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.16	0.05	0.52	
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.12	0.01	0.69	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	0.30	0.16	0.56	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	0.59	0.30	1.14	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	0.20	0.03	0.81	
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	0.00	NA	Inf	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.77	0.08	7.96	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.32	0.03	3.21	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.47	0.05	4.82	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.16	0.02	1.83	
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.21	0.55	2.61	
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	0.51	0.24	1.06	
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.58	0.32	1.06	
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.38	0.17	0.82	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.69	0.55	0.87	
eloignement_des_proches	1.96	1.50	2.63	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.21	0.65	2.32	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.63	0.33	1.23	
Paris				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.02	0.00	2.26	
age	1.24	1.02	1.50	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.26	0.05	1.38	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.23	0.05	1.06	

	OR	2.5 %	97.5 %
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.11	0.02	0.56
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.05	0.00	0.54
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	0.28	0.12	0.70
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	0.46	0.18	1.17
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	0.13	0.01	0.90
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	0.00	NA	Inf
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.69	0.60	4.57
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	0.15	0.04	0.49
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.59	0.27	1.29
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.37	0.13	0.98
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.61	0.44	0.83
eloignement_des_proches	1.84	1.29	2.71
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.81	0.36	1.91
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.31	0.13	0.75
tabacOui	0.44	0.17	1.02

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.03	0.00	3.19
age	1.19	1.04	1.38
promotionDFASM 2	0.84	0.34	2.11
promotionDFASM 3	0.36	0.13	0.95
niveau_étude_pèreCollège	2.21	0.63	7.91
niveau_étude_pèreEtudes supérieures	0.71	0.27	2.05
niveau_étude_pèreLycée	0.20	0.03	0.98
niveau_étude_pèrePrimaire	2.58	0.25	24.77
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	0.20	0.08	0.49
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	0.23	0.08	0.60
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	0.13	0.01	0.82
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	0.00	NA	Inf
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.21	0.01	6.27
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.05	0.00	1.65
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.06	0.00	1.64
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.01	0.00	0.26
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.62	0.43	0.89
eloignement_des_proches	2.19	1.42	3.62
tabacOui	2.93	1.16	7.24

Tableau 22. Facteurs associés multivariés à l'épuisement émotionnel élevé

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.19	0.01	3.20	
sexemasculin	0.67	0.49	0.90	
age	1.09	1.01	1.18	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.36	0.04	2.57	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.23	0.03	1.61	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.30	0.03	2.06	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.21	0.02	1.42	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.63	0.54	0.72	
eloignement_des_proches	1.67	1.45	1.94	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.21	0.79	1.86	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.79	0.53	1.19	
Paris				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.00	0.00	0.06	
sexemasculin	0.69	0.44	1.07	
age	1.19	1.04	1.35	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.65	0.52	0.80	
eloignement_des_proches	2.06	1.67	2.57	
Tours				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.95	0.03	30.32	
sexemasculin	0.64	0.41	0.98	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	1.12	0.04	32.75	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.36	0.01	10.31	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.68	0.03	19.18	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.53	0.02	14.99	
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.71	0.68	4.32	
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	1.68	0.76	3.80	
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.80	0.40	1.64	
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.66	0.31	1.44	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.62	0.50	0.76	
eloignement_des_proches	1.43	1.18	1.75	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.90	1.03	3.59	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.94	0.53	1.70	

Tableau 23. Facteurs associés multivariés à la dépersonnalisation élevée

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	1.86	0.24	17.64	
villetours	0.66	0.49	0.88	
sexemasculin	2.77	2.07	3.72	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.71	0.08	5.27	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.29	0.03	2.10	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.37	0.04	2.66	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.46	0.05	3.29	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.71	0.61	0.82	
eloignement_des_proches	1.19	1.04	1.36	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.87	0.57	1.33	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.55	0.36	0.83	
Paris				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.51	0.09	2.89	
sexemasculin	3.07	2.03	4.69	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.77	0.18	3.37	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.73	0.19	2.90	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	1.41	0.38	5.54	
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	1.80	0.42	7.99	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.72	0.58	0.88	
eloignement_des_proches	1.26	1.05	1.52	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.89	0.49	1.65	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.51	0.28	0.94	
Tours				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	3.73	0.12	115.73	
sexemasculin	2.80	1.85	4.27	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	0.79	0.03	23.96	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	0.21	0.01	6.25	
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	0.26	0.01	7.71	
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	0.29	0.01	8.62	
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.69	0.55	0.85	
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.82	0.45	1.52	
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.57	0.32	1.00	

Tableau 24. Facteurs associés multivariés à la perte d'accomplissement personnel élevée

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.10	0.02	0.35	
villetours	1.24	0.96	1.60	
sexemasculin	1.26	0.96	1.66	
promotionDFASM 2	0.59	0.43	0.80	
promotionDFASM 3	1.15	0.84	1.58	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	3.38	1.14	12.54	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	4.11	1.45	14.80	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	3.56	1.25	12.86	
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	4.26	1.37	16.35	
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.51	1.32	1.73	
eloignement_des_proches	0.84	0.75	0.94	
Paris				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.12	0.01	0.77	
sexemasculin	1.56	1.03	2.35	
promotionDFASM 2	0.57	0.36	0.89	
promotionDFASM 3	1.22	0.76	1.95	
niveau_étude_mèreCollège	0.50	0.17	1.41	
niveau_étude_mèreEtudes supérieures	1.55	0.83	2.96	
niveau_étude_mèreLycée	0.70	0.30	1.62	
niveau_étude_mèrePrimaire	1.35	0.28	6.15	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	3.34	0.73	24.02	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	3.69	0.89	25.18	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	2.23	0.54	15.19	
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	6.83	1.44	50.36	
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.39	1.15	1.70	
eloignement_des_proches	0.83	0.70	0.99	
Tours				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	0.09	0.01	0.50	
promotionDFASM 2	0.59	0.38	0.92	
promotionDFASM 3	1.10	0.71	1.70	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	3.27	0.72	23.46	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	4.43	1.02	31.00	
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	4.98	1.13	35.05	
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	2.08	0.40	16.02	
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.66	1.37	2.04	

	OR	2.5 %	97.5 %
eloignement_des_proches	0.85	0.73	1.00

Tableau 25. Facteurs associés multivariés à la qualité de vie

total			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	13.11	0.73	225.89
sexemasculin	1.28	0.95	1.73
age	0.89	0.82	0.96
niveau_étude_pèreCollège	0.79	0.43	1.43
niveau_étude_pèreEtudes supérieures	1.81	1.17	2.81
niveau_étude_pèreLycée	1.10	0.62	1.93
niveau_étude_pèrePrimaire	1.48	0.49	4.60
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	1.68	0.22	16.30
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	3.57	0.49	33.58
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	3.04	0.42	28.26
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	4.45	0.62	41.34
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.33	1.15	1.54
eloignement_des_proches	0.62	0.54	0.71
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.68	0.45	1.04
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	1.21	0.81	1.81

Paris			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.30	0.02	3.01
niveau_étude_pèreCollège	0.53	0.21	1.34
niveau_étude_pèreEtudes supérieures	1.82	0.94	3.52
niveau_étude_pèreLycée	1.03	0.45	2.38
niveau_étude_pèrePrimaire	1.24	0.24	6.26
soutien_entourageOui	4.28	1.15	21.11
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	9.21	1.85	72.39
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	8.60	1.90	63.82
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	8.39	1.86	61.75
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	13.55	2.52	112.69
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.17	0.95	1.44
eloignement_des_proches	0.51	0.41	0.62

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	1.067206e+09	0.00	NA
sexemasculin	1.450000e+00	0.94	2.25
age	8.000000e-01	0.69	0.92
lieu_de_vieChez vos parents	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en collocation	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en couple	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, seul	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_viedans une maison, en couple avec enfants	1.076700e+02	0.00	Inf
lieu_de_viedans une maison, mariée	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieEn foyer/résidence universitaire	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieGrand-parent	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieMaison	3.300000e-01	0.00	Inf
lieu_de_viemaison, en couple	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_vieParents/appart seule (blois/tours)	0.000000e+00	NA	Inf
lieu_de_viePropriétaire de ma maison avec mon mari	1.280000e+00	0.00	Inf
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	8.300000e-01	0.02	28.01
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	1.860000e+00	0.05	61.11
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	1.680000e+00	0.05	54.70
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	2.640000e+00	0.07	86.18
niveau_satisfaction_stage_actuel	1.430000e+00	1.16	1.77
eloignement_des_proches	6.500000e-01	0.54	0.79
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	4.000000e-01	0.21	0.74
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	9.900000e-01	0.56	1.72
tabacOui	4.900000e-01	0.29	0.85

Tableau 26. Facteurs associés multivariés à l'envie de renoncer aux études médicales

total				
	OR	2.5 %	97.5 %	
(Intercept)	1860.69	0.00	NA	
sexemasculin	0.69	0.52	0.92	
age	1.47	1.28	1.69	
promotionDFASM 2	0.60	0.41	0.86	
promotionDFASM 3	0.41	0.26	0.65	
lieu_de_vieAppartement en couple et collocation	0.00	NA	Inf	
lieu_de_vieChez mes grands parents	0.95	0.00	Inf	

	OR	2.5 %	97.5 %
lieu_de_vieChez vos parents	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans l'appartement de mon père mais en colocation	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en colocation	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en couple	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, seul	0.00	NA	Inf
lieu_de_viedans une maison, en couple avec enfants	0.00	NA	Inf
lieu_de_viedans une maison, mariée	0.05	0.00	Inf
lieu_de_vieEcole de Sante des Armées	3.30	0.00	Inf
lieu_de_vieEn foyer/résidence universitaire	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieen maison, seul	1.36	0.00	Inf
lieu_de_vieESA	2.27	0.00	Inf
lieu_de_vieGrand-parent	2.75	0.00	Inf
lieu_de_viegrand mere	2.62	0.00	Inf
lieu_de_vieLa semaine en appart. Le WE je retourne chez mes parents	2.21	0.00	Inf
lieu_de_vieMaison	0.00	NA	Inf
lieu_de_viemaison, en couple	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieMoitié chez mes parents moitié chez mon copain	1.68	0.00	Inf
lieu_de_viemoitié chez mes parents, moitié seule dans un studio	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieParents/appart seule (blois/tours)	1.45	0.00	Inf
lieu_de_viePropriétaire de ma maison avec mon mari	0.00	NA	Inf
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	1.95	0.64	5.53
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	1.01	0.35	2.67
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.93	0.33	2.47
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	1.25	0.40	3.68
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.72	0.62	0.83
eloignement_des_proches	1.19	1.05	1.34
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.97	0.62	1.50
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.72	0.47	1.07

Paris

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.01	0.00	0.76
sexemasculin	0.64	0.42	0.97
age	1.35	1.14	1.63
promotionDFASM 2	0.52	0.31	0.87
promotionDFASM 3	0.44	0.22	0.84
soutien_entourageOui	0.25	0.01	1.31
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	1.79	0.92	3.48
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	1.21	0.62	2.33
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	3.08	1.18	8.46

	OR	2.5 %	97.5 %
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	1.10	0.04	32.81
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.80	0.66	0.98
eloignement_des_proches	1.31	1.11	1.57

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	178.57	0.00	NA
age	1.62	1.32	2.01
promotionDFASM 2	0.69	0.41	1.14
promotionDFASM 3	0.38	0.20	0.71
lieu_de_vieChez vos parents	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en collocation	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, en couple	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieDans un appartement, seul	0.00	NA	Inf
lieu_de_viedans une maison, en couple avec enfants	0.00	NA	Inf
lieu_de_viedans une maison, mariée	0.05	0.00	Inf
lieu_de_vieEn foyer/résidence universitaire	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieGrand-parent	7.13	0.00	Inf
lieu_de_vieMaison	0.00	NA	Inf
lieu_de_viemaison, en couple	0.00	NA	Inf
lieu_de_vieParents/appart seule (blois/tours)	11.52	0.00	Inf
lieu_de_viePropriétaire de ma maison avec mon mari	0.00	NA	Inf
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.65	0.52	0.80
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.23	0.66	2.28
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.66	0.38	1.12

Tableau 27. Facteurs associés multivariés à la tentation suicidaire

total			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.42	0.03	5.30
age	1.11	1.00	1.22
promotionDFASM 2	1.21	0.79	1.85
promotionDFASM 3	1.66	1.07	2.61
soutien_entourageOui	0.36	0.16	0.84
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.23	0.08	0.65

	OR	2.5 %	97.5 %
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.35	0.13	0.91
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.32	0.12	0.86
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.32	0.10	0.98
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	1.76	1.01	3.20
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	1.25	0.69	2.34
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	2.29	1.05	5.01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	11.77	1.28	108.35
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.72	0.61	0.84
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.95	0.61	1.50
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.57	0.37	0.90

Paris

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.02	0.00	1.13
sexemasculin	0.59	0.34	0.99
age	1.30	1.13	1.51
soutien_entourageOui	0.30	0.09	1.01
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.16	0.03	0.79
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.34	0.09	1.44
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.22	0.05	0.95
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.14	0.02	0.72
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par trimestre	3.20	1.32	8.87
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par mois	2.11	0.84	5.99
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsUne fois par semaine	4.13	1.19	14.90
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositionsPlus d'une fois par semaine	41742271.12	0.00	NA
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.70	0.55	0.89
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.44	0.22	0.87
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.34	0.18	0.67

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	1.16	0.29	4.71
promotionDFASM 2	1.53	0.85	2.76
promotionDFASM 3	2.81	1.65	4.90
soutien_entourageOui	0.39	0.11	1.32
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.67	0.54	0.84

	OR	2.5 %	97.5 %
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.82	0.97	3.52
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.92	0.50	1.74
tabacOui	1.88	1.09	3.21

Tableau 28. Facteurs associés multivariés aux tentatives de suicide

total			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	2.19	0.26	13.59
soutien_entourageOui	0.09	0.03	0.29
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.46	0.08	3.89
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.42	0.09	3.31
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.27	0.05	2.17
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.00	0.00	Inf
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.64	0.43	0.95
tabacOui	2.69	1.03	6.63
Paris			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.00	0.00	9.12
age	1.50	1.05	2.09
soutien_entourageOui	0.01	0.00	0.06
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.35	0.02	9.70
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.12	0.01	3.02
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.13	0.01	3.20
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.00	NA	Inf
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	0.11	0.01	0.67
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.35	0.07	1.70
tabacOui	5.92	1.36	29.20
Tours			
	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.00	NA	Inf
age	0.68	0.42	1.02
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	1944290.86	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	1132640.99	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	723337.40	0.00	NA
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	96233.97	0.00	NA
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.55	0.32	0.94

Tableau 29. Facteurs associés multivariés à la consommation a risque de cannabis (CAST>ou=2)

total				
		OR	2.5 %	97.5 %
	(Intercept)	0.00	NA	Inf
	villetours	0.38	0.21	0.66
	sexemasculin	5.40	3.08	9.81
fréquence_voir_amis_famille	Une fois par trimestre	2223706.51	0.00	Inf
fréquence_voir_amis_famille	Une fois par mois	2582387.63	0.00	NA
fréquence_voir_amis_famille	Une fois par semaine	1538732.52	0.00	NA
fréquence_voir_amis_famille	Plus d'une fois par semaine	4159981.18	0.00	NA
	tabacOui	9.22	5.40	16.12

Paris				
		OR	2.5 %	97.5 %
	(Intercept)	0.05	0.01	0.29
	sexemasculin	4.95	2.57	9.88
soutien_entourage	Oui	0.19	0.04	1.20
niveau_satisfaction_stage_actuel		1.27	0.92	1.78
	tabacOui	9.03	4.70	18.07

Tours				
		OR	2.5 %	97.5 %
	(Intercept)	0.65	0.00	979.30
	sexemasculin	7.90	2.79	28.43
	age	0.81	0.58	1.06
	tabacOui	12.88	5.17	35.39

Tableau 30. Facteurs associés multivariés à la consommation a risque d'alcool (AUDIT >ou=5)

total				
		OR	2.5 %	97.5 %
	(Intercept)	0.00	NA	Inf
	sexemasculin	1.59	1.18	2.15
	promotionDFASM 2	0.73	0.52	1.02
	promotionDFASM 3	0.49	0.35	0.69
niveau_étude_mère	Collège	1.58	0.79	3.13
niveau_étude_mère	Etudes supérieures	1.02	0.67	1.55

	OR	2.5 %	97.5 %
niveau_étude_mèreLycée	0.91	0.51	1.64
niveau_étude_mèrePrimaire	0.11	0.01	0.62
soutien_entourageOui	0.47	0.18	1.22
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	1.60	0.45	7.66
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	3.84	1.15	17.75
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	6.42	1.90	30.03
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	17.02	4.30	89.31
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	419929.83	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	441330.66	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	522582.71	0.00	NA
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	896309.88	0.00	NA
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.54	0.86	2.77
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	2.19	1.30	3.72
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	1.77	1.15	2.76
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	1.36	0.84	2.19
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.85	0.74	0.99
tabacOui	3.00	2.07	4.41

Paris

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.00	NA	Inf
promotionDFASM 2	0.76	0.46	1.23
promotionDFASM 3	0.51	0.30	0.86
niveau_étude_pèreCollège	1.95	0.69	5.57
niveau_étude_pèreEtudes supérieures	2.88	1.36	6.50
niveau_étude_pèreLycée	3.12	1.23	8.26
niveau_étude_pèrePrimaire	0.00	NA	Inf
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	1.11	0.20	9.28
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	2.67	0.57	20.36
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	3.67	0.77	28.13
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	10.07	1.69	90.16
fréquence_voir_amis_familleUne fois par trimestre	3028761.86	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par mois	4957187.89	0.00	NA
fréquence_voir_amis_familleUne fois par semaine	5502347.91	0.00	NA
fréquence_voir_amis_famillePlus d'une fois par semaine	11940764.71	0.00	NA
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	2.06	0.93	4.57
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	2.46	1.22	5.04
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	1.59	0.89	2.88
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	2.46	1.28	4.81
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.77	0.62	0.95
tabacOui	3.44	2.05	5.88

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.29	0.01	2.73
sexemasculin	1.81	1.21	2.73
promotionDFASM 2	0.71	0.44	1.13
promotionDFASM 3	0.46	0.28	0.74
soutien_entourageOui	0.26	0.06	0.95
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	2.77	0.43	55.24
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	7.86	1.33	152.51
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	17.27	2.86	338.09
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	57.63	7.48	1266.48
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.18	0.46	3.00
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	1.67	0.73	3.90
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	1.39	0.68	2.90
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.73	0.34	1.57
tabacOui	2.58	1.48	4.59

Tableau 31. Facteurs associés multivariés aux troubles psychosomatiques

total

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.62	0.24	1.54
villetours	0.72	0.53	0.96
sexemasculin	0.25	0.18	0.36
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	1.31	0.75	2.28
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	0.96	0.59	1.57
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.81	0.54	1.23
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.61	0.38	0.97
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.74	0.64	0.86
eloignement_des_proches	1.44	1.26	1.66
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.20	0.78	1.84
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.76	0.51	1.14
tabacOui	1.59	1.11	2.29

Paris

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.04	0.00	0.70
sexemasculin	0.24	0.15	0.37
age	1.10	0.98	1.25

	OR	2.5 %	97.5 %
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.82	0.67	1.00
eloignement_des_proches	1.51	1.26	1.83

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.89	0.20	3.92
sexemasculin	0.28	0.17	0.46
promotionDFASM 2	0.75	0.45	1.25
promotionDFASM 3	0.55	0.32	0.91
fréquence_activité_physiqueUne fois par trimestre	2.12	0.83	5.53
fréquence_activité_physiqueUne fois par mois	1.53	0.67	3.57
fréquence_activité_physiqueUne fois par semaine	0.85	0.41	1.81
fréquence_activité_physiquePlus d'une fois par semaine	0.60	0.27	1.37
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.68	0.54	0.84
eloignement_des_proches	1.36	1.12	1.67
evolution_poidsPrise de plus de 2 kg	1.22	0.67	2.28
evolution_poidsStabilité ou prise de moins de 2 kg	0.63	0.35	1.13
tabacOui	2.02	1.14	3.55

Tableau 32. Facteurs associés multivariés aux troubles du sommeil

total

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	3.04	0.98	10.09
villetours	0.59	0.45	0.77
sexemasculin	0.43	0.32	0.57
promotionDFASM 2	0.97	0.70	1.35
promotionDFASM 3	0.72	0.52	1.00
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	0.88	0.30	2.33
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	0.86	0.31	2.16
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.53	0.19	1.34
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.34	0.11	0.96
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.86	0.75	0.98
eloignement_des_proches	1.29	1.15	1.46
tabacOui	1.45	1.02	2.08

Paris

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	11.12	0.93	308.01

	OR	2.5 %	97.5 %
sexemasculin	0.26	0.16	0.40
promotionDFASM 2	1.36	0.82	2.27
promotionDFASM 3	0.78	0.46	1.32
soutien_entourageOui	0.22	0.01	1.30
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par trimestre	1.99	0.42	8.72
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par mois	1.36	0.32	4.96
fréquence_restaurant_bar_caféUne fois par semaine	0.66	0.16	2.39
fréquence_restaurant_bar_caféPlus d'une fois par semaine	0.27	0.06	1.12
niveau_satisfaction_stage_actuel	0.79	0.64	0.98
eloignement_des_proches	1.36	1.13	1.64
tabacOui	1.73	1.04	2.94

Tours

	OR	2.5 %	97.5 %
(Intercept)	0.71	0.39	1.27
sexemasculin	0.61	0.42	0.87
eloignement_des_proches	1.24	1.07	1.44

Tableau 33. Facteurs associés univariés à l'anxiété à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
SCL_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT	0,00
FORD_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
SWLS_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
envie_renoncer	0,00
sexe	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
evolution_depuis_externat	0,01
fréquence_restaurant_bar_café	0,02
evolution_poids	0,02
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,03
ville	0,04
enfant	0,04
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,05
soutien_entourage	0,15
lieu_de_vie	0,16
CAST_seuil	0,18
tentative_suicide	0,23
tabac	0,29
depuis_quand	0,33
autre_drogue	0,34
MBI_DEPERSONNALISATION	0,37
AUDIT_seuil	0,48
promotion	0,64
niveau_étude_père	0,65
niveau_étude_mère	0,66
fréquence_activité_physique	0,85

B. Données quantitatives

	<12	>ou=12	p value
Moyennes HAD anxiété	6,66	13,88	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	18,81	31,23	0,00
Moyennes HAD dépression	4,42	7,97	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,57	1,16	0,00
Moyennes ford	19,25	24,80	0,00
Moyennes swls	23,33	18,13	0,00
degre_burn_out	0,98	1,58	0,00
eloignement_des_proches	3,59	4,09	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,47	3,17	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	31,80	29,40	0,00
age	22,83	23,23	0,01
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,21	9,73	0,01
Moyennes cast	0,53	0,35	0,07
Moyennes audit	4,87	4,64	0,58

Tableau 34. Facteurs associés univariés à la dépression à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
enfant	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
SWLS_seuil	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
SCL_seuil	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
evolution_poids	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
envie_renoncer	0,00
FORD_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,01
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,01
fréquence_activité_physique	0,01
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,01
prise_médicamenteuse_moral	0,01
promotion	0,03
prise_médicamenteuse_anxiété	0,03
soutien_entourage	0,05
niveau_étude_père	0,08
tabac	0,10
sexe	0,17
niveau_étude_mère	0,18
AUDIT_seuil	0,19
tentative_suicide	0,22
evolution_depuis_externat	0,31
lieu_de_vie	0,48
CAST_seuil	0,53
depuis_quand	0,66
autre_drogue	0,79

B. Données quantitatives

	valeur - F/	valeur - T/	p value
Moyennes HAD dépression	5,10	12,75	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	22,84	36,00	0,00
Moyennes HAD anxiété	9,32	14,30	0,00
Moyennes swls	21,85	14,63	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	31,44	25,43	0,00
Moyennes ford	21,28	25,25	0,00
eloignement_des_proches	3,73	4,45	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,79	1,16	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,50	11,82	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,39	2,90	0,00
age	22,92	23,65	0,00
Moyennes audit	4,89	3,88	0,12
Moyennes cast	0,47	0,30	0,26

Tableau 35. Facteurs univariés associés à l'épuisement émotionnel élevé à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
SWLS_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
SCL_seuil	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
FORD_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
evolution_depuis_externat	0,00
prise_medicamenteuse_anxiété	0,00
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,01
fréquence_voir_amis_famille	0,01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,02
evolution_poids	0,03
prise_medicamenteuse_moral	0,05
promotion	0,05
fréquence_restaurant_bar_café	0,07
fréquence_activité_physique	0,07
autre_drogue	0,16
CAST_seuil	0,22
lieu_de_vie	0,22
soutien_entourage	0,22
sexe	0,31
tentative_suicide	0,38
tabac	0,44
niveau_étude_père	0,71
niveau_étude_mère	0,84
AUDIT_seuil	0,87
depuis_quand	0,97

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,30]	valeur - [30, Inf]	p value
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	17,68	37,18	0,00
degre_burn_out	0,76	2,17	0,00
Moyennes HAD dépression	4,65	8,63	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,42	12,76	0,00
Moyennes swls	23,24	16,71	0,00
eloignement_des_proches	3,54	4,35	0,00
Moyennes ford	20,26	24,60	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,70	1,10	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,63	11,28	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,49	3,05	0,00
age	22,84	23,33	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	31,48	29,27	0,01
Moyennes cast	0,49	0,37	0,25
Moyennes audit	4,72	4,85	0,77

Tableau 36. Facteurs associés univariés à la dépersonnalisation élevée à Paris

7

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
sexe	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,01
evolution_poids	0,01
tentation_suicide	0,02
tabac	0,03
HAD_DEPRESSION_seuil	0,06
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacite	0,07
evolution_depuis_externat	0,08
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,09
frequence_activite_physique	0,10
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,12
frequence_restaurant_bar_cafe	0,12
lieu_de_vie	0,24
tentative_suicide	0,29
prise_medicamenteuse_anxiete	0,32
prise_medicamenteuse_moral	0,33
depuis_quand	0,33
HAD_ANXIETE_seuil	0,37
autre_drogue	0,44
AUDIT_seuil	0,48
frequence_voir_amis_famille	0,58
SCL_seuil	0,59
promotion	0,62
niveau_etude_pere	0,67
CAST_seuil	0,74
FORD_seuil	0,76
soutien_entourage	0,80
frequence_cinema_theatre_musee_expositions	0,89
niveau_etude_mere	0,96

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,12]	valeur - [12, Inf]	p value
Moyennes MBI dépersonnalisation	5,35	16,24	0,00
degre_burn_out	0,82	2,14	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	21,87	29,72	0,00
Moyennes HAD dépression	5,56	6,99	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,45	3,09	0,00
Moyennes swls	21,79	19,31	0,00
eloignement_des_proches	3,73	3,99	0,02
Moyennes HAD anxiété	9,63	10,53	0,03
Moyennes audit	4,61	5,08	0,30
Moyennes MBI perte_accomplissement	30,99	30,14	0,30
Moyennes cast	0,42	0,51	0,44
age	22,98	23,07	0,54
Moyennes scl_90_somatique	0,83	0,86	0,54
Moyennes ford	21,81	21,65	0,79

Tableau 37. Facteurs associés univariés à la perte d'accomplissement élevée à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
FORD_seuil	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
promotion	0,01
fréquence_restaurant_bar_café	0,01
niveau_étude_père	0,02
niveau_étude_mère	0,05
tabac	0,06
SCL_seuil	0,07
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,12
sexe	0,16
depuis_quand	0,21
tentation_suicide	0,25
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,28
fréquence_activité_physique	0,29
soutien_entourage	0,30
AUDIT_seuil	0,31
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,38
fréquence_voir_amis_famille	0,39
lieu_de_vie	0,49
autre_drogue	0,51
evolution_poids	0,54
prise_médicamenteuse_anxiété	0,63
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,65
evolution_depuis_externat	0,67
CAST_seuil	0,74
tentative_suicide	0,79
prise_médicamenteuse_moral	0,84

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,34]	valeur - [34, Inf]	p value
Moyennes MBI perte_accomplissement	25,11	38,44	0,00
degre_burn_out	1,77	0,54	0,00
Moyennes swls	19,02	23,67	0,00
Moyennes HAD dépression	6,77	5,00	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	26,30	21,85	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,20	3,52	0,00
Moyennes HAD anxiété	10,50	9,14	0,00
Moyennes ford	22,40	20,88	0,01
eloignement_des_proches	3,93	3,66	0,01
Moyennes MBI dépersonnalisation	9,34	8,29	0,06
Moyennes audit	4,91	4,57	0,43
Moyennes scl_90_somatique	0,86	0,81	0,45
age	23,04	22,97	0,61
Moyennes cast	0,47	0,43	0,73

Tableau 38. Facteurs associés univariés à la mauvaise qualité de vie à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
degre_burn_out_quali	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
enfant	0,00
ville	0,00
FORD_seuil	0,00
SCL_seuil	0,00
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
niveau_étude_père	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
soutien_entourage	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,01
prise_médicamenteuse_anxiété	0,01
evolution_poids	0,01
tentative_suicide	0,02
niveau_étude_mère	0,07
tabac	0,13
promotion	0,15
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,20
autre_drogue	0,20
fréquence_activité_physique	0,23
lieu_de_vie	0,27
sexe	0,41
evolution_depuis_externat	0,42
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,54
AUDIT_seuil	0,76
CAST_seuil	0,90
depuis_quand	0,93

B. Données quantitatives

	<18	>ou=18	p value
Moyennes swls	13,05	25,76	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	30,88	20,54	0,00
Moyennes HAD dépression	8,08	4,79	0,00
degre_burn_out	1,79	0,93	0,00
Moyennes HAD anxiété	11,94	8,71	0,00
eloignement_des_proches	4,30	3,53	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	27,51	32,65	0,00
Moyennes ford	23,73	20,58	0,00
Moyennes scl_90_somatique	1,02	0,72	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	10,58	7,88	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,18	3,43	0,01
age	23,24	22,87	0,01
Moyennes audit	4,94	4,66	0,52
Moyennes cast	0,46	0,45	0,89

Tableau 39. Facteurs associés univariés à l'envie de renoncer aux études de médecine à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
SWLS_seuil	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
SCL_seuil	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
FORD_seuil	0,00
tentation_suicide	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_medicamenteuse_anxiété	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,01
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,01
tentative_suicide	0,04
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,08
evolution_depuis_externat	0,09
sexe	0,10
soutien_entourage	0,11
niveau_étude_père	0,23
evolution_poids	0,30
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,34
lieu_de_vie	0,38
fréquence_activité_physique	0,47
fréquence_voir_amis_famille	0,48
depuis_quand	0,49
promotion	0,59
tabac	0,62
niveau_étude_mère	0,63
AUDIT_seuil	0,65
autre_drogue	0,70
fréquence_restaurant_bar_café	0,71
CAST_seuil	0,73

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
Moyennes total_swls	24,80	18,98	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	19,08	27,24	0,00
Moyennes HAD dépression	4,48	6,84	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,11	10,88	0,00
degre_burn_out	0,87	1,45	0,00
Moyennes ford	19,67	22,86	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	33,03	29,50	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,68	0,92	0,00
eloignement_des_proches	3,57	3,95	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	7,72	9,52	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,50	3,25	0,01
age	22,76	23,14	0,01
Moyennes cast	0,52	0,41	0,31
Moyennes audit	4,73	4,79	0,90

Tableau 40. Facteurs associés univariés à la tentation suicidaire à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
enfant	0,00
SWLS_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
tentative_suicide	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
envie_renoncer	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
FORD_seuil	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
evolution_poids	0,00
soutien_entourage	0,00
SCL_seuil	0,01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,01
autre_drogue	0,02
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,02
fréquence_voir_amis_famille	0,13
fréquence_restaurant_bar_café	0,22
promotion	0,24
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,25
sexe	0,37
evolution_depuis_externat	0,41
niveau_étude_mère	0,47
niveau_étude_père	0,57
lieu_de_vie	0,63
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,68
AUDIT_seuil	0,70
fréquence_activité_physique	0,78
CAST_seuil	0,87
tabac	0,89
depuis_quand	0,98

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
moyennes HAD anxiété	9,24	12,64	0,00
Moyennes HAD dépression	5,47	8,24	0,00
Moyennes MBI epuiselement_émotionnel	22,72	31,24	0,00
Moyennes swls	22,04	16,75	0,00
Moyennes ford	21,15	24,21	0,00
degre_burn_out	1,16	1,60	0,00
age	22,87	23,55	0,00
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,44	10,70	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,40	3,07	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,80	0,98	0,01
eloignement_des_proches	3,79	3,94	0,24
Moyennes MBI perte_accomplissement	30,81	30,33	0,62
Moyennes cast	0,44	0,48	0,77
Moyennes audit	4,76	4,80	0,94

Tableau 41. Facteurs associés univariés aux tentatives de suicide à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
enfant	0,00
soutien_entourage	0,00
prise_médicamenteuse_moral	0,00
tentation_suicide	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
SWLS_seuil	0,02
envie_renoncer	0,04
FORD_seuil	0,06
autre_drogue	0,12
CAST_seuil	0,13
niveau_étude_père	0,15
evolution_poids	0,19
tabac	0,20
degre_burn_out_quali	0,20
HAD_DEPRESSION_seuil	
HAD_ANXIETE_seuil	0,22
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,23
fréquence_restaurant_bar_café	0,29
promotion	0,31
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,34
fréquence_activité_physique	0,38
AUDIT_seuil	0,49
depuis_quand	0,53
SCL_seuil	0,55
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,63
niveau_étude_mère	0,64
sexe	0,67
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,72
evolution_depuis_externat	0,79
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,88
fréquence_voir_amis_famille	0,91
lieu_de_vie	0,92
	1,00

B. Données quantitatives

	valeur - Non	valeur - Oui	p value
Moyennes swls	21,15	14,54	0,00
age	22,98	24,15	0,01
Moyennes HAD dépression	5,96	8,38	0,02
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,35	2,69	0,02
Moyennes ford	21,67	25,31	0,04
Moyennes audit	4,70	7,38	0,04
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	24,31	29,00	0,14
Moyennes cast	0,44	0,85	0,19
Moyennes scl_90_somatique	0,84	0,62	0,21
degre_burn_out	1,24	1,54	0,27
Moyennes HAD anxiété	9,89	11,08	0,33
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,86	10,46	0,35
Moyennes MBI perte_accomplissement	30,69	31,62	0,70
eloignement_des_proches	3,82	3,92	0,74

Tableau 42. Facteurs associés univariés à la consommation à risque de cannabis (CAST<ou=2) à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
CAST_seuil	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
autre_drogue	0,00
tabac	0,00
sexe	0,00
AUDIT_seuil	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,01
soutien_entourage	0,02
SCL_seuil	0,03
fréquence_restaurant_bar_café	0,04
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,05
tentative_suicide	0,13
fréquence_activité_physique	0,14
HAD_ANXIETE_seuil	0,18
MBI_EPUISEMENT	0,22
FORD_seuil	0,23
depuis_quand	0,29
HAD_DEPRESSION_seuil	0,31
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,40
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,49
promotion	0,50
prise_médicamenteuse_anxiété	0,54
lieu_de_vie	0,57
niveau_étude_mère	0,62
prise_médicamenteuse_moral	0,64
degre_burn_out_quali	0,66
envie_renoncer	0,73
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,74
MBI_DEPERSONNALISATION	0,74
tentation_suicide	0,87
niveau_étude_père	0,89
evolution_depuis_externat	0,89
SWLS_seuil	0,90
evolution_poids	0,98

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,2]	valeur - [2, Inf]	p value
Moyennes cast	0,12	3,29	0,00
Moyennes audit	4,36	8,21	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,86	0,62	0,01
Moyennes ford	21,96	20,04	0,04
Moyennes HAD anxiété	10,05	8,83	0,05
moyennes MBI epuisement_émotionnel	24,73	21,88	0,09
Moyennes MBI perte_accomplissement	30,88	29,31	0,21
eloignement_des_proches	3,84	3,63	0,22
age	22,98	23,24	0,29
degre_burn_out	1,26	1,17	0,53
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,33	3,40	0,59
Moyennes HAD dépression	6,04	5,88	0,77
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,88	9,02	0,88
Moyennes swls	20,98	20,94	0,97

Tableau 43. Facteurs associés univariés à la consommation à risque d'alcool (AUDIT <ou=5) à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
AUDIT_seuil	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
tabac	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,00
autre_drogue	0,00
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,00
CAST_seuil	0,00
niveau_étude_père	0,00
promotion	0,00
lieu_de_vie	0,00
ville	0,04
enfant	0,04
HAD_DEPRESSION_seuil	0,05
sexe	0,06
fréquence_activité_physique	0,06
degre_burn_out_quali	0,11
niveau_étude_mère	0,15
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,17
depuis_quand	0,18
prise_médicamenteuse_moral	0,20
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT	0,31
evolution_poids	0,46
MBI_DEPERSONNALISATION	0,48
HAD_ANXIETE_seuil	0,48
tentative_suicide	0,53
FORD_seuil	0,58
evolution_depuis_externat	0,60
envie_renoncer	0,65
tentation_suicide	0,70
SWLS_seuil	0,76
soutien_entourage	0,85
MBI_EPUISEMENT	0,87
SCL_seuil	0,89
prise_médicamenteuse_anxiété	0,97
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,98

B. Données quantitatives

	valeur - [-Inf,5]	valeur - [5, Inf]	p value
Moyennes audit	1,75	8,42	0,00
Moyennes cast	0,25	0,70	0,00
Moyennes HAD dépression	6,38	5,60	0,02
eloignement_des_proches	3,93	3,69	0,02
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,55	9,32	0,16
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,39	3,27	0,17
Moyennes swls	20,59	21,44	0,20
Moyennes MBI perte_accomplissement	31,15	30,18	0,21
age	23,09	22,92	0,23
Moyennes ford	22,03	21,44	0,30
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	24,84	23,93	0,38
degre_burn_out	1,22	1,29	0,43
Moyennes HAD anxiété	10,01	9,82	0,63
Moyennes scl_90_somatique	0,85	0,82	0,70

Tableau 44. Facteurs associés univariés aux troubles psychosomatiques à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
FORD_seuil	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
sexe	0,00
ville	0,00
enfant	0,00
envie_renoncer	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
prise_medicamenteuse_anxiété	0,00
SWLS_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
prise_medicamenteuse_pour_dormir	0,00
prise_medicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,00
prise_medicamenteuse_moral	0,00
tentation_suicide	0,01
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,02
CAST_seuil	0,03
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,07
evolution_poids	0,09
fréquence_activité_physique	0,16
fréquence_restaurant_bar_café	0,17
niveau_étude_mère	0,23
fréquence_voir_amis_famille	0,24
soutien_entourage	0,32
promotion	0,39
depuis_quand	0,40
autre_drogue	0,49
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,59
tentative_suicide	0,63
lieu_de_vie	0,63
evolution_depuis_externat	0,64
tabac	0,75
AUDIT_seuil	0,89
niveau_étude_père	0,99

B . Données quantitatives

	<1	>ou=1	p value
Moyennes scl_90_somatique	0,47	1,46	0,00
Moyennes HAD anxiété	8,38	12,53	0,00
Moyennes ford	19,77	25,13	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	21,13	29,99	0,00
Moyennes HAD dépression	5,12	7,56	0,00
Moyennes swls	22,26	18,82	0,00
degre_burn_out	1,09	1,52	0,00
eloignement_des_proches	3,63	4,14	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	31,46	29,46	0,01
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,38	9,77	0,02
Moyennes cast	0,53	0,32	0,05
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,40	3,22	0,05
Moyennes audit	4,96	4,43	0,22
age	22,95	23,11	0,27

Tableau 45. Facteurs associés univariés aux troubles du sommeil à Paris 7

A. Données qualitatives

	p.value
ville	0,00
enfant	0,00
HAD_ANXIETE_seuil	0,00
SCL_seuil	0,00
sexe	0,00
MBI_EPUISEMENT_seuil	0,00
prise_médicamenteuse_pour_dormir	0,00
SWLS_seuil	0,00
envie_renoncer	0,00
prise_médicamenteuse_anxiété	0,00
degre_burn_out_quali	0,00
fréquence_restaurant_bar_café	0,00
tentation_suicide	0,00
MBI_PERTE_ACCOMPLISSEMENT_seuil	0,00
HAD_DEPRESSION_seuil	0,00
fréquence_voir_amis_famille	0,02
fréquence_cinéma_théâtre_musée_expositions	0,04
depuis_quand	0,05
soutien_entourage	0,05
tentative_suicide	0,06
evolution_poids	0,08
prise_médicamenteuse_moral	0,11
niveau_étude_père	0,15
CAST_seuil	0,23
prise_médicamenteuse_pour_stimuler_capacité	0,25
niveau_étude_mère	0,26
lieu_de_vie	0,35
fréquence_activité_physique	0,36
AUDIT_seuil	0,58
promotion	0,63
evolution_depuis_externat	0,76
MBI_DEPERSONNALISATION_seuil	0,76
autre_drogue	0,79
tabac	0,91

B. Données quantitatives

	<19	>ou=19	p value
Moyennes ford	14,37	25,11	0,00
Moyennes HAD anxiété	7,45	11,05	0,00
Moyennes scl_90_somatique	0,55	0,97	0,00
Moyennes MBI epuisement_émotionnel	19,28	26,77	0,00
Moyennes HAD dépression	4,52	6,71	0,00
Moyennes swls	23,84	19,68	0,00
degre_burn_out	0,95	1,39	0,00
éloignement_des_proches	3,46	3,98	0,00
Moyennes MBI perte_accomplissement	32,52	29,90	0,00
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,48	3,27	0,02
Moyennes audit	5,11	4,61	0,27
Moyennes cast	0,53	0,42	0,29
Moyennes MBI dépersonnalisation	8,69	8,99	0,61
age	23,03	23,00	0,88

Tableau 46. Sexe

	feminin (n%)	masculin (n%)
paris	329 (66,2)	168 (33,8)
tours	344 (63,8)	195 (36,2)

p.value
0,42

Tableau 47. Répartition des promotions

	DFASM.1 (n%)	DFASM.2 (n%)	DFASM.3 (n%)
paris	183 (36,8)	171(34,4)	143 (28,8)
tours	188 (34,9)	165 (30,7)	186 (34,4)

p.value
0,14

Tableau 48. Age

(Moyennes et IC ; diff= différence entre les 2 moyennes, lwr=valeur inférieure de l'IC, upr= valeur supérieure de l'IC)

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
age	23,01	23,02	0,91

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	0,012224	-0,2045	0,228945	0,91

Tableau 49. Parentalité

	0 (n%)	1.ou.2 (n%)	Plus.de.2 (n%)
paris	496 (100)	0	0
tours	531 (98,5)	7 (1,3)	1 (0,2)

p.value
0,02

Tableau 50. Lieu de vie

	Chez.vos.parents (n%)	Dans.un.appartement..en.collocation (n%)	Dans.un.appartement..en.couple (n%)	Dans.un.appartement..seul (n%)	Foyer ou résidence universitaire (n%)	Maison (n%)
paris	242 (48,7)	59 (11,9)	55 (11,1)	115 (23,1)	14 (2,8)	1 (0,2)
tours	53 (9,8)	64 (11,9)	86 (16,0)	320 (59,4)	10 (1,9)	5 (0,9)

p.value

0,00

Tableau 51. Niveau d'études du père

	Bac	Collège	Etudes supérieures	Lycée	Primaire
paris	49 (9,9)	42 (8,5)	340 (68,4)	57 (11,5)	9 (1,8)
tours	62 (11,7)	52 (9,9)	356 (65,4)	60 (11,2)	9 (1,7)

p.value

0,85

Tableau 52. Niveau d'études de la mère

	Bac	Collège	Etudes supérieures	Lycée	Primaire
paris	51 (10,3)	32 (6,4)	352 (70,8)	52 (10,5)	10 (2)
tours	84 (15,6)	32 (5,9)	363 (67,3)	54 (10)	6 (1,1)

p.value

0,11

Tableau 53. Fréquence sorties Bar/café/restaurants

	Jamais	Une.fois.par.trimestre	Une.fois.par.mois	Une.fois.par.semaine	Plus.d.une.fois.par.semaine
paris	13 (2,6)	51 (10,3)	182 (36,6)	209 (42,1)	42 (8,5)
tours	11 (2)	85 (15,8)	236 (43,8)	173 (32,1)	34 (6,3)

p.value

0,00

Tableau 54. Fréquence visite amis/famille

	Jamais	Une.fois.par.trimestre	Une.fois.par.mois	Une.fois.par.semaine	Plus.d.une.fois.par.semaine
paris	4 (0,8)	27 (5,4)	119 (23,9)	182 (36,6)	165 (33,2)
tours	5 (0,9)	47 (8,6)	85 (15,4)	186 (34,5)	216 (40,6)

p.value

0,00

Tableau 55. Fréquence activités physiques

	Jamais	Une.fois.par.trimestre	Une.fois.par.mois	Une.fois.par.semaine	Plus.d.une.fois.par.semaine
paris	121 (24,3)	51 (10,3)	72 (14,5)	155 (31,2)	98 (19,7)
tours	52 (9,6)	44 (8,2)	74 (13,7)	221 (41)	148 (27,5)

p.value

0,00

Tableau 56. Fréquence sorties cinéma/théâtre/musée/expositions

	Jamais	Une.fois.par.trimestre	Une.fois.par.mois	Une.fois.par.semaine	Plus.d.une.fois.par.semaine
paris	54 (10,9)	190 (38,2)	213 (42,9)	38 (7,6)	2 (0,4)
tours	64 (11,9)	210 (39)	218 (40,5)	42 (7,8)	5 (0,9)

p.value
0,97

Tableau 57. Satisfaction stage hospitalier actuel

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
niveau_satisfaction_stage_actuel	3,33	3,44	0,08

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	0,105699	-0,01439	0,225786	0,08

Tableau 58. Eloignement des proches

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
eloignement_des_proches	3,82	3,78	0,62

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,03598	-0,17733	0,105366	0,62

Tableau 59. Soutien de l'entourage

	Non	Oui
paris	14 (2,8)	483 (97,2)
tours	13 (2,4)	526 (97,6)

p.value
0,68

Tableau 60. Evolution du poids au cours de l'externat

	Perte.de.plus.de.2.kg	Prise.de.plus.de.2.kg	Stabilité.ou.prise.de.moins.de.2.kg
paris	68 (13,7)	177 (35,6)	252 (50,7)
tours	89 (16,5)	151 (28)	299 (55,5)

p.value
0,03

Tableau 61. Consommation de tabac

	Non (n%)	Oui (n%)
paris	380 (76,5)	117 (23,5)
tours	453 (84)	86 (16)

p.value
0,00

Tableau 62. Ancienneté du tabagisme

	Moins.d.1.an (n%)	1.à.2.ans (n%)	2.à.3.ans (n%)	3.à.4.ans (n%)	Plus.de.4.ans (n%)
paris	5 (4,3)	6 (5,1)	12 (10,3)	19 (16,2)	75 (64,1)
tours	4 (4,7)	3 (3,5)	15 (17,4)	19 (22,1)	45 (52,3)

p.value
0,37

Tableau 63. Évolution du tabagisme depuis le début de l'externat

	Augmentation (n%)	Diminution (n%)	Stable (n%)
paris	65 (56,5)	17 (14,8)	33 (28,7)
tours	44 (51,1)	17 (19,8)	25 (29,1)

p.value
0,61

Tableau 64. Drogues dures

	Oui	Non
paris	77 (15,5)	420 (84,5)
tours	52 (9,6)	487 (90,4)

p.value
0,00

Tableau 65. Stimulants

	Oui	Non
paris	102 (20,5)	395 (79,5)
tours	130 (24,1)	409 (75,9)

p.value
0,17

Tableau 66. Anxiolytiques

	Oui	Non
paris	163 (32,8)	334 (67,2)
tours	171 (31,7)	368 (68,3)

p.value
0,71

Tableau 67. Somnifères

	Oui	Non
paris	124 (24,9)	373 (75,1)
tours	140 (26)	399 (74)

p.value
0,71

Tableau 68. Antidépresseurs

	Oui	Non
paris	66 (13,3)	431 (86,7)
tours	73 (13,4)	466 (86,6)

p.value
0,96

Tableau 69. Cannabis (Questionnaire CAST, la grille d'interprétation est en Annexe 2)

Les données qualitatives correspondent aux fréquences, les données quantitatives correspondent aux moyennes au questionnaire+IC.

Données quantitatives

	Moyenne Tours	Moyenne Paris	p value
Moyenne CAST	0,45	0,17	0,00

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,28372834	-0,39795602	-0,16950067	0,00

Données qualitatives

	..Inf.1. (n%)	.1.2. (n%)	.2.3. (n%)	.3..Inf. (n%)
paris	392 (78,9)	53 (10,7)	19 (3,8)	33 (6,6)
tours	505 (93,7)	10 (1,9)	9 (1,7)	15 (2,8)

p.value
0,00

Tableau 70. Alcool (Questionnaire AUDIT, la grille d'interprétation est en annexe 3)

Données quantitatives

	Moyenne Tours	Moyenne Paris	p value
Moyenne AUDIT	4,77	5,02	0,38

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	0,257519141	-0,320103777	0,83514206	0,38

Données qualitatives

	..Inf.1. (n%)	.1.5. (n%)	.5.8. (n%)	.8.12. (n%)	.12..Inf. (n%)
paris	88 (17,7)	184 (37)	129 (26)	57 (11,5)	39 (7,8)
tours	83 (15,4)	211 (39,1)	139 (25,8)	64 (11,9)	42 (7,8)

p.value
0,88

Tableau 71. Anxiété (Questionnaire HAD anxiété, la grille d'interprétation est en annexe 4)

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne HAD/anxiété	9,93	9,65	0,29

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,2762	-0,79082	0,238412	0,29

Données qualitatives

	<11 (n%)	>ou=11 (n%)
paris	272 (54,7)	225 (45,3)
tours	324 (60,1)	215 (39,9)

p.value
0,08

Tableau 72. Dépression (Questionnaire HAD dépression, la grille d'interprétation est en annexe 4)

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne HAD/dépression	6,03	5,54	0,03

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,48812	-0,93206	-0,04419	0,03

Données qualitatives

	<11 (n%)	>ou=11 (n%)
paris	437 (87,9)	60 (12,1)
tours	490 (90,9)	49 (9,1)

p.value
0,12

Tableau 73. Burn out (Questionnaire MBI, la grille d'interprétation est en annexe 5)

A. Epuisement émotionnel

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne MBI/épuisement émotionnel	24,43	23,66	0,27

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,77381	-2,13932	0,591695	0,27

Données qualitatives

	..Inf.18. (n%)	.18.30. (n%)	.30..Inf. (n%)
paris	147 (29,6)	178 (35,8)	172 (34,6)
tours	172 (31,9)	206 (38,2)	161 (29,9)

p.value
0,26

B. Dépersonnalisation

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne MBI/dépersonnalisation	8,90	7,99	0,02

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,90666	-1,64167	-0,17165	0,02

Données qualitatives

	..Inf.6. (n%)	.6.12. (n%)	.12..Inf. (n%)
paris	174 (35)	161 (32,4)	162 (32,6)
tours	224 (41,6)	179 (33,2)	136 (25,2)

p.value
0,02

C. Perte d'accomplissement personnel

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne MBI/perte d'accomplissement personnel	30,71	32,46	0,00

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	1,744822	0,72459	2,765054	0,00

Données qualitatives

	..Inf.34. (n%)	.34.40. (n%)	.40..Inf. (n%)
paris	288 (57,9)	137 (27,6)	72 (14,5)
tours	275 (50,9)	152 (28,3)	112 (20,8)

p.value
0,02

D. Degrés de burn out

	pas de burn out	1 dimension	2 dimensions	3 dimensions
paris	119 (23,9)	194 (39)	124 (24,9)	60 (12,1)
tours	167 (30,9)	220 (40,9)	105 (19,5)	47 (8,7)

p.value
0,01

Tableau 74. Psychosomatique (Questionnaire SCL90, la grille d'interprétation est en annexe 7)

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne SCL90	0,84	0,68	0,00

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-0,1594	-0,22888	-0,08992	0,00

Données qualitatives

	<1 (n%)	>ou=1 (n%)
paris	312 (62,8)	185 (37,2)
tours	395 (73,3)	144 (26,7)

p.value
0,00

Tableau 75. Sommeil (Questionnaire de FORD, la grille d'interprétation est en annexe 6)

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne FORD	21,76	18,77	0,00

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	-2,99263	-3,85582	-2,12944	0,00

Données qualitatives

	<19 (n%)	>ou=19 (n%)
paris	155 (31,2)	342 (68,8)
tours	232 (43)	307 (57)

p.value
0,00

Tableau 76. Qualité de vie (Questionnaire SWLS, la grille d'interprétation est en annexe 8)

Données quantitatives

	Moyenne Paris	Moyenne Tours	P value
Moyenne SWLS	20,98	21,62	0,16

	diff	lwr	upr	p.adj
tours-paris	0,645509	-0,24775	1,538773	0,16

Données qualitatives

	<18 (n%)	>ou=18 (n%)
paris	187 (37,6)	310 (62,4)
tours	189 (35,1)	350 (64,9)

p.value
0,39

Tableau 77. Envie de renoncer aux études de médecine

	Oui	Non
paris	326 (65,6)	171 (34,4)
tours	342 (63,5)	197 (36,5)

p.value
0,47

Tableau 78. Idées suicidaires

	Oui	Non
paris	100 (20,1)	397 (79,9)
tours	116 (21,5)	423 (78,5)

p.value
0,58

Tableau 79. Tentatives de suicide

	Oui	Non
paris	13 (2,6)	484 (97,4)
tours	14 (2,6)	525 (97,4)

p.value
0,99

VIII) Index des abréviations

AAPML : Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

AUDIT: Alcohol Use Disorders identification Test

BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

BIPE : Bureau Interface Professeurs Etudiants

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales

DMG : Département de Médecine Générale

DP : Dépersonnalisation

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENC : Examen National Classant

ENCi : Examen National Classant informatisé

EE : Epuisement Emotionnel

EPSE : Laboratoire d'Expertise et Prévention pour la Santé des Etudiants

HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

IFOP : Institut Français d'Opinion Public

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

ISNI : Inter Syndicat National des Internes

LMDE : La Mutuelle Des Etudiants

MBI : Malsach Burn out Inventory

MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

OVE : Observatoire de la Vie Etudiante

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Médecine

PAP : Perte d'Accomplissement Personnel

QVT : Qualité de Vie au Travail

SCL90 : Symptom Checklist 90

SUAPS : Service Universitaire des Activités Physiques et Sportives

SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé

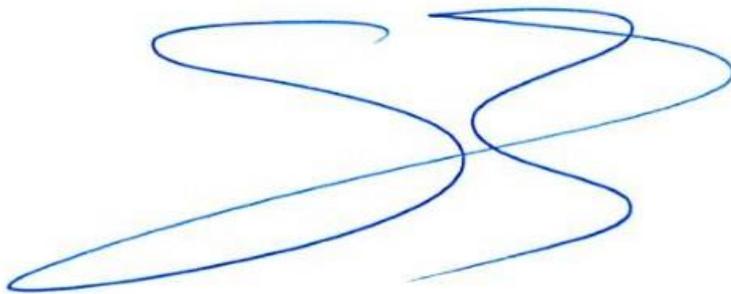
SWLS : Satisfaction With Life Scale

TCEM : Troisième Cycle des Etudes Médicales

Avis favorable de la Commissions des thèses
du Département de Médecine Générale
en date du

Vu, le Directeur de Thèse

09.01.17

A large, stylized handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and curves.

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de

Tours, le

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs
pères.

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

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

DANSET Alban

220 pages – 10 annexes - 91 tableaux – 64 graphiques

Résumé :

Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer et de comparer la santé psychique des externes des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot. Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique par auto-questionnaire anonyme envoyé aux externes (du DFASM1 au DFASM3) de François Rabelais de Tours et Paris7-Diderot sur l'année universitaire 2015-2016, comprenant des questions sociodémographiques, des questions ouvertes, les tests AUDIT, CAST, SWLS, MBI, HAD, SCL90 et FORD, et un commentaire libre. 539 externes (61.1%) ont répondu à Tours, 497 (43.4%) à Paris7-Diderot.

A Tours, 16% consomment du tabac, 84.6% de l'alcool (dont 9.2% en probable alcoolo-dépendance), 6.4% du cannabis (dont 70.5% ayant une consommation inquiétante), 9.6% des drogues dures, 24.1% des stimulants, 37.1% des anxiolytiques, 26% des somnifères, et 13.4% des antidépresseurs. 39.9% sont anxieux et 9.1% ont une dimension dépressive. 69.1% présentent au moins une dimension de burn out. 40.9% ont une dimension, 19.5% deux dimensions et 8.7% trois dimensions. 26.7% ont des troubles psychosomatiques, 57% des troubles du sommeil, 35.1% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 63.5% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 21.5% ont eu des idées suicidaires et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

A Paris, 23.5% consomment du tabac, 82.3% de l'alcool (dont 9.5% en probable alcoolo-dépendance). 21.1% du cannabis (dont 49.5% ayant une consommation inquiétante), 15.5% des drogues dures, 20.5% des stimulants, 32.8% des anxiolytiques, 24.9% des somnifères et 13.3% des antidépresseurs. 45.3% sont anxieux et 12.1% ont une dimension dépressive. 76.1% présentent au moins une dimension de burn out. 39% ont une dimension, 24.9% deux dimensions et 12.1% trois dimensions. 37.2% ont des troubles psychosomatiques, 68.8% des troubles du sommeil, 37.6% estiment avoir une mauvaise qualité de vie, 65.6% ont déjà songé à renoncer à leurs études, 20.1% ont eu des idées suicidaires et 2.6% ont déjà fait une tentative de suicide.

Les principaux facteurs associés retrouvés en analyse multivariée sont l'éloignement des proches, le sexe féminin, la consommation de tabac, l'âge élevé, les variations pondérales, l'insatisfaction en stage, le faible soutien de l'entourage et le peu de sorties. Bien que comparables, la santé psychique des externes parisiens semble encore moins bonne que celle des externes Tourangeaux.

La souffrance et le mauvais état de santé des externes est une réalité. Dès lors, nous avons proposé des mesures pour prévenir ce mal-être chez les externes.

Mots clés : Tours, Paris, externes, étudiants, médecine, santé, mentale, dépression, anxiété, burn out, alcool, cannabis, qualité de vie, psychosomatique, sommeil, tabac, poids, drogues, médicaments, suicide, facteurs associés

Jury : Président du jury : Professeur Patrice DIOT

Directeur de thèse : Professeur Éric GALAM

Membres du jury : Professeur Cédric LEMOGNE

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Professeur Vincent CAMUS

Date de soutenance : 13 mars 2017