



HAL
open science

Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine

Antoine Le Tourneur, Valériane Komly

► **To cite this version:**

Antoine Le Tourneur, Valériane Komly. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00650693

HAL Id: dumas-00650693

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693v1>

Submitted on 12 Dec 2011

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

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

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Faculté de Médecine de Grenoble

Année 2011

N°

THESE
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU
DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLÔME D'ETAT)

PAR

Antoine LE TOURNEUR né le 31 Août 1983 à Paris

&

Valériane KOMLY née le 20 Juin 1984 à Thiais

Soutenue publiquement le 6 décembre 2011 à la faculté de médecine de Grenoble

**BURN OUT DES INTERNES EN
MEDECINE GENERALE : ETAT DES
LIEUX ET PERSPECTIVES EN
FRANCE METROPOLITAINE.**

Président du Jury : Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Directeur de thèse : Professeur Eric GALAM

Membres du jury :

Professeur Régis DE GAUDEMARIS

Professeur Thierry BOUGEROL

Professeur Christophe PISON

Professeur Gérard ESTURILLO

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Régis De Gaudemaris, qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude pour ses conseils avisés.

A Messieurs les Professeurs Thierry Bougerol, Christophe Pison et Gérard Esturillo qui nous font l'honneur de juger de notre travail et qui nous ont accompagnés tout au long de notre formation.

Au Professeur Eric Galam pour avoir accepté d'encadrer notre travail malgré la distance et pour avoir cru en celui-ci. Merci pour vos encouragements, votre oreille attentive et vos conseils précieux.

Au Dr Jérôme Jund pour sa patience devant nos nombreuses sollicitations, ses conseils et l'analyse statistique de l'ensemble de l'étude.

A l'ensemble des syndicats d'internes (Isnar-IMG et tous les internes de médecine générale ayant participé) qui ont rendu cette étude possible en distribuant nos questionnaires. A Séverine & Charlène , Marie Charlotte , Charlotte , Camille & Emilie , Sabine & Bénédicte, Lucie, Guillaume, Yann & Vincent, Aïda, Charline, Valérie, Lucile, Emilie & Nicolas, Céline, Ludovic, Pierre, Emmanuel & Julien, Aurélia , Coralie, Judith, Estelle, et Goui, merci pour votre participation, votre motivation et votre bonne humeur.

A l'ensemble des médecins qui nous ont encadrés et nous ont aidés à nous construire tout au long de notre internat (Julie, Florence, Maryline, Hélène, Michèle, Bruno, Colette, Claudine, Philippe ...), qui encadrent les internes à merveille et ont tout compris du terme « pédagogie ».

A Hélène pour ses conseils précieux à la mise en page et correction de la thèse, la saisie des données, à Martine pour l'aide à la saisie des questionnaires, à Brigitte et Emilie pour leur correction du résumé en anglais.

A Xavier pour le téléchargement du logiciel.

A nos parents, frères et sœurs pour leur amour, leur patience, leurs encouragements, leurs réflexions et surtout leur présence.

A ma famille : grands-parents, oncles et tantes, cousins et cousines, parents et sœurs qui m'ont soutenu dans les moments difficiles... Antoine.

SOMMAIRE :

LISTE DES SIGLES	8
RESUME	9
Contexte	9
Objectifs	9
Primaire :	9
Secondaires :	9
Matériel et méthodes	9
Résultats	9
Conclusion	9
Mots Clés	9
ABSTRACT : Burnout syndrome among GP trainees : Situation in France	10
Objectives	10
First goal	10
Second goal	10
Design	10
Participants	10
Results	10
Conclusion	10
Key Words	10
INTRODUCTION	11
LE CONCEPT DE BURN OUT SYNDROME	11
Le Burn Out Syndrome, qu'est-ce que c'est ?	11
Symptômes	12
Causes	12
Facteurs de stress retrouvés dans la littérature	13
CONSEQUENCES DU BURN OUT SYNDROME	13
Conséquences physiques	13
Conséquences sur la qualité des soins	14
Conséquences économiques et humaines	14
REVUE DE LA LITTERATURE	18
Les internes et le Burn Out Syndrome	18
Les médecins généralistes et le Burn Out Syndrome	19
Quelles solutions ?	21
ETUDE	22
OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE	22
OBJECTIFS SECONDAIRES	22

MATERIELS ET METHODES	22
Elaboration du questionnaire	22
Echantillonnage	23
Recueil et exploitation des données	23
ANALYSE STATISTIQUE	24
RESULTATS QUANTITATIFS	25
Organigramme de l'échantillon	25
CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON	26
Caractéristiques de l'échantillon	26
Volume horaire travaillé, congés, week-ends libres, temps consacré à la vie personnelle	28
Orientation en Médecine Générale	29
Regrets PCEM1 et désir de réorientation	29
Avenir professionnel	29
Santé des IMG	30
Stress professionnel	30
Formation et reconnaissance	30
Qualificatifs les plus utilisés pour décrire la période de l'internat	30
Burn Out Syndrome	31
Adhésion des IMG aux solutions de prévention proposées	32
ETUDES DES CORRELATIONS	32
Etude en fonction de l'âge	32
Etude en fonction du sexe	33
Etude en fonction du statut matrimonial	34
Etude en fonction de la validation du CHU	34
Etude des populations d'internes parents	34
Etude par année d'internat	35
Etude en fonction du lieu de stage	35
Etude des populations d'IMG à charge de travail importante	36
Population d'IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leur entourage	37
Etude des populations d'IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs	37
Population d'IMG considérant l'internat comme un obstacle à la maternité	38
Motivation à s'orienter vers la médecine générale	38
Etude des IMG envisageant fréquemment de quitter médecine	39
Etude des IMG se sentant menacés par le Burn Out Syndrome	39
Etude des IMG ayant consulté un psychothérapeute	41
IMG souhaitant avoir recours à un psychiatre	42
Etude des IMG ayant des idées suicidaires (IS)	42
Etude des IMG ayant tenté une autolyse	43
IMG craignant de faire et pensant faire fréquemment des erreurs médicales	44
IMG préoccupés fréquemment par leurs patients en dehors du contexte professionnel	45
Facteurs associés au Burn Out Syndrome	45
RESULTATS QUALITATIFS : VERBATIMS	55
Le Burn Out Syndrome	55
Solutions au Burn Out Syndrome	57
Volume horaire, congés de l'interne et rémunération	58
Vie familiale et maternité	58
Maquette de l'internat et stage	59
Installation future	60

Le questionnaire _____	61
DISCUSSION _____	62
LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE _____	62
Biais d'échantillonnage _____	62
Biais de sélection _____	62
Biais d'investigation _____	62
Biais d'analyse _____	63
Conflit d'intérêts _____	63
INTERPRETATION DE NOS RESULTATS _____	64
Etude comparative _____	64
Burn Out Syndrome et caractéristiques personnelles _____	66
La santé des IMG comparée à celle des médecins généralistes _____	69
La santé des IMG et celle des autres étudiants _____	70
LES SOLUTIONS PROPOSEES AU BURN OUT SYNDROME _____	71
Quelques pistes de travail chez les internes de médecine générale _____	71
L'installation _____	74
CONCLUSION _____	76
ANNEXES _____	78
ANNEXE 1: MASLACH BURN OUT INVENTORY _____	78
ANNEXE 2 : CURSUS DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE _____	79
Internat de médecine générale _____	79
Les stages _____	80
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE _____	82
ANNEXE 4: FLYER ISNAR _____	86
ANNEXE 5 : FICHE EXPLICATIVE POUR LE DEROULEMENT DE LA DISTRIBUTION _____	87
ANNEXE 6 : FICHE DESCRIPTIVE DU NOMBRE D'IMG PRESENTS AU CHOIX DE POSTE _____	88
ANNEXE 7: VERBATIMS _____	89
ANNEXE 8 : COMPARAISON PAR FACULTE DES PRINCIPAUX ITEMS _____	128
ANNEXE 9 : COMPARAISONS AVEC LES TRAVAUX PRECEDEMMENT REALISES _____	130
Thèse d'exercice du Dr B. Barbarin (Nantes, 2009) : _____	130
Thèse d'exercice du Dr M. Ernst (Strasbourg, 2009) : _____	130
Thèse d'exercice du Dr M. Pittaco (Legay) (Paris, 2009) : _____	131
Thèse d'exercice du Dr M. Guinaud (Créteil, 2006) _____	132
BIBLIOGRAPHIE _____	133

LISTE DES SIGLES

AP : Accomplissement Personnel

APSS : Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

BOS : Burn Out Syndrome

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DMG : Département de Médecine Générale

DP : Dépersonnalisation

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ECN : Epreuves Nationales Classantes

EE : Epuisement Emotionnel

IJ : Indemnités Journalières

IMG : Interne de Médecine Générale

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MBI : Maslach Burn out Inventory

MG : Médecins Généralistes

SASPAS : Semestre Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

RESUME

Contexte

Le Burn Out Syndrome (BOS) se manifeste principalement dans les métiers d'aide à la personne. De nombreuses études en France ou à l'étranger font état du mal-être des médecins généralistes et des internes de médecine générale (IMG) mais aucune n'en fait l'état des lieux au niveau national.

Objectifs

Primaire :

Etude de la prévalence du BOS chez les IMG de France métropolitaine.

Secondaires :

Recherche de facteurs associés au BOS.

Sondage d'adhésion des IMG à la mise en place de 5 propositions de prévention et prise en charge du BOS.

Etude qualitative de commentaires libres sur le BOS.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive, épidémiologique, transversale réalisée par auto-questionnaire. La population source était constituée des 7949 IMG de France métropolitaine. Le questionnaire a été distribué aux 6309 IMG présents aux choix de poste de mars-avril 2011, comprenant des données démographiques, le Maslach Burn out Inventory, des questions relatives à la santé de l'interne ou à son ressenti de l'internat.

Résultats

4050 questionnaires ont été exploités, soit un taux de réponse de 64,2%.

Le taux d'IMG en épuisement émotionnel (EE) élevé était de 16%, 33,8% ont un score de dépersonnalisation (DP) élevé, et 38,9% un score d'accomplissement personnel (AP) bas. 42% des IMG n'ont aucun score pathologique. Ils sont 7%, soit 283 IMG à présenter les 3 scores élevés.

Des liens significatifs ont été mis en évidence tels que : charge de travail, manque de reconnaissance, stage hospitalier aux urgences, ou encore temps consacré à la vie privée.

Conclusion

Cette étude montre un taux de DP plus élevé, et un taux d'EE plus bas que dans les thèses précédentes. Quelques mesures de prévention simples pourraient être bénéfiques et mériteraient d'être étudiées, notamment la création d'une fiche de poste et d'un contrat de travail pour les internes, permettre aux IMG une prise de responsabilité progressive, valorisation des stages en médecine ambulatoire.

Mots Clés

Burn out, interne de médecine générale, médecin généraliste, épuisement professionnel.

ABSTRACT : Burnout syndrome among GP trainees : Situation in France

Objectives

Many surveys in France and abroad have investigated the burnout syndrome in general practitioners. It mainly appears among health care professionals, but it has also been described in other professions. Many theses have been written on this subject at the local level however no study has been done on a national scale.

First goal

Study the burnout syndrome prevalence among residents in metropolitan France.

Second goal

Look for BOS associated factors.

Study the rate of GP trainees' adhesion to the 5 BOS prevention and management proposals.

Study GP trainees' comments on their experience of internship qualitatively.

Design

It's a descriptive, epidemiological, transversal study. A questionnaire was given to each trainee present at the session where they choose their placement from March to April 11. It contained demographic data, the Maslach burnout inventory test, questions about trainee health and feelings about medical internship.

Participants

The studied population consisted of all the residents in metropolitan France; it represents 7949 students. 6309 students attended the session of placement choice.

Results

4050 questionnaires were analyzed (response rate: 64.2%).

The percentage of trainees with high emotional exhaustion (EE) rate was 16%, 33.8% had high score of depersonalization (DP) and 38.9% had high scores of low personal accomplishment (AP). 42% of trainees had no pathological score and 7% or 283 trainees presented three high scores. Significant associations were found between BOS and workload, lack of acknowledgement, ER training or time devoted to private life.

Conclusion

The study confirms the results obtained in the theses made at the regional level with an increased rate of depersonalization of GP trainees but decreased rates of EE. A few simple preventive measures could be beneficial and deserve to be tested: the creation of a job description and an employment contract for trainees, the possibility for the trainees to assume responsibilities step by step, a better consideration of training in outpatient clinics.

Key Words

Burnout syndrome, trainees, general practitioner

INTRODUCTION

Dans le monde du travail, la place de la finance et de l'économie augmente au détriment de la qualité des relations humaines, de plus en plus de travailleurs souffrent moralement. Selon une étude du Conseil économique et social, le travail serait directement à l'origine d'un suicide par jour en France (1)(2) dans de grandes entreprises comme Renault, EDF, La Poste, France Télécom, l'ONF... Ce phénomène n'épargne pas les métiers de la santé. L'évolution du système de santé, confronté à des enjeux sanitaires, économiques et culturels nouveaux, influe sur les pratiques et les représentations des différents acteurs. La demande de soin est en constante augmentation alors que les moyens humains et financiers sont en baisse (3). Cette situation n'est pas sans conséquences sur les professionnels de la santé et notamment les internes. Pour ceux qui se destinent à la médecine générale, la gestion financière, administrative, juridique, logistique prend de plus en plus de place dans une activité professionnelle où les cas médicaux se complexifient scientifiquement et où les patients sont de plus en plus exigeants. La santé n'est plus une aubaine, mais un dû : « *Les médias donnaient un tel écho aux miracles de la médecine qu'une mort ne pouvait être naturelle... C'était forcément la faute de quelqu'un.* » (J. Bardet, cardiologue et député) Cet ensemble de circonstances augmente les sources de stress et diminue le sens de l'accomplissement des soignants, ce qui pourrait expliquer la recrudescence de l'épuisement professionnel, plus connu sous le terme anglo-saxon de Burn Out Syndrome (BOS). Nous avons voulu étudier par une enquête menée au niveau national dans quelles proportions les internes de médecine générale étaient eux aussi touchés par ce syndrome.

LE CONCEPT DE BURN OUT SYNDROME

Le Burn Out Syndrome, qu'est-ce que c'est ?

Le BOS ou syndrome d'épuisement professionnel est décrit pour la première fois dans les années 70 par le psychiatre H. Freudenberger chez des soignants des free clinics (Hôpital de jour accueillant des toxicomanes) très investis professionnellement et émotionnellement auprès des patients. Freudenberger a observé que les bénévoles des free clinics finissent par perdre toute motivation après environ un an d'activité, ceci associé à des attitudes négatives et cyniques envers leurs patients. Ce concept diffère du syndrome dépressif par le fait qu'il est uniquement lié à des soucis d'ordre professionnel, et qu'il n'existe pas de ralentissement psychomoteur. Il est repris depuis par de nombreux auteurs dont le Pr C. Maslach devenue référence internationale.

Selon Maslach, le BOS désigne un état psychologique, émotionnel et physiologique résultant de l'accumulation de stress professionnels. Il serait la conséquence de réactions de stress quotidien qui finissent par user, épuiser l'individu (4). Il est décrit comme un processus comprenant 3 composantes qui peuvent coexister et se succéder ainsi :

Dans un premier temps, le BOS se traduit par un état de fatigue psychologique caractérisé par une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité physique de l'individu. Trop engagé dans ses activités professionnelles, il épuise peu à peu son capital énergie. Le sujet ressent une fatigue importante, inhabituelle, non améliorée par le repos, la seule pensée d'avoir à affronter une nouvelle journée lui paraît insurmontable. Ce

manque d'énergie est d'autant plus néfaste qu'il pense qu'il n'a aucun moyen à sa disposition pour y remédier.

Dans un deuxième temps, le BOS se traduit par un état de dépersonnalisation caractérisé par une attitude négative, détachée, voire cynique de la part de l'individu envers les personnes avec qui il interagit dans son contexte professionnel (collègues, clients, usagers, patients, etc....), qui finissent alors par être traitées telles des objets. Parler de la « colique néphrétique de la chambre 5 » en est un exemple. Il s'agit d'un mécanisme de défense personnel qui permet au soignant de préserver son énergie émotionnelle et qui se manifeste par une recherche d'isolement, un refus de contact avec ses collègues ou encore à travers des attitudes plus dures telles que le rejet ou la maltraitance. On peut par ailleurs observer des stratégies de surenchères comme le fait de consacrer de plus en plus de temps au travail ou d'avoir une hyperactivité au demeurant inefficace (5).

Dans un dernier temps le BOS aboutit à une diminution du sens de l'accomplissement personnel et de la réalisation de soi, l'individu va porter un regard négatif et dévalorisant sur ses réalisations et accomplissements personnels et professionnels. Il est démotivé et n'a plus confiance en lui, il en résulte un état dépressif important avec une incapacité à faire face aux obligations professionnelles.

Symptômes

Le Burn In : Il constitue l'étape préliminaire à l'instauration d'un BOS. Il est défini par un « présentéisme » : présence excessive de l'individu sur son lieu de travail conduisant à un véritable surmenage. Pour être brûlé extérieurement (BOS), il faut d'abord avoir été motivé/s'être voué à son travail et donc brûler « au sens positif » intérieurement. Si l'individu ne surmonte pas ces moments de stress, du Burn In découle le BOS.

L'état de BOS se manifeste essentiellement par 3 types de symptômes qui peuvent être plus ou moins présents ou intenses:

- Physiologiques, communs pour la plupart avec le syndrome dépressif : insomnie, fatigue chronique, douleurs diffuses chroniques, troubles gastro-intestinaux,
- Cognitifs et affectifs : hypersensibilité, pessimisme, désespoir, dépression, indécision, manque de concentration, tendance à tenir les autres responsables de ses problèmes personnels, image négative de soi,
- Comportementaux : absentéisme ou à l'inverse acharnement inefficace au travail, baisse marquée de la productivité, abus de toxiques, irritabilité, agressivité, impulsivité, repli sur soi, tendance au suicide.

Causes

H. Freudenberger a pu remarquer lors de ses travaux que les individus qui développaient ce syndrome d'épuisement ont une image idéalisée d'eux-mêmes, se perçoivent dynamiques, charismatiques, particulièrement compétents, et finissent par perdre le lien avec leur soi véritable. Cependant, selon C. Maslach et M.P. Leiter (4), les dysfonctionnements majeurs n'appartiennent pas à l'individu lui-même mais à son environnement de travail : le BOS est avant tout le résultat produit par des contextes situationnels même si ce phénomène se traduit essentiellement au niveau de l'individu. Selon le Dr P. Légeron, psychiatre et auteur d'un rapport sur les risques psychosociaux pour le ministre du Travail, Xavier Bertrand en 2008 (6) : « *Ce n'est donc pas tant l'individu qu'il faut soigner, mais son environnement de travail !* ». Un certain nombre de facteurs environnementaux sont reconnus comme contribuant au

développement du phénomène : surcharge de travail, complexité des tâches, absence de contrôle, non-maîtrise de l'activité, manque de récompense et de reconnaissance pour les efforts fournis, absence de soutien social et de cohésion de l'équipe (M. Estryng Béhar,(7)), décalage entre les valeurs de l'individu et celles de l'entreprise (hôpital dans notre cas), sentiment d'injustice ou de non-équité, manque de ressources ou de formation appropriée pour réaliser son travail. Finalement l'apparition d'un BOS chez un individu est probablement liée à l'association de traits de personnalité avérés et de facteurs environnementaux propices, sachant que tout individu quel qu'il soit, est menacé de BOS s'il est exposé à un contexte professionnel pathogène.

Facteurs de stress retrouvés dans la littérature

Facteurs de stress associés au travail (4)(8)(9)(10)(11)(12)

- La charge de travail (nombre de consultations journalières plus que le temps de travail),
- L'ambiguïté des rôles,
- Le manque de reconnaissance de la part des supérieurs hiérarchiques,
- Le décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession,
- Le manque de contrôle sur ses activités,
- Le manque de travail d'équipe,
- Les conflits avec les patients,
- Les difficultés à s'adapter aux recommandations.

Facteurs de stress individuels

- Le manque d'expérience,
- Le célibat,
- Le manque de temps à consacrer à sa famille et ses amis.

CONSEQUENCES DU BURN OUT SYNDROME

Conséquences physiques

Des chercheurs se sont intéressés à la physio-pathologie du BOS et ses conséquences physiques à long terme. Dans une étude cas-témoins (13), le BOS était associé à une augmentation du risque relatif de développer une maladie coronaire chez les hommes (RR=3,1) et les femmes (RR=3,4). Les hypothèses soulevées pour expliquer cette observation ont été : un dysfonctionnement métabolique avec augmentation du cholestérol total, du LDL et des triglycérides, un suivi médical négligé, un sommeil perturbé, une dérégulation de l'axe hypothalamique avec augmentation du cortisol (14).

Dans l'étude francilienne réalisée par l'URML (8), les médecins menacés par le BOS sont plus enclins à consommer alcool et tabac que les médecins non menacés par le BOS (13.4% des MG vs 1.4%) ainsi que des médicaments (18.3% vs 2%).

Dans l'enquête EGPRN (15) (3500 questionnaires distribués dans 12 pays européens, 1393 médecins généralistes inclus), il est également montré que les médecins en BOS augmentent leur consommation de tabac, d'alcool et de psychotropes.

Conséquences sur la qualité des soins

Il y a peu d'études sur les conséquences du BOS en termes de qualité des soins. Une étude américaine réalisée en 2008 (16) chez 123 internes en pédiatrie suggère que les internes en BOS (76% ayant EE et DP élevés selon le MBI) ne font pas plus d'erreurs que ceux qui ne le sont pas. Ils auraient même tendance à en faire moins. Ceci pourrait être expliqué par le fait que les individus sujets au BOS pourraient être plus « perfectionnistes », « rigoureux », ou « idéalistes » et donc plus attentifs à la survenue d'erreurs médicales. Au contraire, les 25% d'internes répondant aux critères de dépression feraient jusqu'à 6 fois plus d'erreurs médicales. Une des conséquences du BOS étant la dépression.

Pittaco (5) a montré, en 2007, de manière significative, auprès de 92 internes de médecine générale, répondant aux critères du BOS selon le MBI (annexe 1), que, contrairement aux 117 homologues non touchés, ils :

- étaient moins motivés pour apprendre,
- se déclaraient moins aptes à réfléchir sur des cas médicaux complexes,
- lisaient moins de revues médicales.

De même elle a montré qu'ils voient moins souvent d'amis, ne pratiquent pas de sport ni loisirs de façon régulière, ne font pas ou peu de projets à long terme, déclarent consommer des hypnotiques, avoir des troubles de la libido, des troubles du comportement alimentaire, des difficultés financières et des difficultés familiales liées à leur travail.

En revanche aucun lien n'a été trouvé entre BOS et âge, sexe, statut marital, ou nombre d'années d'internat effectuées.

Conséquences économiques et humaines

Reconversion des médecins vers d'autres métiers, d'autres modes d'exercice

Dans l'enquête EGPRN (15), un peu plus d'un tiers des répondants (32,4 %) ont déclaré avoir l'intention de changer de métier. L'enquête de l'URML IDF (8) montre que 50,6% des MG franciliens souhaitent modifier profondément leur exercice ou même changer de profession.

Dans l'enquête de Truchot en Poitou-Charentes (12), 4% des médecins disent vouloir changer de métier dans l'année et 32,5% envisagent de le faire sans préciser de date. Ceux qui souhaitent changer ont des scores élevés de BOS. Le travail de Zeter montre des résultats équivalents: 3,74% des médecins souhaitent changer de travail dans l'année, 33,06% souhaitent changer de travail plus tard. Abordant les raisons invoquées par les médecins pour changer de travail, Zeter (17) cite l'organisation du travail et les risques qui y sont associés.

Absentéisme

Chez les médecins en BOS, on note une majoration de l'absentéisme et du nombre de jours d'arrêt de travail (15). Les maladies psychiatriques, l'éthylisme et/ou la toxicomanie sont la première cause d'invalidité chez les médecins français d'après la CARMF et augmentent d'année en année (37,94% en 2005, 42% en 2007). À noter que les arrêts de travail répétés des médecins et/ou internes souffrants accentuent la charge de travail de leurs confrères de proximité augmentant d'autant leur risque de BOS. Nous n'avons pas de données concernant les arrêts de travail des internes.

Crise de vocation des futurs médecins

452 postes de médecine générale n'ont pas été pourvus en 2007 lors des choix d'affectation à l'issue de l'ECN contre seulement 8 postes non pourvus dans les autres spécialités, ce qui fait près de 2 900 postes qui sont restés vacants lors des 4 premières éditions des ECN (le phénomène se pérennise puisqu'en 2010, 668 postes n'ont pas été pourvus). 2900, c'est l'équivalent d'une promotion entière d'internes de médecine générale à jamais manquante dans les rangs des futurs généralistes, au moment où l'on parle de désertification médicale et de mesures pour contraindre l'installation.

D'après une étude réalisée par Baude, Flacher, et Marchand (médecins généralistes isérois) en 2006 (18) chez 817 internes, les causes évoquées à la réticence de la pratique de la médecine générale sont : la crainte d'une perte de qualité de vie, surtout au niveau personnel, une formation initiale insuffisamment adaptée aux spécificités de la médecine générale, et les conditions d'exercice futures avec notamment les difficultés à l'installation. Causes intimement liées à celles du BOS.

Le suicide comme expression finale du Burn Out Syndrome ?

Une étude réalisée en 2008 par la DREES sur un panel de 1900 MG originaires de 5 régions différentes retrouve plus d'un médecin sur 10 se décrivant en détresse psychologique avec des variations entre les régions allant de 10 à 17% et de 2 à 4% pour les médecins généralistes avouant avoir eu des idées suicidaires (19).

Les diverses statistiques sont concordantes: les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale (10 à 15% selon les études) : près d'un médecin sur trois est touché par la dépression.

Peu d'études ont été publiées sur l'incidence du suicide chez les médecins généralistes, et aucune chez les internes à notre connaissance.

Tout part d'un constat fait au début des années 2000 par le conseil départemental de l'Ordre des médecins du Vaucluse et le Dr Y. Léopold qui fait état de 11 suicides parmi 22 décès de médecins en activité dans le Vaucluse.

Une enquête est alors réalisée par le CNOM en 2003, menée par ce même médecin. Sur 492 décès survenus en 5 ans sur une population de 42 137 médecins actifs, 69 étaient dus à des suicides soit 14,6 % des causes de décès contre 5,6% dans la population générale. Un écart similaire a été constaté par Schernhammer, auteur d'une tribune sur le suicide des médecins dans le New England Journal of Medicine en juin 2005 (20). Il indique que l'analyse des résultats de vingt-cinq études confirme que le risque de suicide chez les médecins hommes est plus élevé de 40% par rapport au taux de la population générale masculine, tandis que le risque de suicide chez les femmes médecins est supérieur de 130% au taux de la population générale féminine.

Le suicide chez les médecins d'après A. S. Chocard (21) :

Auteur de l'étude	Date	Pays de l'étude	Période d'observation	Nombre de suicides	Hommes	Femmes
Lindhart	1963	Danemark	1935-1959	67	67/RR=1,5	
Craig & Pitts	1968	USA	1965-1967	228	211/RR=1	17/RR=4
Dean	1969	Afrique du Sud	1960-1966	23	22/RR=1,2	1
Rose & Rosow	1973	Californie	1959-1961	49	48/RR=2	1
Steppacher & Mausner	1974	USA	1965-1970	530	489/RR=1,2	41/RR=3,2
Pitts & coll	1979	USA	1967-1972	538	489/RR=1,2	49/RR=3,6
Office of population and survey		GB	1949-1983	260	246/RR=1,7 à 3,4	14/RR=3,1
Baymar & feuerlein		Haute Bavière	1963-1978	94	67/RR=1,6	27/RR=3
Armetz & coll		Suède	1961-1970	42	32/RR=1,2	10/RR=5,7
Rimpela & coll		Finlande	1971-1980	17	17/RR=1,3	
Schlucht & coll		Australie	1950-1986	13	10/RR=1,1	3/RR=5
Stefansson & wicks		Suède	1971-1985	138	113/RR=1,9	25/RR=2,5
Lindemann & coll	1996	Finlande	1986-1993	51	35/RR=0,9	16/RR=2,4
Juel & coll		Danemark	1973-1992	194	168/RR=1,64	26/RR=1,68
Aasland & coll		Norvège	1960-1989	82	73/RR>1	9/RR>1
Hawton & coll		GB et Pays de Galles	1979-1995	223	168/RR<1	55/RR=2
Léopold & CNOM	2003	<u>France</u>	1998-2003	69/RR=2,7		
CARMF/CNOM	2008			RR=1.8		

(*RR : Risque relatif par rapport à la population générale.)

Dans son étude sur les médecins du Vaucluse, le Dr Léopold a mis en avant 5 marqueurs de risque suicidaire :

- Les conduites addictives : alcool et médicaments,
- Le divorce,
- Les difficultés financières,
- Les contentieux administratifs, judiciaires ou ordinaux subis ou provoqués,
- Les maladies physiques ou psychiques

Chez 80% des médecins décédés par autolyse, au moins 3 marqueurs étaient présents. Chez 90% au moins 2 marqueurs étaient présents et chez 100 % au moins 1 marqueur.

En 2009, selon un rapport de la CARMF, les troubles psychiatriques représentent la première cause d'invalidité définitive (39,76% soit 30 médecins) devant les maladies du système nerveux (13,74%) puis les maladies cancéreuses (11,49%) et les maladies cardiovasculaires (10,57%). Le pourcentage de médecins avec troubles psychiatriques est en légère baisse entre 2007 et

2009 (41,05% en 2007). En 2009, 319 médecins ont perçu des indemnités journalières (IJ) pour motif psychique (17,14% des IJ perçues). Les affections cancéreuses demeurent la principale cause d'arrêt de travail (34,44% des indemnités journalières perçues).

Suite aux rapports sur le suicide des médecins, la CARMF a récemment modifié certaines mesures de santé :

- Modifications des critères d'invalidité :
 - o l'invalidité est désormais une incapacité à exercer le métier de médecin, mais qui tolère que le médecin se livre éventuellement à une autre activité (ce qui n'était pas le cas jusqu'à récemment).
 - o Par contre lorsque le médecin perçoit des indemnités journalières, il n'est pas autorisé à exercer une autre activité professionnelle.
- Modalités d'aide à la reprise du travail sur avis de la commission d'invalidité :
 - o les indemnités journalières peuvent être maintenues pendant une certaine période afin de permettre une reprise en douceur de l'activité professionnelle.
- Très nette augmentation du capital décès :
- Coordination des fonds d'action sociaux de la CARMF et du CNOM.
- Implication de la CARMF dans l'APSS. L'Association Pour le Soin aux Soignants existe depuis février 2009 et découle directement des fonds d'action sociaux de la CARMF et du CNOM. L'objectif est de mettre en place une filière de soins spécialisée pour les soignants pour une meilleure prise en charge des troubles addictifs et/ou psychiatriques.
- Mise en place d'un observatoire des décès des médecins libéraux.

Il persiste un obstacle important : le délai de carence de 90 jours avant de percevoir des indemnités journalières. La CARMF n'exclut pas, dans certaines situations bien précises, d'envisager de payer des IJ dès le 1er jour d'arrêt maladie, en instaurant une obligation d'accompagnement thérapeutique.

REVUE DE LA LITTERATURE

Les internes et le Burn Out Syndrome

Le cursus des IMG français s'articule autour de 6 semestres avec des passages obligatoires dans certains stages (description du cursus en annexe 2).

Une donnée importante à expliciter lors de la formation des internes est la notion de « hidden curriculum » ou « curriculum caché » présente chez tout étudiant en formation (22). Lors d'un parcours de formation (tel que l'internat), on peut distinguer selon Ph. Perrenoud, le curriculum formel ou programme du cursus (programme éducatif) et le curriculum réel (ce qu'apprend effectivement l'étudiant). Au sein de ce curriculum réel coexistent une partie manifeste (résultats de l'instruction apportée par les enseignants, PU-PH...) et une partie cachée (acquisitions implicites faites par les internes). Ce processus enjoint les internes à se fixer inconsciemment des objectifs inatteignables ou des contraintes futiles diminuant fortement la sensation d'accomplissement personnel (ex : l'IMG doit être un spécialiste dans tous les services dans lesquels il exerce et maîtriser les compétences et les recommandations en lien avec chaque spécialité).

Plusieurs études et travaux de thèse ont été réalisés ces 7-8 dernières années. Notamment en France où de nombreuses thèses sur le BOS des internes de médecine générale ont vu le jour (IDF, Strasbourg, Nantes...) mais aucune à l'échelon national. Celles-ci sont recensées dans le tableau suivant (nous n'avons retenu que les études sur les IMG et celle de Shanafelt sur la médecine interne car il s'agit d'une étude réalisée avant l'application de la loi sur la limitation du temps de travail aux USA : WHL ou Work Hours Limitation et limitant le travail hebdomadaire à 80 heures) :

Etudes publiées sur le Burn Out Syndrome des IMG

ETUDE	NOMBRE DE PARTICIPANTS/ % DE FEMMES	LIEU DE L'ETUDE	TAUX DE REPONSE	% D'INTERNES EN BOS	EE	DP	AP
Shanafelt/ 2002/(23)	115/53%	Université Washington ; médecine interne avant le WHL	76%	76%	26,4 %	12,7 %	36,2 %
Michels/ 2003/(24)	350/32%	Caroline du Sud	75%	NR	19,53 %	9,55 %	38,68 %
Willcock/ 2004/(25)	117/44%	Université de Sydney	94%	EE+DP de 28% en T1 à 61% en T6	17,57 %	6%	36,74 %
Guinaud/ 2005/(26)	692/62,6%	Ile-de-France	92%	NR	24,1 %	42%	48,6 %
Dyrbye/ 2006/(27)	545/54,6%	Minnesota	50%	45%	34,4 %	26,9 %	28,2 %
Pittaco/ 2008/(5)	205/50%	Ile-de-France/ internes aux urgences	84%	45%	16%	50%	33%
Barbarin/ 2008/(28)	114/74,6%	Nantes	57,9%	44,7% (EE ou DP)	16%	35%	21%
Ernst/ 2009/(29)	161/64%	Strasbourg	71%	46% (EE ou DP)	19,2 %	38,5 %	21,7 %

*Les thèses de Pittaco/ Barbarin/ Ernst et Guinaud ont été réalisées chez des IMG français.

Les médecins généralistes et le Burn Out Syndrome

De nombreuses études font état du mal-être des médecins généralistes français, européens et des autres pays. Nombre d'étudiants ont également réalisé leur thèse sur ce sujet dans leur faculté d'origine. Afin de pouvoir comparer la population des internes de médecine générale aux médecins généralistes, nous avons réalisé une revue de la littérature.

Etudes réalisées en France sur le Burn Out Syndrome des médecins généralistes :

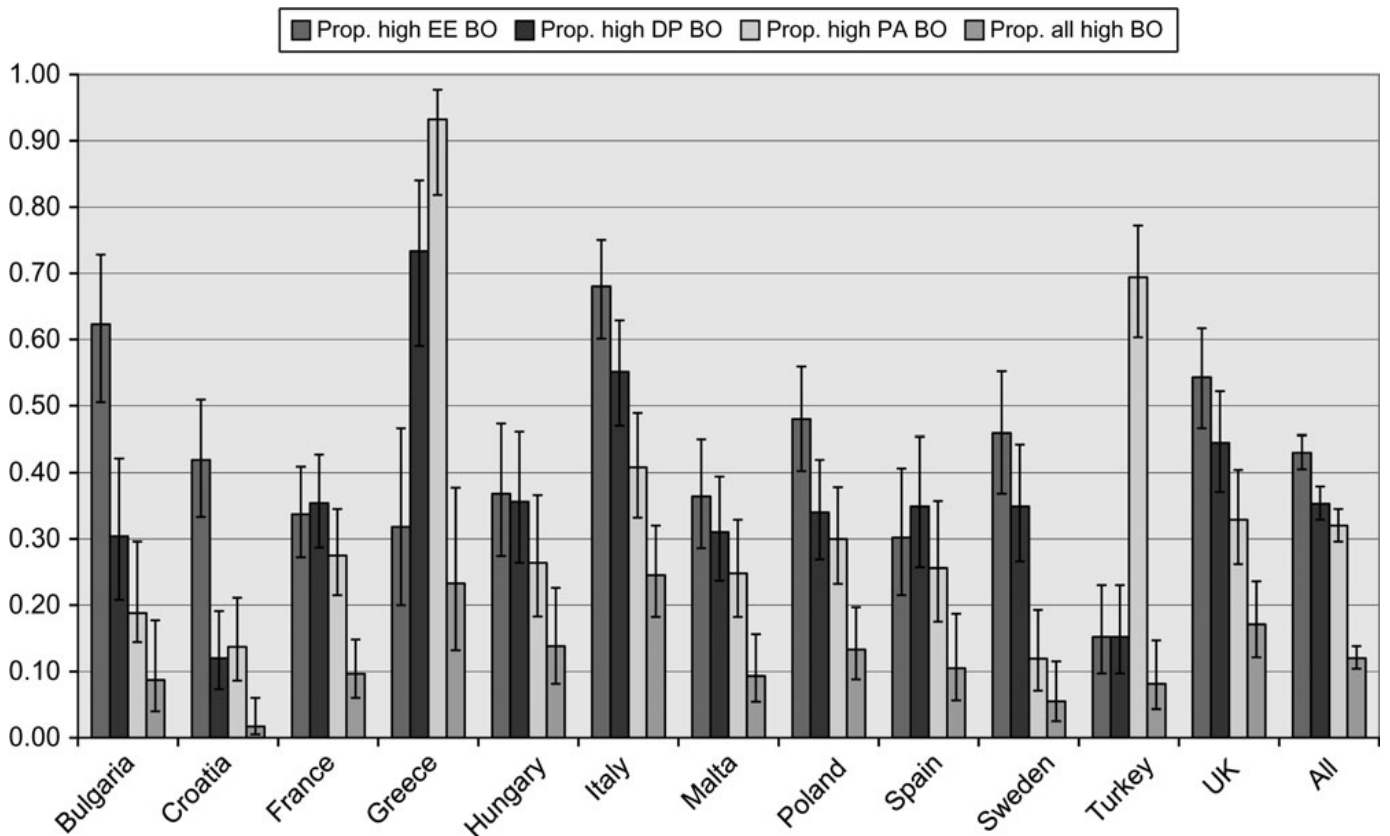
	Bourgogne (2001) (30)	Champagne- Ardenne (2002)(31)	Poitou- Charentes (2004)(12)	Indre-et- Loire (2005) (32)	Cher (2006) (33)	France Sentinelle (2007)(34)	Limousin (2010)(35)
N	394	408	515			221	1369
EE	47,2%	42,3%	40,3%	25%	25,2%	27.1%	29%
DP	32,8%	44,5%	43,7%	29%	33,1%	32.6%	27%
AP	29,2%	37,4%	43.9%	25%	29,1%	27.1%	26%

En 2007, une étude réalisée par l'Union régionale des médecins libéraux franciliens (8) (incluant des généralistes mais également d'autres praticiens libéraux, 2243 questionnaires analysés) montre que pas moins de 53% des praticiens se sentent menacés par le BOS, avec un sur risque pour les MG qui sont 60,8% à être dans ce cas. Plus de neuf sur dix (96%) mettent en avant « le harcèlement administratif » comme première cause de souffrance.

En première ligne, les généralistes ont plus fréquemment des périodes d'épuisement (55%), des pathologies d'ordre psychique (32%) et prennent plus d'antidépresseurs (11%) que les autres spécialistes, selon une autre étude réalisée fin 2008 en Haute-Normandie. Et parmi les généralistes, les femmes et ceux qui exercent seuls sont nettement plus sujets à la détresse psychologique (36).

La constatation faite à l'hôpital par M. Estryng Behar est identique (37). Cette étude met en évidence une fréquence accrue du BOS chez les urgentistes, gériatres et pharmaciens évalué par le CBI « Copenhagen Burnout Inventory General », (épuisement physique et psychique : ER : 42,4%)

Une enquête européenne de Soler incluant 12 pays européens (EGPRN, 2008) (15) évalue la prévalence de l'épuisement professionnel chez plus de 3500 médecins généralistes, avec un taux de réponses au questionnaire de 41%. Ses résultats montrent :



- un taux élevé d'épuisement émotionnel (EE) pour 43% des médecins généralistes, un taux élevé de dépersonnalisation (DP) pour 35% des MG et un taux bas d'accomplissement personnel (AP) pour 32% des MG.
- Au total 12% des MG présentent un taux élevé de BOS dans les 3 dimensions.
- 35% ne présentaient aucune des dimensions du BOS élevée.
- Concernant la France chez les 178 MG ayant répondu : 34% EE élevé, 35% DP élevée, 28% AP faible.
- Il est montré une forte association avec les paramètres suivants : l'intention de changer de travail, l'utilisation de tabac, d'alcool ou de psychotropes, le sexe masculin, et le nombre de jours d'arrêt de travail.

Chez des médecins généralistes néerlandais, les résultats indiquent qu'environ 20% des médecins sont en BOS. Le recueil des résultats est réalisé sur 3 périodes : 2002, 2004, 2006. Pour les 2 sexes, le BOS décroît après le premier recueil de données puis réaugmente après le second. La prévalence de la dépersonnalisation est plus importante chez les hommes. Le BOS semble être déclenché chez les hommes par la dépersonnalisation et chez les femmes par l'épuisement émotionnel (38).

Selon la thèse du Dr Gleizes, avec le Dr A. Ravazet (39), le stress, proportionnel à la charge de travail, frappe pratiquement un médecin sur deux. Comme cause de leur stress, les médecins indiquent le poids financier (82%), les contraintes administratives (70%), la paperasserie, le téléphone (62,8%) et la perturbation de la vie privée (56,5%); pour presque 50% des médecins, l'encadrement et les conditions d'exercice.

Cette étude met l'accent sur l'organisation de la pratique. L'organisation matérielle est une préoccupation au premier plan, l'implication personnelle et professionnelle dans le stress apparaît au second plan. Serait-il plus aisé de parler de l'organisation que de soi ? Il semble

que, porté par un fantasme d'invulnérabilité, le médecin dénie sa fatigue et refuse l'idée même de maladie (40).

Quelles solutions ?

Article 56 du Code de déontologie médicale : « Les médecins se doivent assistance dans l'adversité ».

Parmi les solutions plébiscitées par les médecins (8), certaines pourraient s'appliquer aux internes :

- Améliorer la protection sociale des médecins (97,2%)
- Mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale (95,6%)
- Prendre en compte le médecin pour lui-même (93,2%)
- Mieux préparer les étudiants en médecine (93,2%)

De la même façon, les mesures concrètes avancées par l'UMRL pourraient aussi être adaptées pour les internes en médecine générale :

- Reconnaître le BOS comme maladie professionnelle,
- Intégrer à la formation des étudiants en médecine un module présentant le statut libéral, les spécificités, avantages et difficultés de ce mode d'exercice,
- Inciter les futurs praticiens au développement d'une « hygiène de vie professionnelle »,
- Rechercher et activer la mise en œuvre de moyens visant à améliorer la vie professionnelle des internes.

Aux USA, en juillet 2003, est votée une loi visant à limiter les heures de travail hebdomadaires à 80 heures pour les internes : WHLs pour work hours limitations (41). Les études réalisées à la suite de cette loi en comparaison avec celles de 2001 montrent une augmentation de la satisfaction des internes vis-à-vis de leur carrière (66 à 80%, $p=0.02$) et une diminution du critère d'épuisement émotionnel (53 à 40%, $p=0,05$). Par contre il n'a pas été noté d'amélioration concernant les critères de dépersonnalisation, accomplissement personnel et sur le critère dépression. 37% des internes rapportent un effet négatif sur les soins apportés aux patients alors que 29% y voient un effet positif pour le soin. En effet ils estiment que cette limitation horaire tronque le temps passé au contact des patients et ne leur permet pas de s'impliquer suffisamment dans le soin ; ils sont obligés de « passer le relais » plus tôt à leurs confrères même lorsque l'état du patient n'est pas encore stabilisé et qu'ils souhaiteraient rester dans le service. 47% dénoncent un effet négatif sur leur formation (vs 32%) ; cette limitation diminue le temps de pratique médicale théorique. Cependant la plupart des résidents approuvent cette loi de WHL (65%) car elle leur permet d'aborder les patients avec plus d'énergie et de réaliser moins d'erreurs médicales.

Une étude publiée en 2010 montre également que laisser plus de temps libre aux internes pour les activités personnelles a un impact positif sur l'autosatisfaction et la qualité des soins (11).

Un soutien des supérieurs hiérarchiques est également essentiel pour le bien-être des internes (42).

ETUDE

OBJECTIF PRINCIPAL DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est de mesurer à l'échelon national la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine général de France métropolitaine.

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Rechercher les facteurs associés au syndrome d'épuisement professionnel,
- Sonder l'adhésion des internes à la mise en place de 5 propositions de prévention et prise en charge du BOS (Baisse de la charge de travail, augmentation de l'autonomie, attribution d'un tuteur, mise en place de groupes type Balint, service d'aide téléphonique),
- Etudier qualitativement les commentaires, interrogations, ressentis, constatations des IMG sur leur vécu de l'internat en général et sur ce qui les touchait ou les faisait réagir en particulier concernant notre étude.

MATERIELS ET METHODES

Elaboration du questionnaire

Pour réaliser cette étude, un auto-questionnaire de 4 pages sur une double feuille A4 (annexe 3) a été conçu. Il comprenait 36 items dont le questionnaire MBI retranscrit dans son intégralité, version francophone validée.

Une 1^{ère} page concernait les données épidémiologiques (situation personnelle, professionnelle, et mode de vie).

Une 2^{ème} page, volontairement située à l'intérieur, concernait des données plus intimes telles que perspectives d'avenir, santé, ressenti du stress professionnel et reconnaissance perçue au cours de la formation.

Une 3^{ème} page contenait le MBI ainsi qu'une question proposant des moyens de lutte contre l'épuisement professionnel. Le Maslach Burn Out Inventory (MBI), outil mondial de référence de diagnostic du BOS est un auto-questionnaire de 22 items notés selon la fréquence : de jamais (= 0) à tous les jours (=6). Il reprend les 3 composantes citées précédemment :

- EPUISEMENT EMOTIONNEL (EE), 9 items
- DEPERSONNALISATION (DP), 5 items
- ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL (AP), 8 items

Chaque question est rattachée à un item (EE, DP ou AP) ; les scores sont additionnés pour obtenir la valeur de l'EE, de la DP et de l'AP.

Un niveau de BOS élevé se manifeste par des scores élevés aux deux sous-dimensions : épuisement émotionnel et dépersonnalisation et un score bas de l'accomplissement personnel. Le BOS est défini par un score élevé à au moins une des trois sous-dimensions du BOS.

Une dernière et 4^{ème} page était une page d'expression libre, consacrée aux remarques des internes, à toutes propositions, commentaires ou ressentis.

Nous laissions également nos noms, celui de notre directeur de thèse, nos numéros de téléphone et une adresse électronique pour nous contacter en cas de besoin. Deux logos indiquant notre partenariat avec la MACSF et le site de la Prévention Médicale étaient apposés en bas de page.

Le questionnaire a été testé une première fois auprès d'une dizaine d'IMG afin d'en évaluer sa clarté, la faisabilité et la durée nécessaire pour le compléter (environ 10 minutes). Certaines questions inappropriées ou trop imprécises ont été supprimées ou modifiées.

L'auto-questionnaire était anonyme.

Echantillonnage

La population cible de l'étude était l'ensemble des internes de médecine générale de France métropolitaine soit 7949 IMG. Afin de recueillir le plus grand nombre de réponses, le questionnaire a été distribué le jour des choix de poste organisés par la DRASS, se déroulant entre les mois de mars et avril 2011, dans 23 facultés (Amiens, Angers, Besançon, Bordeaux, Brest, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nantes, Nancy, Nice, Paris, Poitiers, Rennes, Rouen, Saint-Etienne, Strasbourg, Toulouse, Tours), sur les 26 facultés de France métropolitaine. À Marseille, Reims et Caen, la distribution n'a pas eu lieu faute de soutien suffisant des organisations locales. Les questionnaires n'étaient pas disponibles sur Internet. Il fallait être présent au choix pour recevoir le questionnaire et le remettre à la fin du choix de poste à la personne qui l'avait distribué. Pour ce faire nous avons contacté chacune des 26 associations étudiantes locales d'internes de chaque ville afin d'avoir un(e) représentant(e) le jour du choix de poste. Présent sur place, il distribuait et récupérait les questionnaires remplis. Une large majorité des syndicats a répondu présente à notre appel (23/26). Enfin un flyer (annexe 4) a été distribué aux représentants des associations locales présentes au congrès de l'Isnar en janvier 2011 à Deauville afin de faire connaître notre étude et mobiliser un maximum de facultés.

Un total de 23 facultés sur 26 a donc accepté de participer à notre étude. Dans 3 facultés nous étions personnellement présents pour assurer la distribution et le recueil des questionnaires (Paris, Nancy et Grenoble). Pour les autres facultés, les questionnaires ont été acheminés par voie postale à un représentant local. Les colis contenaient autant de questionnaires que d'IMG, une fiche explicative (annexe 5), une fiche à remplir concernant le nombre d'internes convoqués au choix et le nombre d'internes absents (procuration, arrêt maladie, etc.) (annexe 6) ; le représentant local devait y inscrire ses coordonnées afin de pouvoir le recontacter si besoin. Ce colis contenait également des stylos MACSF à distribuer aux internes afin d'augmenter le taux de réponse, un colissimo prépayé pour nous réexpédier les questionnaires complétés et enfin, en remerciement de la participation de nos correspondants locaux, un sachet de chocolat et une mignonnette d'alcool isérois (la chartreuse).

La population source de l'étude était donc tous les internes de médecine générale présents au choix soit 6309 internes.

Recueil et exploitation des données

Tous les questionnaires nous sont donc parvenus entre les mois d'avril et de juin 2011. L'échantillon concernait les 4103 IMG qui ont accepté de participer. Le MBI n'a pas été analysé

lorsqu'une réponse ou plus étaient manquantes du fait de la complexité d'interprétation du score par la suite. Ces questionnaires ont été inclus malgré l'absence de MBI, dans les données épidémiologiques et les réponses à toutes les autres questions ont été prises en compte. Les questionnaires dont seule la première page était remplie n'ont pas été inclus du fait de l'absence d'apport d'informations sur le critère principal de jugement.

Les réponses au questionnaire ont été enregistrées sur la base ACCESS.

Les commentaires libres de la dernière page ont été recueillis, consignés informatiquement et répertoriés en 8 grandes catégories (annexe 7).

ANALYSE STATISTIQUE

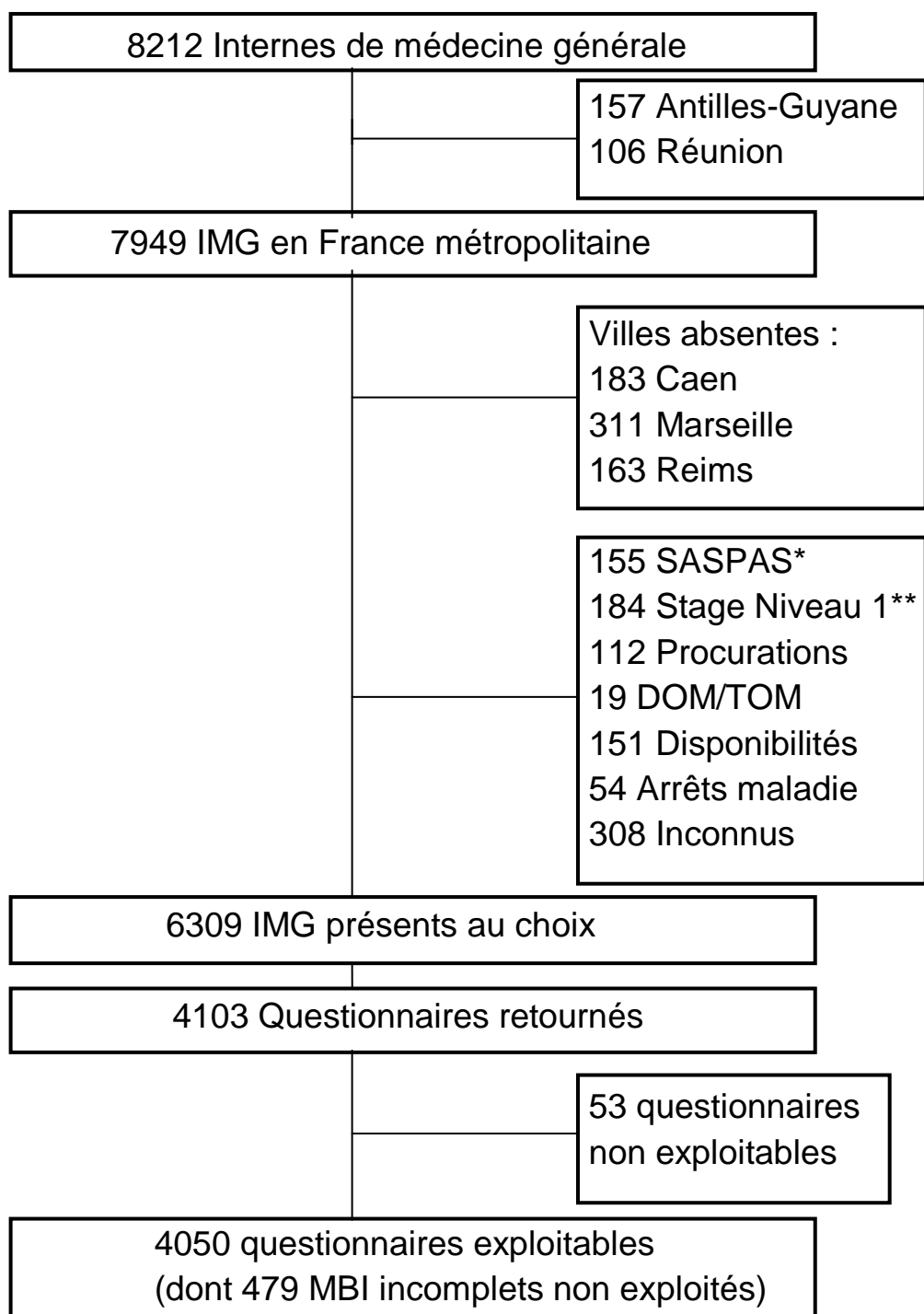
Il s'agit d'une étude nationale, épidémiologique, transversale, descriptive, multicentrique.

Les variables qualitatives sont exprimées à l'aide de leurs fréquences et de leurs pourcentages valides. Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes, écarts-types, médianes, minimums et maximums. Pour les comparaisons entre les groupes, aucun test statistique n'a été réalisé. Seules les différences ayant un sens "clinique" sont exprimées.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.

RESULTATS QUANTITATIFS

Organigramme de l'échantillon



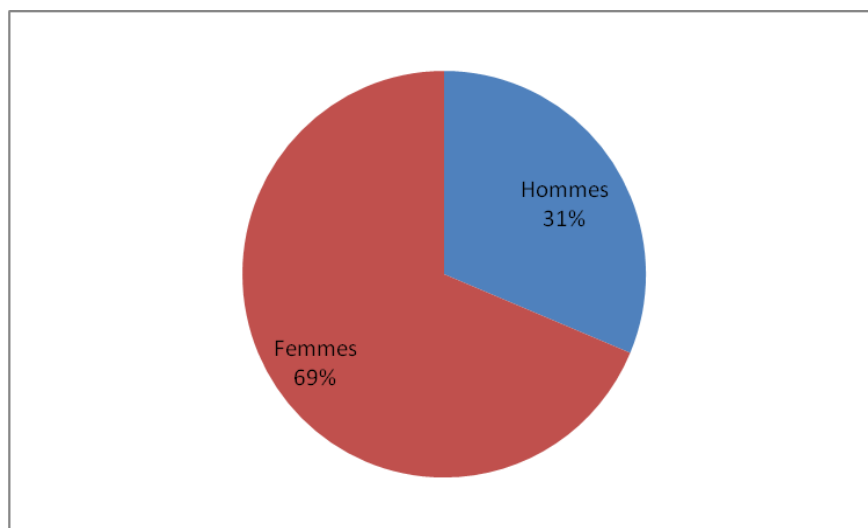
* IMG choisissant un SASPAS, absents des choix dans les villes de Besançon, Clermont-Ferrand, Montpellier, Paris, Rennes.

** IMG choisissant un stage de niveau 1, absents dans la ville de Paris.

CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON

Caractéristiques de l'échantillon

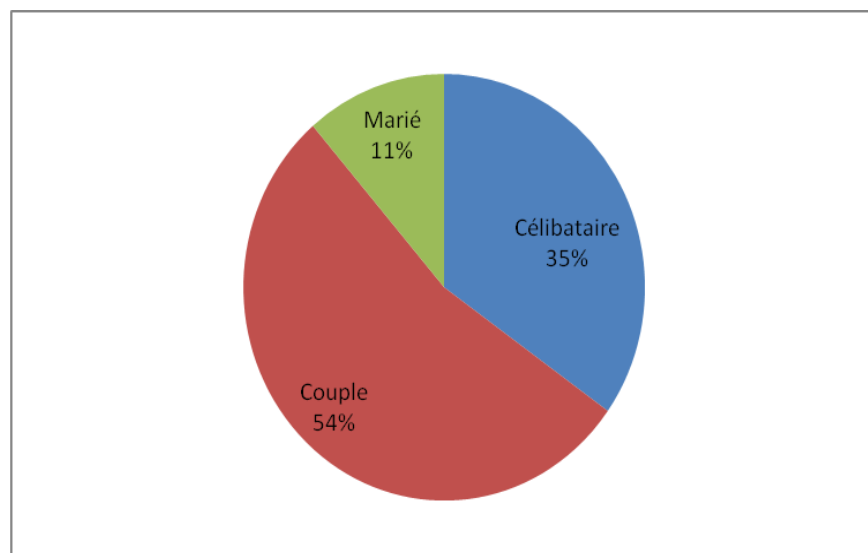
Sexe



Age

La moyenne d'âge des IMG répondants était de 26,4 ans avec des extrêmes allant de 23 à 49 ans.

Statut Matrimonial



Enfants

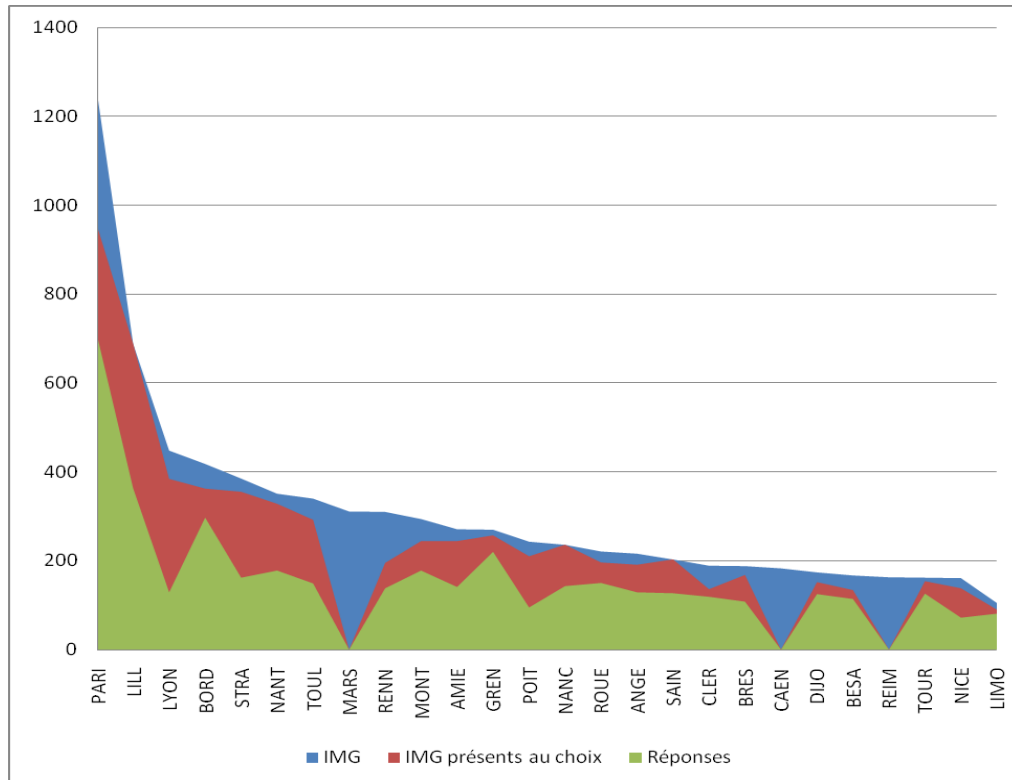
90% des répondants n'ont pas d'enfant, 7% en ont un, 1,3% en ont au moins 2.

Brest est la ville où le plus grand nombre d'IMG répondants a des enfants (18,7%) alors que Rennes et Grenoble sont les villes où ils en ont le moins (3,6%).

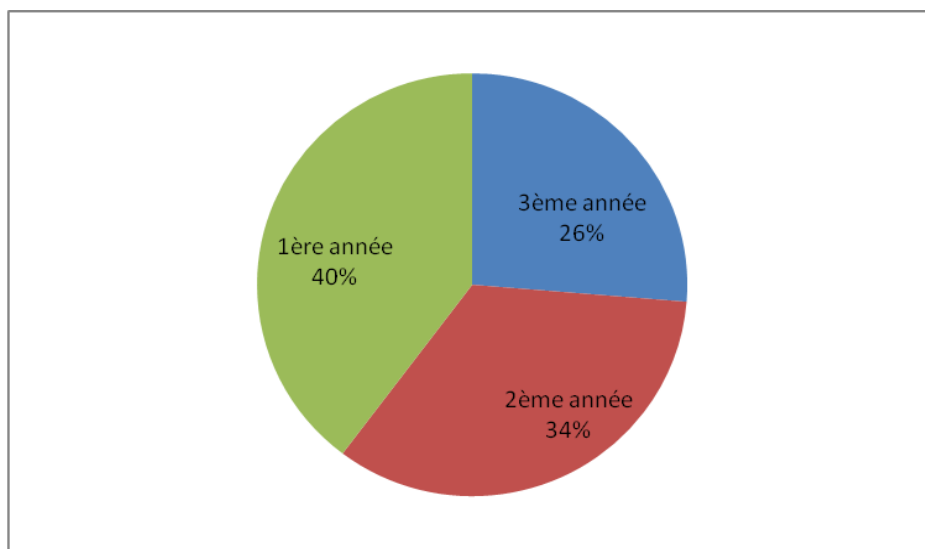
Validation du stage au CHU

51 % des IMG ont validé leur stage obligatoire au CHU; de 29,4% à Clermont-Ferrand à 76% à Saint-Etienne.

Répartition par faculté

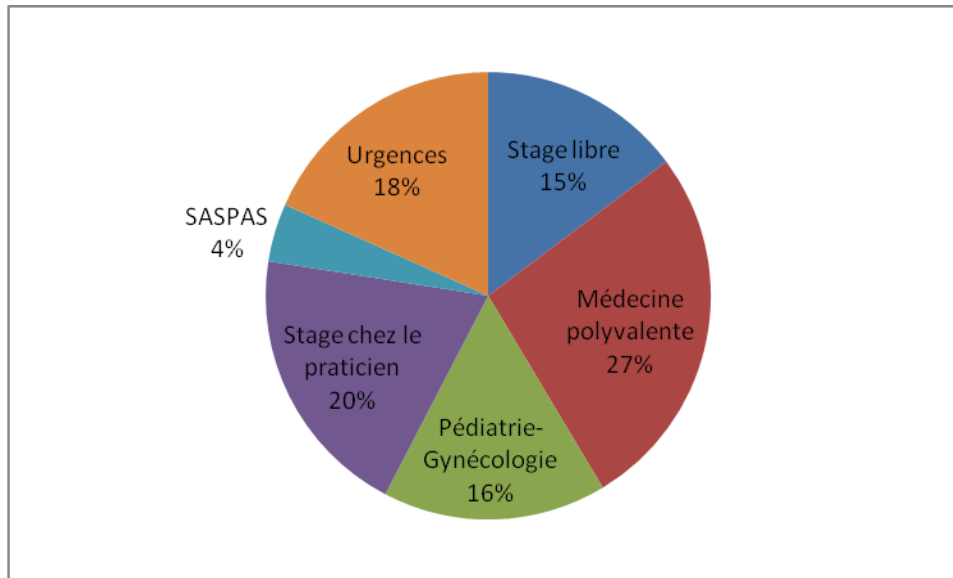


Ancienneté



Les IMG avec plus d'ancienneté sont légèrement moins représentés. Nous pouvons l'expliquer pour 2 raisons : les promotions d'internes plus jeunes sont plus importantes du fait de l'augmentation récente du Numerus Clausus, et l'absence des IMG ayant choisi un SASPAS dans certaines facultés (accessible seulement en dernière année).

Répartition selon le lieu de stage



Volume horaire travaillé, congés, week-ends libres, temps consacré à la vie personnelle

Nombre d'heures travaillées

Le nombre d'heures hebdomadaires travaillées déclarées par les internes était **en moyenne de 48,9 heures**.

Poitiers et Nice sont les CHU avec le plus grand nombre d'heures travaillées par semaine (respectivement 54,02 et 53,84 heures), Toulouse et Amiens sont celles où le nombre est le plus petit (respectivement 45,37 et 45,34 heures).

Nombre de gardes

Un IMG réalise en moyenne **2,55 gardes par mois** ; 0,7 garde pour un IMG en stage ambulatoire et 3,27 pour un IMG en stage hospitalier.

A Nice 72,2% des IMG font plus de 2 gardes par mois alors qu'ils ne sont que 34,5% à Nantes et 34,7% à Grenoble.

Nombre de week-ends libres par mois

En moyenne les IMG ont **2,54 WE libres** par mois ; 2,19 en stage hospitalier et 3,45 en stage ambulatoire.

- 14,1% des IMG déclarent n'avoir qu'un seul voire aucun week-end libre par mois,
- 61,2 % déclarent travailler 1 à 2 week-ends par mois,
- 24,6 % des IMG déclarent avoir tous leurs week-ends de libre.

A Nice seuls 29,2% des IMG ont 3 ou plus WE libres par mois alors qu'ils sont 68,9% à Toulouse.

Nombre de semaines de vacances lors du semestre actuel

4,5% des IMG n'ont pas eu de vacances au cours du dernier semestre. Les IMG ont en moyenne 1,93 semaines de vacances (semestre d'hiver). Il n'y a pas de différence entre les stages ambulatoires (2,02) et les stages hospitaliers (1,90).

Temps consacré à l'entourage

52,7% des IMG déclarent ne pas consacrer assez de temps à leur entourage.
Ces scores varient de 70,8% à Nice, à 40,2% à Saint-Etienne.

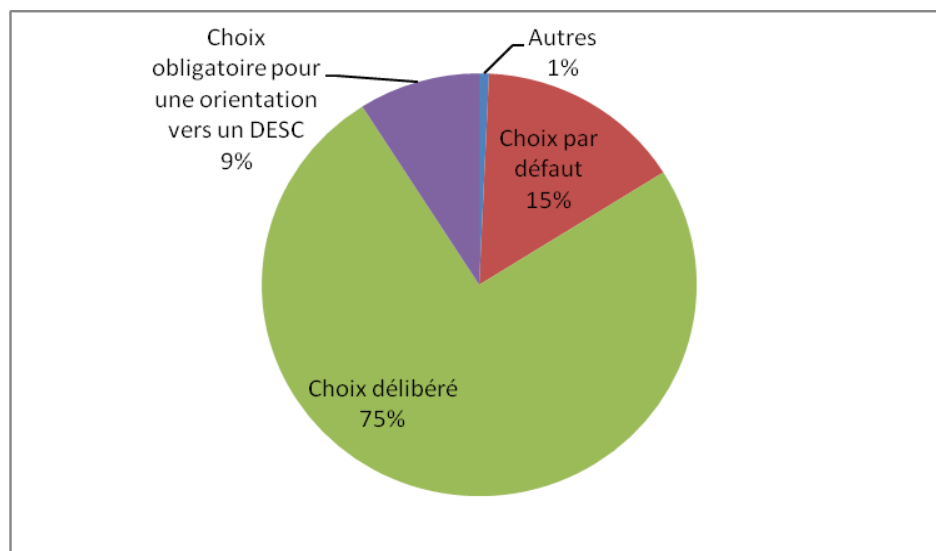
Temps consacré aux loisirs

58,6% des IMG déclarent ne pas consacrer assez de temps aux loisirs.
Les IMG de Grenoble sont les plus nombreux à être satisfaits du temps qu'ils consacrent à leurs loisirs (55,5%) et ceux de Brest les moins nombreux (28,7%).

Obstacle à la maternité

55,1% des IMG considèrent l'internat comme un obstacle à la maternité (38,2% à Saint-Etienne et 73,3% à Bordeaux).

Orientation en Médecine Générale



A Nice seuls 58,3% des internes ont choisi la médecine générale de façon délibérée, a contrario ils sont 87% à Brest.

Regrets PCEM1 et désir de réorientation

36,6% des IMG ne se réorienteraient pas en médecine s'ils en avaient la possibilité.

A Nice 50,7% des IMG ne repasseraient pas PCEM1, contre 27,6% à Brest.

16,7% des IMG interrogés pensent souvent à se réorienter, dont 42 IMG (soit 1%), pensent le faire dans un avenir proche.

A Tours et Nice, cela concerne **22,5% des IMG** ; contre seulement 8,5% à Poitiers.

Cependant 43,7% des IMG n'ont jamais songé à se réorienter.

Avenir professionnel

52,8% des IMG souhaitent faire moins de 2 ans de remplacement ou ne pas en faire.

1/3 des IMG souhaite s'installer en ville et **54,7% en semi-rural**. 4,6% veulent travailler à l'hôpital. **78,6%** des IMG souhaitent une activité en groupe et 16,5% aimeraient être salariés.

Une fois installés : 22,4% des internes ne souhaitent pas réaliser d'astreintes et/ou gardes, 19% ne désirent pas réaliser de visites et 40,7% ne consulteront que sur RDV.

En moyenne les IMG ont la volonté de travailler 8,73 demi-journées par semaine et la durée moyenne de consultation est 19,96 minutes.

Santé des IMG

46,5% des IMG se sentent menacés par le BOS.

12,3% des IMG fument au moins 5 cigarettes par jour.

27,3% déclarent boire au moins 3 verres d'alcool en une prise au moins une fois par semaine.

3,9% des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine et 6,5% prendre ou avoir pris des antidépresseurs pendant leur internat,

12,1% des IMG ont eu recours à un psychiatre ou psychothérapeute au cours de leur internat,

16,2% des IMG pensent qu'ils auraient dû consulter un psychiatre ou psychologue sans pour autant l'avoir fait,

6,1% des IMG ont eu des **idées suicidaires** au cours des 12 derniers mois et 1,4% avoir fait une tentative d'autolyse.

Stress professionnel

30,8% des IMG sont victimes d'insomnies et/ou de rêves en lien avec leur travail, « souvent » voire « tous les jours ».

34,1% des IMG déclarent constater un « ras-le-bol » des médecins seniors « fréquemment » voire « tous les jours », ceci concerne particulièrement les stages aux urgences (45,2%) et en pédiatrie/gynécologie (43,2%).

Formation et reconnaissance

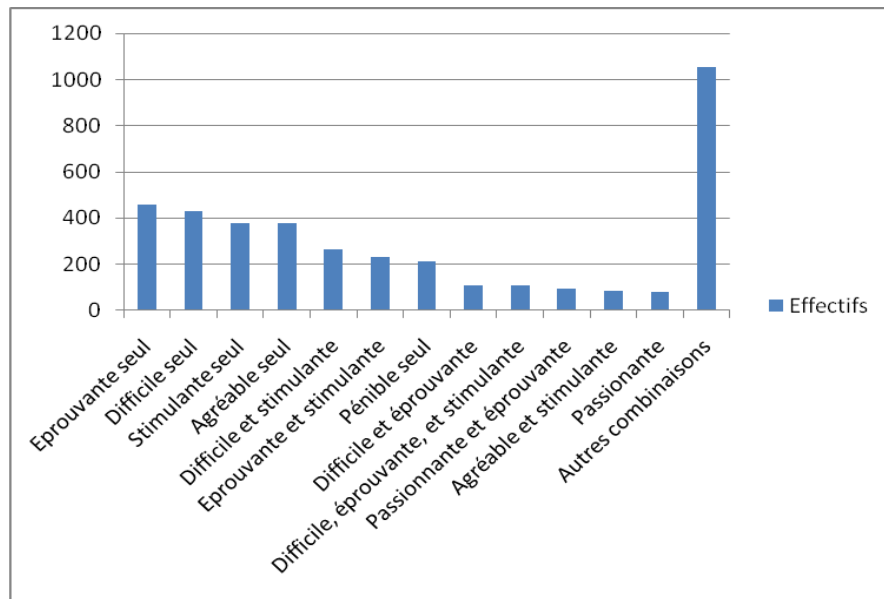
55,2% des IMG estiment être bien accompagnés au cours de leur formation.

34,7% des IMG déclarent n'avoir reçu peu ou pas du tout de reconnaissance de la part de leur senior, versus 7,9% énormément, 25,3% de la part de l'équipe soignante, versus 12% énormément et 20,3% de la part des patients, versus 12,9% énormément,

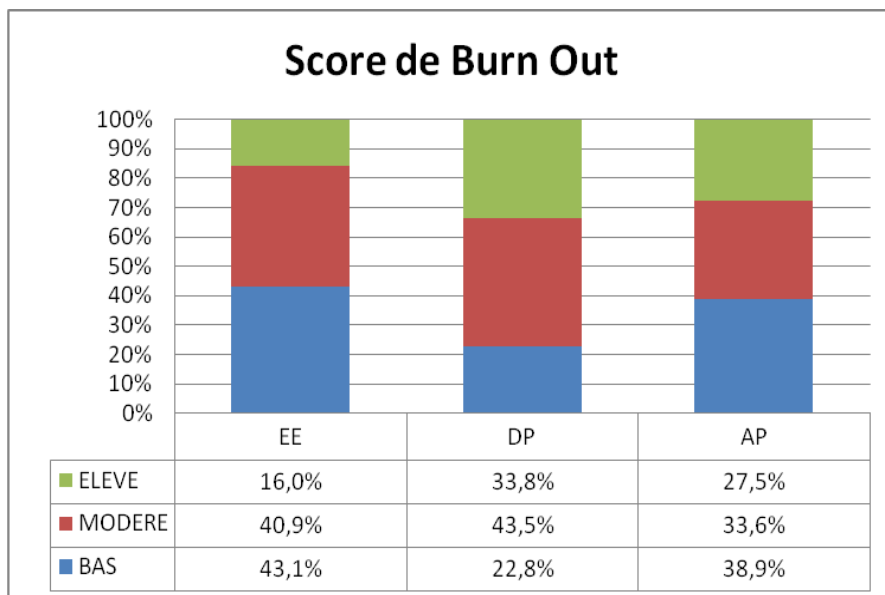
78,5% des IMG s'estiment peu ou pas du tout reconnus à leur juste valeur de manière générale dans leur cursus.

Qualificatifs les plus utilisés pour décrire la période de l'internat

Les qualificatifs proposés étaient : pénible, difficile, éprouvante, insoutenable, agréable, stimulante, et/ou passionnante. Voici les combinaisons les plus retrouvées.



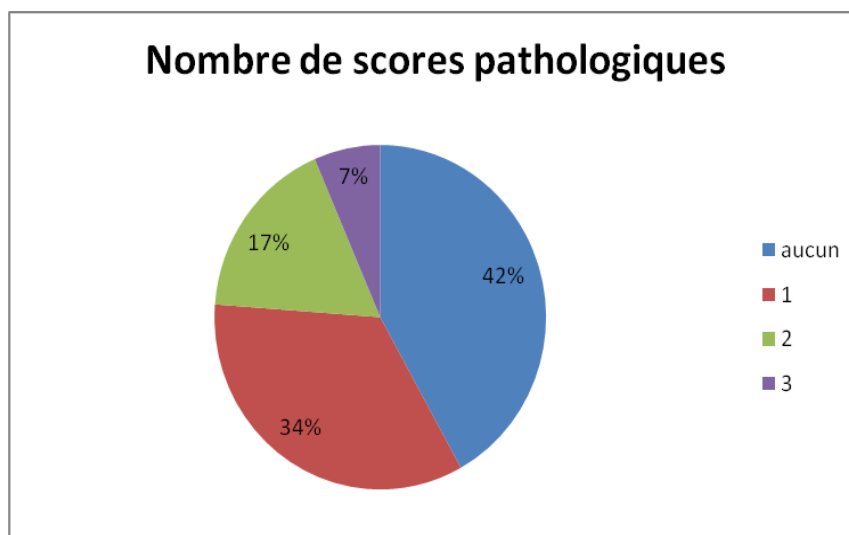
Burn Out Syndrome



Score Moyen EE : 20,0 E-T 9,36

Score Moyen DP : 9,7 E-T 5,17

Score Moyen AP : 34,8 E-T 6,96



Adhésion des IMG aux solutions de prévention proposées

Parmi les solutions proposées :

- 82,5% des IMG pensent que la diminution de la charge de travail serait bénéfique,
- 70% apprécieraient l'attribution d'un tuteur,
- 54,9% sont en faveur de la mise en place de groupe Balint,
- 33,8% majoreraient l'autonomie lors des stages,
- et seulement 30% aimeraient que soit mis en place un numéro d'appel téléphonique d'urgence.

ETUDES DES CORRELATIONS

Etude en fonction de l'âge

57,3% des IMG de > 30 ans se sont orientés délibérément en médecine générale, 73,4% entre 26 et 30 ans et 79,6% chez les < 26 ans. Plus les étudiants sont âgés plus ils pensent « souvent » ou « régulièrement » à quitter médecine (15,1% des ≤ 25 ans vs 17,2% des 26-30 ans vs 25% des ≥ 31 ans).

Il n'y a pas de lien significatif entre l'âge et le regret exprimé de s'être orienté en médecine générale.

La consommation de tabac, d'hypnotiques, d'antidépresseurs et d'alcool ne diffère pas en fonction des âges mais les plus de 30 ans en comparaison des autres populations ont plus souvent eu recours à un psychiatre (19,4% vs 12,8 vs 10,3%) et eu des idées suicidaires (11,7% vs 5,9% pour les 2 autres catégories).

Les IMG de plus de 30 ans se sentent incorrectement accompagnés dans leur parcours de formation (57,8% vs 47,7% vs 36,3% pour les moins de 26 ans), se sentent moins reconnus que les plus jeunes par leurs seniors et l'équipe médicale, mais mieux reconnus par les patients. Globalement ils estiment dans 87% des cas ne pas être reconnus à leur juste valeur (80,6% chez les 26-30 ans et 73,4% chez les moins de 26 ans).

Plus les IMG sont jeunes plus ils trouvent l'internat agréable et stimulant a contrario le qualificatif de passionnant est utilisé à la même fréquence par toutes les catégories.

Les moins de 25 ans craignent souvent de faire une erreur médicale (58,3% vs 54,4 chez les plus de 30 ans et 50,8% chez les 26-30 ans) mais ce sont les plus de 30 ans qui disent faire le plus souvent des erreurs (19,4% vs 14,3% pour les < 25 ans et 10,6% pour les 26-30 ans).

Au niveau des solutions proposées : les résultats sont similaires mais les plus de 30 ans sont plus nombreux à plébisciter la mise en place d'un service d'appel téléphonique (36,3% vs 30,5 et 28,5% chez les 26-30 et < 25 ans respectivement).

Nb : les IMG âgés de plus de 30 ans représentent 2,6% de l'échantillon soit 103 IMG.

- ⇒ **Il semble qu'au fil des âges, la population d'IMG soit plus mécontente et critique vis-à-vis du cursus de l'internat. Cependant les résultats obtenus chez les plus de 30 ans sont à relativiser car ne concernant qu'un très faible pourcentage de la population d'IMG.**

Etude en fonction du sexe

65,4% des femmes et 64,5% des hommes vivent en couple. 8,8% des femmes et 9% des hommes ont au moins un enfant.

Les hommes sont plus nombreux à réaliser plus de 2 gardes par mois (55,5% vs 46,4%), le volume horaire et le nombre de WE libres par mois sont similaires.

Le pourcentage d'hommes et de femmes estimant consacrer suffisamment de temps à leur entourage est similaire (45,3% vs 48,1%) mais pour les loisirs, les hommes semblent plus satisfaits (47,6% vs 38,5%).

77,5% des femmes se sont orientées vers la MG délibérément vs 69,1% des hommes.

48,6% des IMG hommes n'ont jamais pensé à quitter médecine contre 41,4% des IMG femmes par contre ils sont 1,6% à y penser régulièrement contre 0,8% des femmes (soit 20 hommes et 22 femmes).

Les hommes ont moins souvent recours à un psychiatre (6,8% vs 14,5%) et souhaiteraient moins y avoir recours (12,4% vs 18%). Les taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide sont similaires.

Ils craignent moins de faire des erreurs médicales (40,4% vs 59%) mais disent faire autant d'erreur que les femmes (12,5% chez les femmes, 10,7% chez les hommes).

Les IMG masculins sont seulement 19,4% à avoir un retentissement de leur travail sur le sommeil contre 36,1% chez les femmes.

L'estimation de la reconnaissance reçue par l'ensemble du personnel médical et les patients est similaire chez les hommes et les femmes.

- ⇒ **Les différences marquées entre hommes et femmes se retrouvent principalement autour de la formulation du volume horaire lors de l'installation. Les femmes semblent plus fragiles psychologiquement du fait de consultations plus régulières chez les psychiatres et d'une consommation (faiblement) accrue d'hypnotiques et d'antidépresseurs.**

Etude en fonction du statut matrimonial

On compare les IMG en couple ou mariés aux IMG vivant seuls.

45,6% des IMG vivant seuls estiment consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs vs 39%.

69,8% des IMG vivant seuls ont choisi la MG délibérément (vs 77,8% des IMG en couple).

Les IMG vivant en couple sont plus nombreux à n'avoir jamais pensé à quitter médecine (45% vs 41,2%).

Les IMG célibataires sont plus nombreux à fumer de façon importante (15,3% vs 10,7%) et la proportion consommant des hypnotiques et des antidépresseurs est légèrement majorée (respectivement 10,7% vs 8,4% et 7,7% vs 5,9%). Les IMG célibataires sont plus nombreux à avoir eu des idées suicidaires (8,1% vs 5%) mais la proportion d'IMG ayant tenté une autolyse est identique (1,4%).

Le fait d'être en couple ne change pas la proportion de crainte de l'erreur médicale. Les IMG célibataires sont moins sujets aux troubles du sommeil en lien avec leur travail (28,2% vs 32,3%).

⇒ **Il n'a pas été noté de différence significative entre les populations d'IMG en couple ou célibataires.**

Etude en fonction de la validation du CHU

Les IMG ont été séparés en 2 catégories : validation ou non du stage au CHU.

Parmi les internes ayant validé le CHU, ils sont 13,6% à avoir eu recours à un psychiatre contre 10,7% dans l'autre catégorie.

Lorsque leur CHU est validé, les IMG craignent moins souvent de faire une erreur médicale (50,2% vs 56,3%).

Les IMG au CHU validé se sentent moins bien accompagnés dans leur parcours de formation que les autres internes (47,5% vs 40,7% chez les CHU non validé) et estiment globalement recevoir moins de reconnaissance de la part de leurs seniors, de l'équipe médicale et des patients.

Etude des populations d'internes parents

Les IMG ayant au moins un enfant consomment moins d'alcool (3,1% vs 5,6%), moins d'hypnotiques (5,6% vs 9,5%) et autant d'antidépresseurs que les autres IMG. Ils sont moins nombreux à fumer (15,4% vs 22,5%).

Ils se sentent incorrectement accompagnés dans leur parcours de formation (50,3% vs 43,4%), moins reconnus par leurs seniors et l'équipe médicale. Les IMG ne sont reconnus à leur juste valeur selon eux que dans 15,5% des cas vs 22,3% chez les IMG sans enfant.

L'activité d'IMG est souvent décrite comme pénible (20,6% vs 14,8%) et ils la trouvent moins stimulante que les autres internes (29,9% vs 43,3%).

Comme solutions au BOS : La mise en place de groupes Balint, d'un service d'écoute téléphonique ou l'augmentation de l'autonomie sont plus plébiscitées par les IMG ayant un enfant que ceux sans.

- ⇒ **Les IMG parents ressentent la période de l'internat de façon significative plus souvent comme pénible et moins stimulante que les IMG sans enfant.**

Etude par année d'internat

La moyenne du nombre de cigarettes consommées croît avec l'année d'internat (1,68 vs 1,71 vs 2,23).

Le recours au psychiatre et la volonté d'y recourir croissent avec l'année d'internat.

De façon assez logique la crainte de faire fréquemment une erreur médicale décroît avec l'ancienneté (60,1%, 49%, 48,2%) et l'impression d'en faire souvent également (14,4%, 11,2%, 9,3%).

L'insatisfaction quant à la formation des IMG croît avec le nombre d'années d'internat (38,5%, 44,8% vs 51,9%).

Plus l'année d'internat est élevée, moins l'IMG se sent reconnu : par ses chefs, l'équipe médicale, les patients ou de façon globale dans son statut social.

Le qualificatif « agréable » est cité de façon croissante avec l'année d'internat et le qualificatif « stimulant » de façon décroissante.

Dans les solutions proposées : La demande de mise en place de groupes Balint croît avec l'année d'internat (53,5% en 1^{ère} et 2^{ème} année et 59% en 3^{ème} année) ainsi que la volonté d'augmenter l'autonomie de l'interne (30,5% vs 35,3% vs 37%). La demande de tutorat est par contre décroissante avec l'année d'internat (76,7% vs 68,2% vs 62,2%).

- ⇒ **L'étude en fonction de l'année d'internat montre que la souffrance au travail semble augmenter avec les années mais également l'expérience et la confiance en soi. On constate une majoration du recours au psychothérapeute avec l'année.**

Etude en fonction du lieu de stage

Comparaison des populations d'IMG en stage hospitalier et ambulatoire (praticien et SASPAS)

65,4% des IMG en stage hospitalier travaillent plus de 50 heures hebdomadaires vs **17,8%** en stage ambulatoire, **64,1%** de ces IMG font ≥ 3 gardes par mois vs **10,2%**, **30%** ont ≥ 3 WE libres par mois vs **82,7%**.

Respectivement 51,8% et 63,5% des IMG en stage ambulatoire estiment consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs et à leur entourage vs 37,7% et 42,5% en hospitalier.

75,2% des IMG en ambulatoire prennent ≤ 2 semaines de vacances (vs 82,8% en hospitalier).

Il n'y a pas de différence majeure entre les 2 populations quant à la prise de tabac, d'alcool, d'hypnotiques, d'antidépresseurs, de consultation avec un psychiatre, d'idées suicidaires ou de tentative d'autolyse.

Les IMG en stage hospitalier :

- rêvent en proportion plus importante de leurs patients, (33,7% vs 22,8%),
- constatent plus souvent une saturation de la part des seniors (38,4% vs 24,5%),
- trouvent l'interne reconnu à sa juste valeur plus souvent que les IMG en ambulatoire (23,7% vs 17,5%),
- qualifient plus souvent leur activité de difficile (40,4% vs 36,3%) et stimulante (43,6% vs 38,4%) que ceux qui sont en stage en ambulatoire.

- ⇒ **L'IMG en stage hospitalier a une charge de travail plus élevée qu'en stage ambulatoire et est plus préoccupé par ses patients en dehors du contexte professionnel.**

Etude des populations d'IMG à charge de travail importante

IMG travaillant plus de 50 heures hebdomadaires

Il s'agit de 2041 IMG soit 50,4% de l'échantillon.

Les IMG déclarant travailler plus de 50 heures par semaine lors du semestre en cours :

- leur consommation d'hypnotiques, d'antidépresseurs, d'alcool et de tabac est sensiblement identique à ceux qui travaillent moins,
- disent faire plus souvent d'erreurs médicales : 13,1% vs 10,8%,
- rêvent plus souvent de leurs patients : 34,6% vs 25,6%,
- constatent plus souvent un « ras-le-bol » de leurs seniors : 40,3% vs 27,6%,
- sont plus nombreux à estimer recevoir peu voire pas du tout de reconnaissance de la part de leurs seniors : 39,1% vs 29,7%, de l'équipe médicale 26,3% vs 23,9%, et des patients 23% vs 17,3%,
- trouvent la période de l'internat : plus difficile (41,7% vs 36,2%), éprouvante (43,5% vs 35,2%), moins agréable (16% vs 22,8%), mais également plus stimulante (43,3% vs 40,7%) et passionnante (21,8% vs 18,2%),
- il n'y a pas de différence notable sur leurs opinions concernant les solutions proposées vs les IMG qui ont déclaré travailler moins de 50h par semaine.

- ⇒ **Travailler plus de 50 heures hebdomadaires expose donc les IMG à un vécu plus difficile de leur internat.**

IMG faisant plus de 2 gardes par mois

Il s'agit de 1964 IMG soit 49,3% de l'échantillon.

Les tendances sont les mêmes que pour les IMG travaillant plus de 50h par semaine.

Les IMG réalisant plus de 2 gardes par mois :

- se sentent légèrement plus menacés par le BOS (48,7% vs 44,4%),
- il n'est pas montré de différence majeure dans leur consommation de tabac, d'alcool, d'hypnotiques ou d'antidépresseurs ni dans le recours au psychothérapeute, ou dans l'expression d'idées suicidaires,
- 40,2% de ceux réalisant plus de 2 gardes constatent fréquemment un ras-le-bol de la part de leurs seniors vs 28,1% de ceux réalisant ≤ 2 gardes,
- 62,8% se sentent reconnus à leur juste valeur par les seniors vs 67,6%,
- le nombre de gardes ne modifie pas leur perception de l'internat dans sa qualification de pénible, difficile, agréable, passionnante, insoutenable ou stimulante.

IMG ayant moins de 3 week-ends libres par mois

Il s'agit de 2191 IMG soit 55,1 % de l'échantillon.

Les IMG ayant ≤ 2 WE libres par mois :

- se sentent plus menacés par le BOS (49,7% vs 42,3%),
- rêvent plus souvent de leurs patients (34,6% vs 26,1%),
- constatent plus souvent un ras-le-bol de leurs seniors (40,1% vs 26,8%),

- s'estiment moins reconnus par leurs seniors (oui : 61,8% vs 69,7%) et par les patients (77% vs 82,9%),
- trouvent l'internat plus « éprouvant » que leurs confrères (41,4% vs 36,8%).

IMG ayant moins de 3 semaines de vacances dans le semestre

Il s'agit de 3226 IMG soit 81,2% de l'échantillon. Il est important de préciser qu'il s'agit du semestre d'hiver pendant lequel les internes prennent généralement moins de congés.

Les IMG prenant moins de vacances :

- seraient moins nombreux à repasser PCEM1 (62,7% vs 66,8%),
- rêvent plus souvent de leurs patients (32,0% vs 26,4%),
- constatent plus souvent un ras-le-bol de la part de leurs seniors (34,9% vs 31%),
- se sentent moins reconnus par leurs seniors (64,6% vs 68,7%),
- trouvent leur activité plus difficile (39,3% vs 35,9%), plus éprouvante (40,1% vs 36,6%), moins agréable (18,4% vs 23,9%) et moins stimulante (41,2% vs 45%),
- les solutions contre le BOS qu'ils plébiscitent sont : la diminution de la charge de travail (83,4% vs 79,3%) et le tutorat (70,8% vs 66,5%).

⇒ **Il semble donc que souffrance au travail et charge de travail possèdent un lien étroit.**

Population d'IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leur entourage

63,5% des IMG en stage ambulatoire (niveau 1 ou SASPAS) estiment consacrer suffisamment de temps à leur entourage alors qu'ils ne sont que **42,5%** en stage hospitalier.

Les IMG consacrant suffisamment de temps à leur entourage :

- travaillent en moyenne 44,3 heures hebdomadaires contre 53,07 pour ceux qui n'y consacrent pas suffisamment de temps,
- réalisent en moyenne 2,19 gardes contre 2,9 pour l'autre catégorie,
- ont en moyenne 2,84 WE libres par mois (2,26 pour l'autre catégorie),
- sont plus nombreux à n'exprimer aucun regret quant à leur orientation en médecine en passant le concours PCEM1 (**67,9 vs 59,7%**),
- sont plus nombreux à ne jamais avoir pensé à quitter médecine (47,8% vs 40%),
- consomment moins d'hypnotiques (7,6 vs 10,7%),
- ont moins souvent recours à un psychiatre (10,6 vs 13,4%) ou souhaitent moins y avoir recours (**12,1% vs 20%**),
- ont moins d'idées suicidaires (**4,2% vs 7,8%**),
- rêvent moins souvent de leurs patients (**24% vs 37%**),
- constatent moins de ras-le-bol de la part de leurs seniors (**26% vs 41,4%**),
- estiment être mieux reconnus de la part des seniors, du personnel soignant, des patients et de façon globale.

⇒ **Les IMG se sentant correctement entourés au niveau familial semblent « protégés » vis-à-vis du BOS et vivre plus sereinement leur internat.**

Etude des populations d'IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs

Les IMG consacrant suffisamment de temps à leurs loisirs :

- sont moins nombreux à regretter le passage du concours PCEM1 (34,1% vs 38,1%),

- sont plus nombreux à ne jamais avoir songé à quitter médecine (47,9% vs 40,6%),
- consomment plus d'alcool (6,6% vs 4,6%), moins d'hypnotiques (7,2% vs 10,6%), moins d'antidépresseurs (5,3% vs 7,4%),
- éprouvent moins le besoin d'avoir recours à un psychiatre (12,2% vs 19,1%), ont moins d'idées suicidaires (4,9% vs 6,9%) et ont moins réalisé de tentatives d'autolyse (1,1% soit 18 IMG vs 1,8% soit 37 IMG),
- rêvent moins de leurs patients (25,0% vs 35%), constatent moins de « ras-le-bol » de leurs seniors (29,4% vs 37,4%),
- se sentent mieux reconnus par leurs seniors (**71,3% vs 61%**), par l'équipe soignante (**79% vs 71,8%**), par les patients (81,9% vs 78%), et de manière globale (**27,1% vs 17,5%**).

⇒ **Les IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs se sentent moins à risque de BOS et mieux accompagnés par l'équipe médicale de manière générale.**

Population d'IMG considérant l'internat comme un obstacle à la maternité

1704 internes considèrent que l'internat est un obstacle à la maternité (55,1% des répondants).

29,7% seulement des internes parents considèrent l'internat comme un obstacle, vs 57,8% des internes qui n'ont pas d'enfant.

Plus l'interne progresse dans son internat moins il voit l'internat comme obstacle à la maternité (Non : 41,9%, 44,1%, 50%).

Ceux qui ont répondu « non » à la question obstacle à la maternité travaillent en moyenne 46,75 heures hebdomadaires vs 50,20 heures.

Il n'y a pas de différence importante parmi ceux qui considèrent l'internat comme un obstacle à la maternité avant et après avoir validé le CHU.

Motivation à s'orienter vers la médecine générale

65,5% des IMG s'étant orientés délibérément vers la médecine générale repasseraient PCEM1 vs 57,9%.

15,2% des IMG voulant quitter la médecine ont choisi la médecine générale de façon délibérée vs 21,4% pour la catégorie choix par défaut et autre.

Ceux qui ont choisi la médecine générale par défaut :

- fument en moyenne 2,8 cigarettes (choix par défaut et autre) vs 1,51 (choix délibéré),
- ne montrent pas de différence franche dans leur consommation d'hypnotiques, d'alcool, d'antidépresseurs ou dans le recours ou la volonté de recours à un psychiatre,
- ont plus d'idées suicidaires (8,6% vs 5,2%) et ont réalisé plus de tentatives d'autolyse (2,8% vs 0,9%),
- se sentent incorrectement accompagnés dans leur parcours de formation à hauteur de 50,5% vs 42%,
- estiment recevoir peu ou pas de reconnaissance des seniors (39,2% vs 33,2%) ; des patients (24,8% vs 18,8%), de leur statut (82,8% vs 77,1%),
- trouvent leur activité plus pénible (18,7% vs 14,1%) mais pas plus difficile (39,1% vs 38,4%).

Les groupes Balint (57,4% vs 47,6%) et la diminution de la charge de travail (84,3% vs 77,1%) sont plus préconisés par ceux qui ont fait un choix délibéré que les autres.

⇒ **Les IMG s'étant orientés par défaut en médecine générale se sentent pour plus de la moitié, incorrectement accompagnés dans leur parcours de formation.**

Etude des IMG envisageant fréquemment de quitter médecine

Ils sont représentés par les IMG qui pensent souvent ou régulièrement à quitter médecine.

67,9% de ces IMG se sont orientés délibérément vers la médecine générale.

Parmi ceux qui ne repasseraient pas PCEM1 : Ils sont 28,2% à penser fréquemment à quitter médecine vs 9,8% chez ceux souhaitant repasser PCEM1.

Etude des IMG se sentant menacés par le Burn Out Syndrome

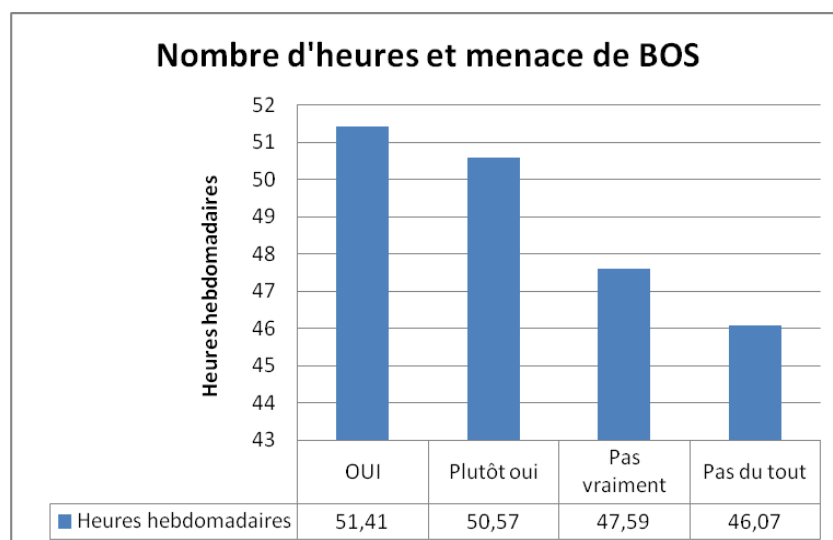
Les IMG de plus de 30 ans se sentent menacés par le BOS et de façon significativement plus importante que leurs homologues plus jeunes (64,4% vs 47,3% pour les 26-30 ans et 43,7% pour les 25 et moins).

Parmi les IMG se sentant menacés par le BOS :

- Les femmes sont plus nombreuses (**48,2% vs 42,9%**). Les IMG en couple ou seuls sont menacés par le BOS de façon similaire (46,4% vs 46,8%), de même pour les IMG parents,
- 48,7% ont validé le CHU vs 44,1%,

La proportion d'IMG se sentant menacée par le BOS varie peu avec les années d'internat déjà effectuées (45,3% vs 46,9% vs 48%).

Les IMG consacrant suffisamment de temps à leur entourage se sentent moins menacés par le BOS (**33,5% vs 58,4%**), et de la même façon pour ceux consacrant suffisamment de temps à leurs loisirs (**35,5% vs 54,4%**).



49,7% des IMG ayant ≤ 2 WE libres par mois se sentent menacés par le BOS vs 42,3%.

Les IMG ayant ≤ 2 semaines de vacances dans le semestre se sentent plus souvent menacés par le BOS (47,3% vs 43,1%).

44,4% des IMG faisant ≤ 2 gardes par mois se sentent menacés par le BOS vs 48,8%.

Parmi les IMG s'étant orientés par défaut en médecine générale, ils sont 49,5% à se sentir menacés par le BOS vs 45,5% si délibéré.

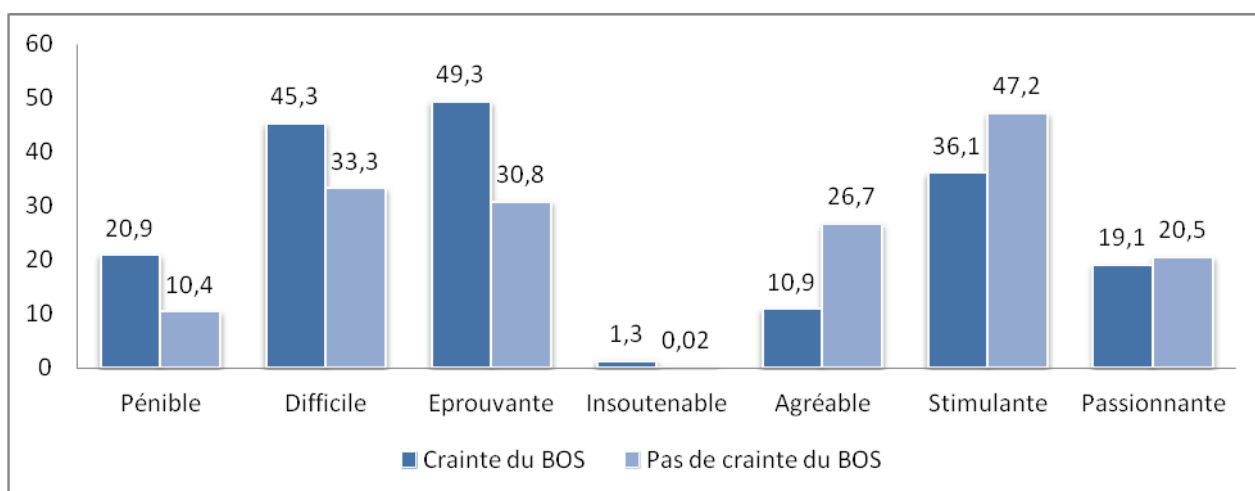
43,6% des IMG se sentant menacés par le BOS feraient des astreintes lors de leur exercice futur (vs 56% chez ceux ne se sentant pas menacés). Tous les IMG veulent travailler un peu plus de 8,5 demi-journées.

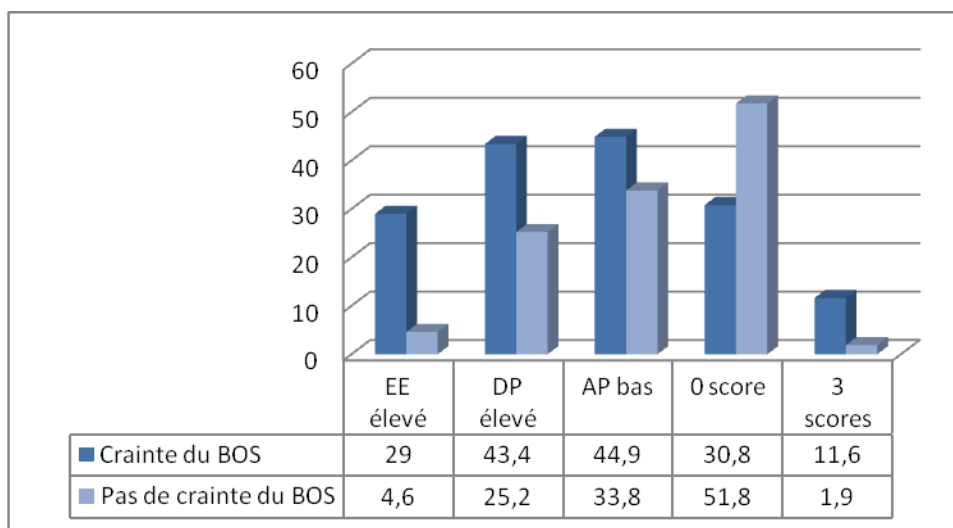
55,4% des IMG qui ne repasseraient pas PCEM1 se sentent menacés par le BOS vs 44,6%.

Les IMG en stage hospitalier ne se sentent pas plus menacés par le BOS (46,4% vs 44,6%) que les IMG en stage ambulatoire.

Les IMG se sentant menacés par le BOS :

- fument plus que ceux ne se sentant pas menacés (13,19% vs 6,71%),
- **13,2%** consomment des hypnotiques vs **5,2%** et **10,6%** des antidépresseurs vs **3%** chez ceux ne se sentant pas menacés,
- **18,4%** ont recours à un psychiatre vs **6,8%** et **19,8%** ont la volonté d'y recourir vs **8,3%**,
- **10,7%** de ces IMG ont des idées suicidaires vs **2,1%** et **2,2%** ont réalisé une tentative d'autolyse vs **0,07%**,
- 39,3% des IMG sont préoccupés par leurs patients dans leur vie quotidienne vs 23,4% chez ceux ne se sentant pas menacés.
- 62,1% craignent régulièrement de faire des erreurs médicales (vs 45,5%) et 15,4% disent faire fréquemment des erreurs vs 8,9%,
- 42,8% ressentent un ras-le-bol fréquent de la part de leur senior vs 26,6%,
- 48,3% estiment être correctement accompagnés dans leur parcours de formation vs 62,4%,
- 57,6% estiment être correctement reconnus par leurs seniors vs 72%,
- 68,6% estiment être reconnus par l'équipe soignante vs 80% et 77,1% par les patients vs 81,7%,
- Ils sont 14,7% à se sentir reconnus de manière globale vs 27,4%.





Parmi les solutions plébiscitées par les IMG se sentant menacés par le BOS :

- La diminution de la charge de travail serait utile pour 86,5% des IMG (vs 79%),
- Concernant l'autonomie et l'attribution d'un tuteur, il n'y a pas de différences entre les 2 groupes,
- 58,2% seraient favorables à l'instauration de groupes Balint vs 51,9%,
- 34% souhaiteraient la mise en place d'une ligne d'appel téléphonique vs 26,6%.

⇒ **Les IMG se sentant menacés par le BOS sont 25% à vouloir se réorienter fréquemment. Ceux qui ne se sentent pas menacés sont 9,5%.**

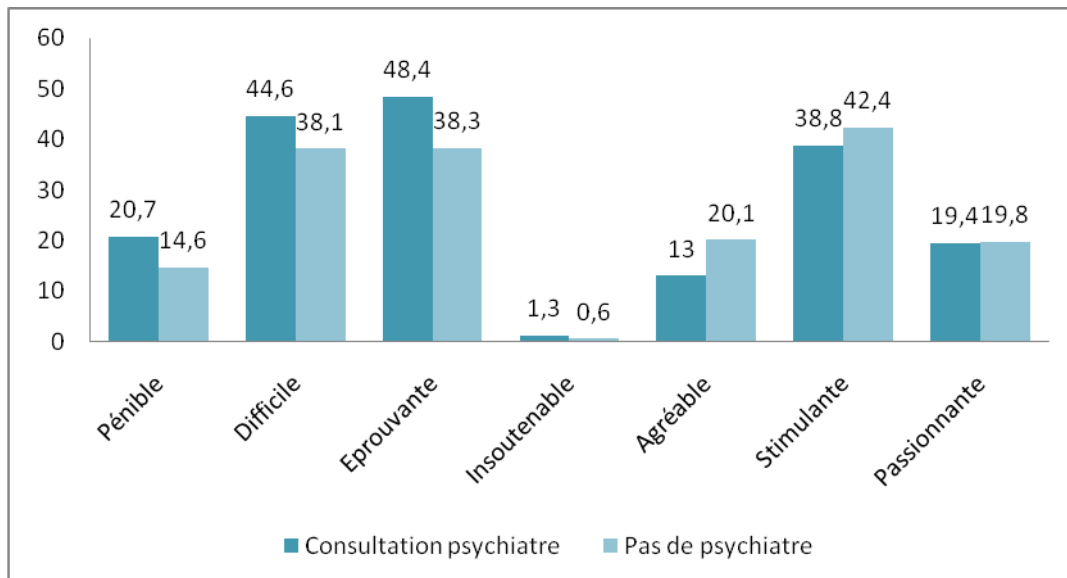
Etude des IMG ayant consulté un psychothérapeute

Cela concerne 488 internes soit 12,1% de la population des IMG.

Les IMG ayant eu recours à un psychiatre au cours de leur internat seraient plus nombreux à ne pas repasser PCEM1 s'ils en avaient la possibilité que ceux n'ayant pas consulté (**48% vs 34,9%**). Ils sont également plus du double des autres IMG à penser souvent/ régulièrement à quitter médecine (**32,9% vs 14,4%**).

70,2% des IMG consultant un psychiatre se sentent menacés par le BOS vs 43,2%.

Les IMG consultant un psychiatre ont des consommations d'hypnotiques (28,3% vs 6,5%) et d'antidépresseurs (41,9% vs 1,7%) augmentées.



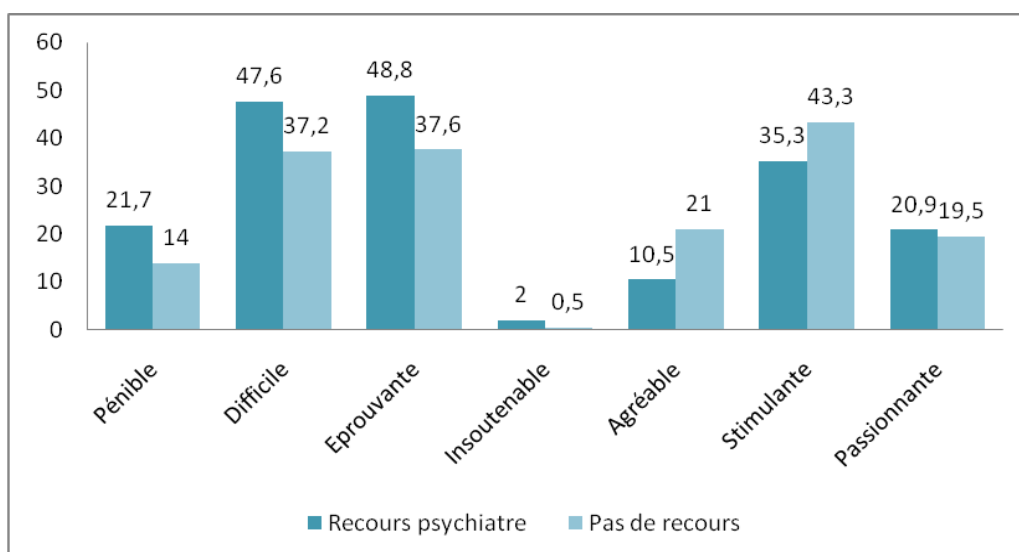
⇒ **Les IMG ayant eu recours à un psychothérapeute sont une population à risque de BOS : ils se disent 2 fois plus menacés par le BOS (70,2% vs 43,2%) et songent 2 fois plus souvent que les autres à quitter médecine.**

IMG souhaitant avoir recours à un psychiatre

Cela concerne 658 internes soit 16,2% de la population d'IMG.

Les IMG souhaitant avoir recours à un psychiatre mais ne l'ayant pas fait seraient plus nombreux à ne pas repasser PCEM1 (48,1% vs 34,1%) et pensent souvent à quitter médecine (29,4% vs 14,3%). Les populations d'IMG consultant un psychiatre ou souhaitant en voir un sont comparables : les IMG se sentent menacés par le BOS dans des proportions similaires (72,6% vs 41,5%).

La consommation de tabac et d'alcool n'est pas sensiblement différente entre les 2 populations par contre ils consomment plus d'hypnotiques (16,2% vs 7,8%) et autant d'antidépresseurs (7,3% vs 6,4%).



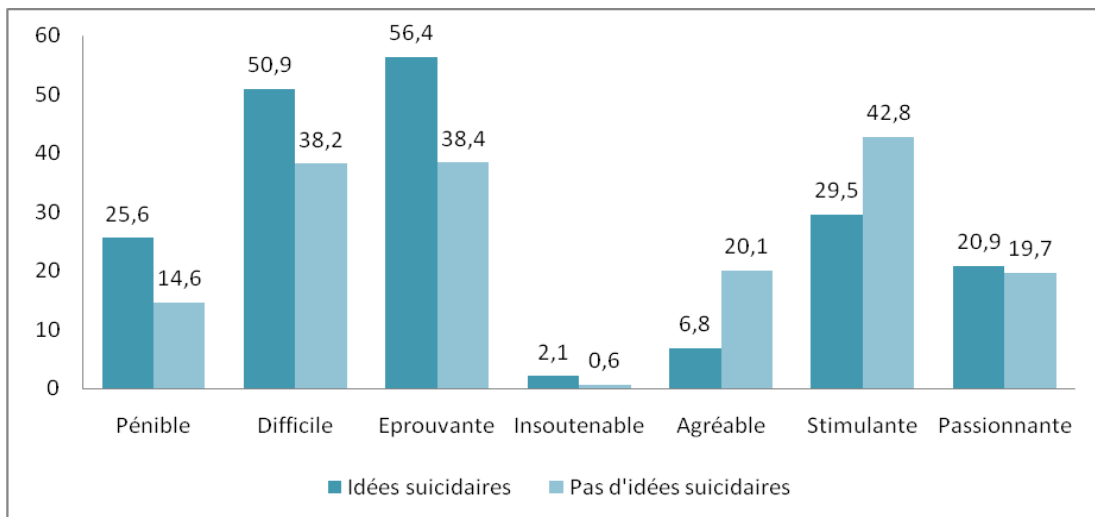
Etude des IMG ayant des idées suicidaires (IS)

L'effectif est de 245 IMG soit 6,1% de la population des internes.

Les IMG ayant des idées suicidaires ne repasseraient pas PCEM1 dans 54,7% des cas alors qu'ils sont 35,2% dans le cas contraire. Ils sont également 3,5 fois plus nombreux à penser à quitter médecine souvent ou régulièrement (**43,9% vs 14,9%**).

81,6% des IMG avec idées suicidaires se sentent menacés par le BOS alors qu'ils sont **44,2%** en l'absence d'idées suicidaires.

La consommation de tabac est légèrement augmentée dans la population avec IS (15,9% vs 12,1%), la consommation régulière d'alcool est doublée (10,2% vs 5,1%), la consommation d'hypnotiques multipliée par 4 (**28,6% vs 7,9%**) et d'antidépresseurs par 6 (**29,8% vs 5%**).



⇒ **Ces IMG constituent une population à risque : ils consomment plus d'hypnotiques et d'antidépresseurs et les 4/5 se sentent menacés par le BOS.**

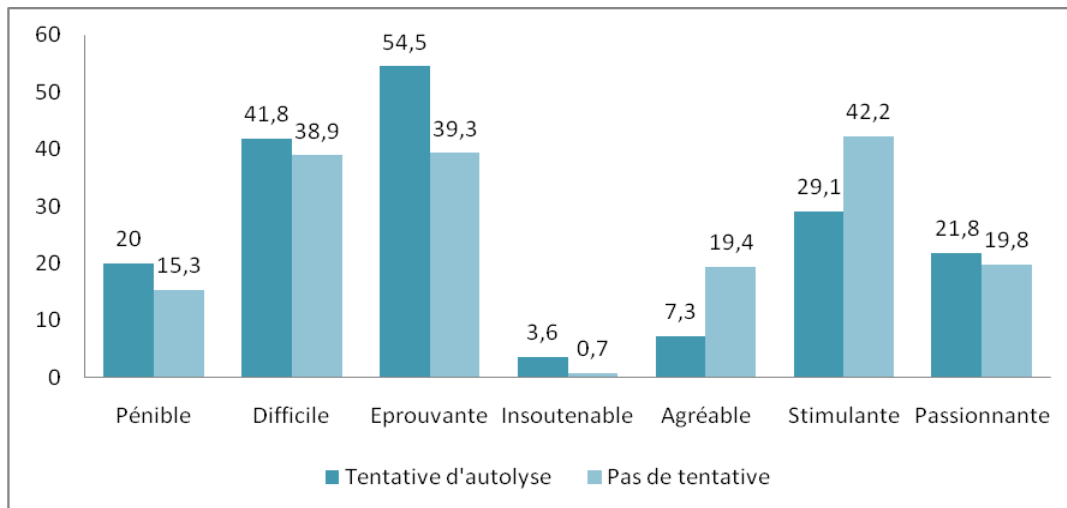
Etude des IMG ayant tenté une autolyse

L'effectif est de 55 internes soit 1,4% de la population des IMG.

50% des IMG ayant tenté de se suicider ne repasseraient pas PCEM1 vs 36,2% en l'absence de tentative. De façon comparative à ceux qui ont des idées suicidaires, ils sont 40% à penser souvent à changer d'orientation vs 16,3% dans l'autre catégorie.

72,7% des IMG ayant réalisé une TS se sentent menacés par le BOS (moins que ceux qui ont des idées suicidaires), ils sont 46,1% dans l'autre catégorie.

La consommation de tabac est réellement plus élevée que dans les 3 catégories précédentes (29,1% vs 12%), de même que d'alcool (9,1% vs 5,3%), d'hypnotiques (40% vs 8,7%) et d'antidépresseurs (50,9% vs 5,8%).



- ⇒ **Les résultats tendent à montrer que les populations ayant répondu oui à au moins une des questions 24 à 27 : craignent plus souvent de faire une erreur médicale, pensent plus souvent faire une erreur médicale, sont plus préoccupés par leurs patients la nuit (différentiel d'environ 10%), et constatent plus souvent que leurs collègues une saturation de la part de leurs seniors (Δ d'environ 8%).**
- ⇒ **Il en est de même pour l'appréciation de la formation et de la reconnaissance par les seniors, l'équipe médicale, les patients et du statut de l'interne.**

IMG craignant de faire et pensant faire fréquemment des erreurs médicales

Les IMG anxieux quant au risque de faire des erreurs dans leur pratique :

- seraient plus nombreux à ne pas repasser PCEM1 (39,4% vs 33%),
- se sentent plus menacés par le BOS (**54,3%** vs 37,7%),
- consomment légèrement plus d'hypnotiques et d'antidépresseurs (respectivement 10,7% vs 7,5% et 7,7% vs 5,1%),
- ont plus souvent recours à un psychiatre ou souhaiteraient y avoir recours (14% vs 9,9% et 19,7% vs 12,4%). Ils ne présentent pas de risque suicidaire majoré.

Dans 19% des cas, ils pensent faire souvent des erreurs vs 3,9% chez leurs collègues et rêvent 2 fois plus souvent de leur pratique (40,3% vs 20%).

Cette crainte de l'erreur s'accompagne d'une impression de non-reconnaissance par les seniors (37,5% vs 31,5%) et l'équipe soignante (27,3% vs 22,9%).

Il y a des différences parmi les qualificatifs donnés à l'internat : difficile (43,2% vs 34,1%), éprouvante (44,2% vs 34,1%) et agréable (14,9% vs 24,1%).

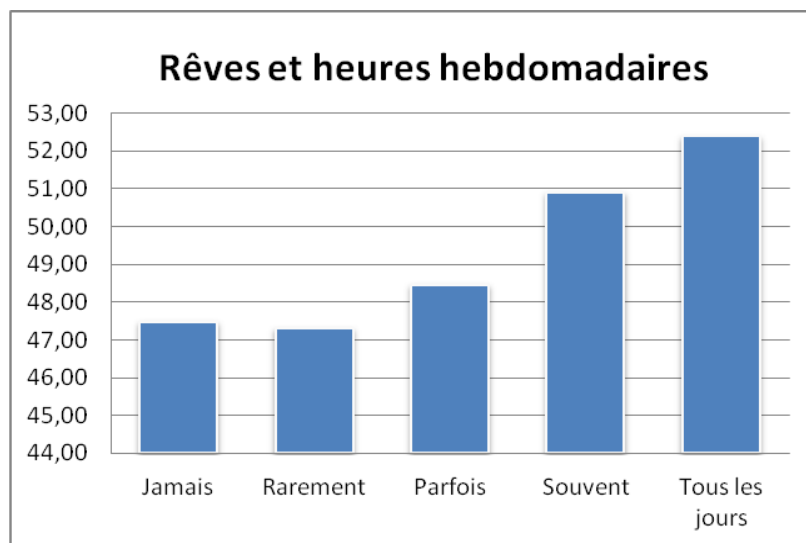
Parmi les solutions plébiscitées : la citation des groupes Balint et de l'affiliation d'un tuteur est un peu plus importante parmi la catégorie de ceux qui craignent de faire régulièrement des erreurs médicales (respectivement 58,2% vs 51,1% et 72,6% vs 67%).

Les IMG pensant faire régulièrement des erreurs médicales ont des résultats similaires à ceux craignant d'en faire:

- Ils seraient plus nombreux à ne pas repasser PCEM1 (43,3% vs 35,1%),
- Ils sont plus nombreux (28,8%) à penser régulièrement à quitter médecine, vs 15,1%,
- **60.1%** se sentent menacés par le BOS vs 44,7%,
- Leur consommation d'hypnotiques est doublée (15,8% vs 8,3%) ainsi que celle d'antidépresseurs (11,7% vs 5,8%),

- Ils ont plus souvent recours à un psychiatre (19% vs 11,2%), ou souhaiteraient y avoir recours (25,8% vs 15%),
 - L'idéation suicidaire est plus élevée (13% vs 5,1%) que chez ceux pensant faire peu d'erreurs médicales. La proportion d'IMG rêvant de leur pratique est importante (52,6% vs 27,9%).
- ⇒ **Les IMG pensant et craignant de faire régulièrement des erreurs médicales sont un groupe à risque de BOS et de fragilité psychologique.**

IMG préoccupés fréquemment par leurs patients en dehors du contexte professionnel



34,6% des IMG travaillant ≥ 2 WE par mois rêvent de leur patients vs 26,1%.

Ceux qui ont 3 scores morbides sont 48,1% à être préoccupés par leurs patients en dehors du contexte professionnel vs 25,4%.

Facteurs associés au Burn Out Syndrome

Le sexe

On constate que le sexe masculin est un facteur de risque pour les sous-dimensions morbides EE (17,1% des hommes vs 15,4% des femmes) et DP (**44,7% vs 28,8%**). Il n'y a pas de différence en termes de prévalence concernant l'accomplissement personnel. De même on constate que 7,8% des hommes présentent les 3 scores pathologiques vs 5,8% des femmes. A contrario 44,3% des femmes ne présentent aucun score morbide vs 36,7% des hommes.

- ⇒ **On peut donc considérer d'après ces résultats, qu'être un homme est un facteur de risque de BOS ; ce lien est d'autant plus marqué pour le paramètre dépersonnalisation.**

L'âge

Etre âgé de plus de 30 ans représente un facteur de risque de BOS. 9,5% des IMG de plus de 30 ans ont 3 scores pathologiques vs 6,7 % des 26-30 ans et 5,7 % des < 26 ans. 37,9% des > 30 ans ont 0 score pathologique vs 42,4% des 26-30 ans. Chez ces plus de 30 ans c'est le

score d'épuisement émotionnel qui varie le plus par rapport aux moins de 26 ans (24% vs 14,6%).

- ⇒ **Plus les IMG sont âgés plus ils sont en épuisement émotionnel important, ce qui n'est pas le cas pour les autres paramètres du BOS.**

Le statut matrimonial

Le statut marital n'est pas un facteur de risque de BOS. Les scores d'EE, de DP élevés et d'AP bas ne varient pas entre les 2 catégories. Il existe une même proportion d'IMG célibataires ou en couple avec 3 scores ou 0 score pathologique.

Le nombre d'enfants à charge

La parentalité ne modifie pas les scores d'EE mais le score de DP élevé est moindre (29,8% vs 34,2%) et celui d'AP bas est plus faible chez les IMG sans enfant (39,2% vs 35,3%).

- ⇒ **Le fait d'avoir un enfant semble cependant protéger du risque de BOS (0 score morbide: 47,8 % vs 41,5% chez ceux sans enfant).**

IMG considérant l'internat comme un obstacle à la maternité

Ceux qui considèrent l'internat de MG comme un obstacle à la maternité sont 8,9% à présenter les 3 scores pathologiques (vs 3,3%). Ils sont 36,3% à n'avoir aucun des 3 scores (vs 49,2%). Ils sont 23,1% à avoir un score d'EE élevé (vs 8,1%), 38,7% à avoir un score de DP élevé (vs 27,5%) et 41,6% à avoir un AP bas (vs 35,1%).

Validation du CHU

Parmi les IMG ayant validé le CHU, la proportion d'internes avec un score élevé d'EE et de DP est légèrement plus importante (respectivement 17,4% vs 14,3% et 35% vs 32,5%) ; les scores d'AP bas ne varient pas.

- ⇒ **Ceux ayant validé le CHU sont 7,6% à avoir 3 scores morbides vs 5,4% dans l'autre catégorie.**

L'année d'internat

Les IMG en 1^{ère} et 2^{ème} année sont légèrement plus dépersonnalisés que les 3^{èmes} années (34,6% vs 31,6%). L'AP élevé est croissant de la 1^{ère} à la 3^{ème} année (24% vs 27,3% vs 32,8%).

Les chiffres de BOS sont peu modifiés par l'année d'internat (seule la DP baisse) et la proportion d'IMG ayant 0 score morbide est plus importante en 2^{ème} et 3^{ème} année qu'en 1^{ère} année (43% et 44,1% vs 39,5%).

Le lieu de stage

En ce qui concerne le terrain de stage, on observe un net clivage entre stages ambulatoires (Niveau 1 et SASPAS) et stages hospitaliers ; les urgences sont particulièrement touchées. En effet les IMG effectuant leur stage en ambulatoire sont nettement moins concernés par le BOS que ce soit en termes de prévalence ou de scores moyens.

Scores moyens de chaque dimension du BOS en fonction du lieu de stage			
	EE	DP	AP
Stage libre	19,71	9,36	34,87
Médecine polyvalente	20,24	9,47	34,33
Pédiatrie-Gynécologie	19,57	9,98	34,82
Ambulatoire niveau 1	19,25	9,31	35,40
SASPAS	19,74	8,86	36,42
Urgences	20,78	10,92	34,59
Total	19,94	9,74	34,84

	Urgences	Médecine polyvalente	Stage libre	Pédiatrie/Gynécologie	SASPAS	Ambulatoire niveau 1
EE élevé	19,8%	16,5%	15,4%	16%	14,7%	12,2%
DP élevé	42,3%	32%	31,8%	37,3%	27,6%	28,3%
AP bas	41%	41%	37,6%	38,5%	34,6%	36,1%
0 score morbide	34,4%	42,4%	44,7%	40,4%	46,7%	45,8%
1 score morbide	35,6%	33,5%	33,2%	34,2%	32,2%	36,4%
2 scores morbides	21,6%	17,3%	16,1%	18,8%	15,8%	13,3%
3 scores morbides	8,5%	6,8%	5,9%	6,7%	5,3%	4,5%

Prévalence d'IMG dans chaque sous-dimension morbide du BOS en fonction du lieu de stage

Seuls **4,7%** des IMG en stages SASPAS ou praticien présentent les 3 scores morbides (**7,3%** en stages hospitaliers) ; 45,9% des IMG en ambulatoire n'ont aucun score morbide vs 39,7% en hospitalier.

IMG travaillant plus de 50 heures hebdomadaires et/ou plus de 2 gardes par mois

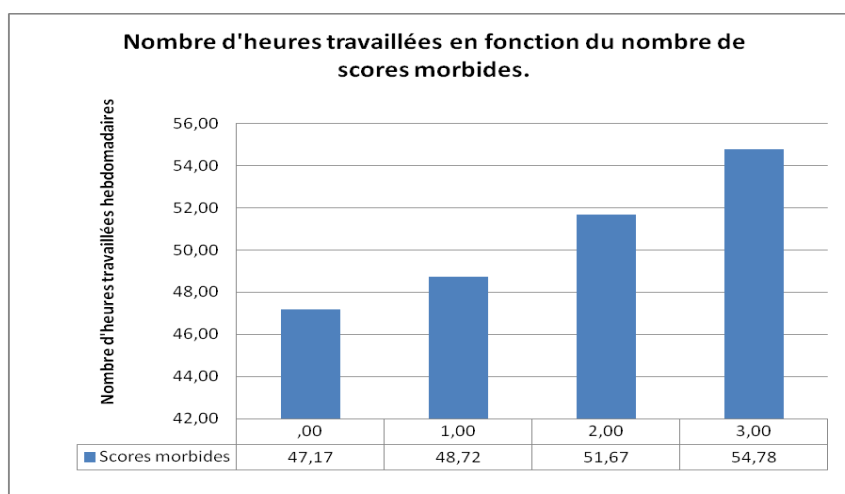
Les IMG travaillant plus de 50h par semaine :

- sont plus nombreux à avoir un score d'EE élevé : 20,3% vs 10,9%, un score de DP élevé : 38,8% vs 28,8 % et un score d'AP bas : 40,6% vs 36,9%,
- sont 2 fois plus nombreux à présenter 3 scores pathologiques : 8,5% vs 4,2%.
- 37,5% des IMG ont 0 score morbide vs 46,5%,

37,9% des IMG faisant plus de 2 gardes par mois présentent un score de DP élevé vs 30% ; la différence est moins marquée pour les scores d'EE (17,1% vs 14,8%) et d'AP (40,3% vs 37,6%).

⇒ **La charge de travail hebdomadaire et le nombre de gardes constituent donc des facteurs de risque de BOS pour la sous-dimension EE. Pour la DP, la charge de travail hebdomadaire est un facteur de risque.**

Nombre de gardes par mois	0 score	1 score	2 scores	3 scores
0 (879 IMG)	48,6%	33,2%	13,6%	4,5%
1 (345 IMG)	42,7%	35,6%	15,9%	5,8%
2 (798)	39,4%	35,8%	18,3%	6,5%
3 (727)	39,0%	33,4%	20,7%	6,8%
4 (616)	39,0%	35,8%	17,6%	7,5%
5 (276)	39,7%	37,2%	14,9%	8,3%
6 (155)	44,1%	25,7%	20,6%	9,6%
≥7 (190)	37,9%	36,1%	18,9%	7,1%



IMG ayant moins de 3 WE libres par mois

La tendance est identique aux IMG déclarant faire plus d'heures et/ou plus de gardes :

- prévalence de score EE élevé : 19,8% vs 11,4%,
- prévalence de score DP élevé : 38,9% vs 27,7%,
- prévalence de score AP bas : 41,7% vs 35,5%,
- prévalence d'IMG présentant les 3 scores pathologiques : 8,6% vs 4,0% et 0 score morbide (36,5% vs 48,3%).

IMG ayant moins de 3 semaines de vacances dans le semestre

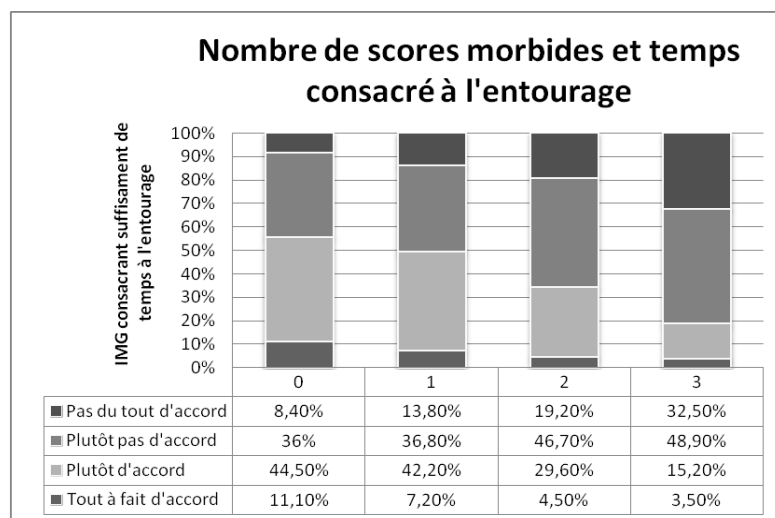
Ils sont modérément plus en EE (16,8% vs 13,1%) mais il n'y a pas de variation des scores d'AP et de DP. Il n'existe pas de différence majeure concernant les proportions en fonction du nombre de score pathologique.

IMG consacrant suffisamment de temps à leur entourage

L'épuisement émotionnel est nettement moindre (6,7% vs 24,23%), la dépersonnalisation également (26,1% vs 40,7%). Le score d'AP bas varie faiblement (36,2% vs 41,4%).

Le taux de BOS est significativement moins important : 3 scores de BOS : 2,5% vs 10%, 0 score pathologique : 49,2% vs 35,3%.

⇒ **Le fait qu'un interne estime être suffisamment entouré constitue un facteur protecteur du BOS.**



IMG estimant consacrer suffisamment de temps à leurs loisirs

Les IMG consacrant suffisamment de temps à leurs loisirs sont moins nombreux à avoir une sous-dimension du MBI pathologique : EE élevé (9,4% vs 20,6%), DP élevée (29,5% vs 36,8%), d'AP bas (35,1% vs 41,5%),

Ils sont moins nombreux à avoir les 3 sous-dimensions morbides (3,3% vs 8,7%).

Ils sont plus nombreux à n'avoir aucun score pathologique (47,7% vs 37,9%).

⇒ **Le fait qu'un interne estime consacrer suffisamment de temps à ses loisirs constitue un facteur protecteur du BOS.**

Etude de la motivation à s'orienter vers la médecine générale

Les IMG s'étant orientés par défaut en médecine générale sont plus nombreux à avoir des scores élevés de BOS : EE élevé : 19,7% vs 14,7%, DP élevée : 39,2% vs 31,9%, AP bas : 44,6% vs 37%.

9,3% de ces IMG ont les 3 scores de BOS élevés (vs 5,5%) et 35,3% vs 44,1% n'ont aucun paramètre du BOS.

Etude des IMG souhaitant fréquemment quitter médecine

Parmi les IMG souhaitant quitter médecine, 34,3% ont un EE élevé, 48,2% ont un score de DP élevé et 48,7% ont un score d'AP bas.

IMG ayant consulté un psychiatre

Les IMG ayant consulté un psychiatre ont des scores de BOS élevés en proportion plus importante :

- EE : **25,9% vs 14,6%**,
- DP : 37,7% vs 33,3%,
- AP bas : 43,6% vs 38,2%,
- 3 scores morbides : 9,8% vs 6%.

18,6% des IMG ayant 3 scores pathologiques ont consulté un psychiatre au cours de l'internat vs 10,3% (0 score).

IMG souhaitant avoir recours à un psychiatre

La proportion d'IMG avec des scores élevés de BOS est encore plus importante chez les IMG prévoyant de consulter un psychiatre :

- EE : **32,7% vs 12,7%**,
- DP : **45,8% vs 31,4%**,
- AP bas : 45,6% vs 37,6%,
- 3 scores morbides : **14,8% vs 4,8%**.

37,7% des IMG avec 3 scores morbides souhaitent recourir à un psychiatre vs 11% (0 score).

IMG ayant des idées suicidaires (IS)

Les IMG ayant des IS représentent une population cible du BOS :

- EE : **39,9% vs 14,4%**
- DP : **48,3% vs 32,9%**
- AP bas : **49,1% vs 38,2%**
- 3 scores morbides : **20,2% vs 5,6%**.

19% des IMG ayant 3 scores pathologiques ont eu des idées suicidaires vs 3,5% (0 score).

IMG avec tentative d'autolyse

De la même façon que les internes ayant des IS, ceux ayant réalisé une tentative d'autolyse semblent plus touchés par le BOS :

- EE : **34,6% vs 15,8%**
- DP : **52,8% vs 33,6%**
- AP bas : **50% vs 38,6%**
- 3 scores morbides : **20% vs 6,3%**

Ceux qui ont 3 scores morbides sont 4,3% à avoir tenté une autolyse vs 0,9% (0 score).

IMG craignant fréquemment l'erreur médicale

Cette catégorie d'IMG craignant de faire des erreurs médicales est plus touchée par le BOS :

- EE : 21,1% vs 10,2%
- DP : 38,5% vs 28,3%
- AP bas : 43% vs 34,2%
- 3 scores morbides : 8,5% vs 4,1%.

70.6% des IMG ayant 3 scores pathologiques craignent fréquemment de faire des erreurs médicales vs 45,4% (0 score).

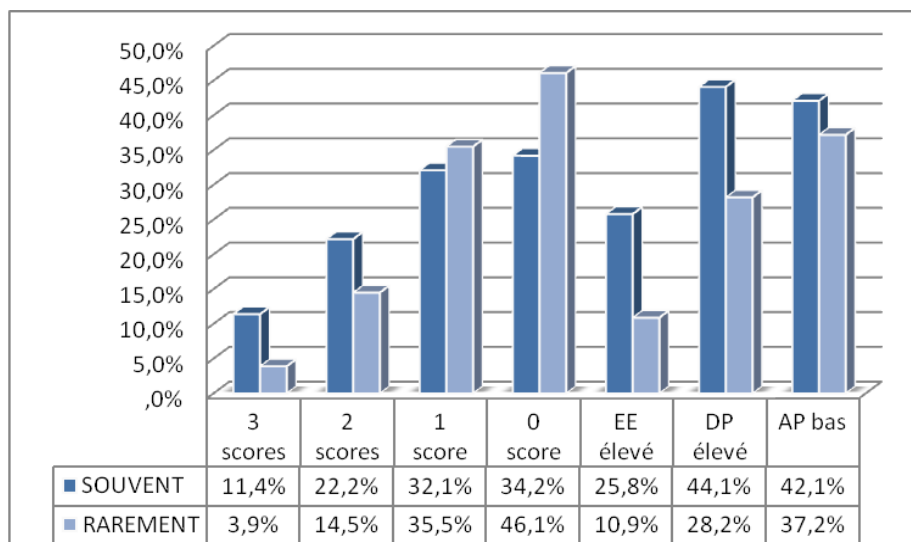
IMG pensant faire fréquemment des erreurs médicales

Cette catégorie d'IMG est également plus touchée par le BOS :

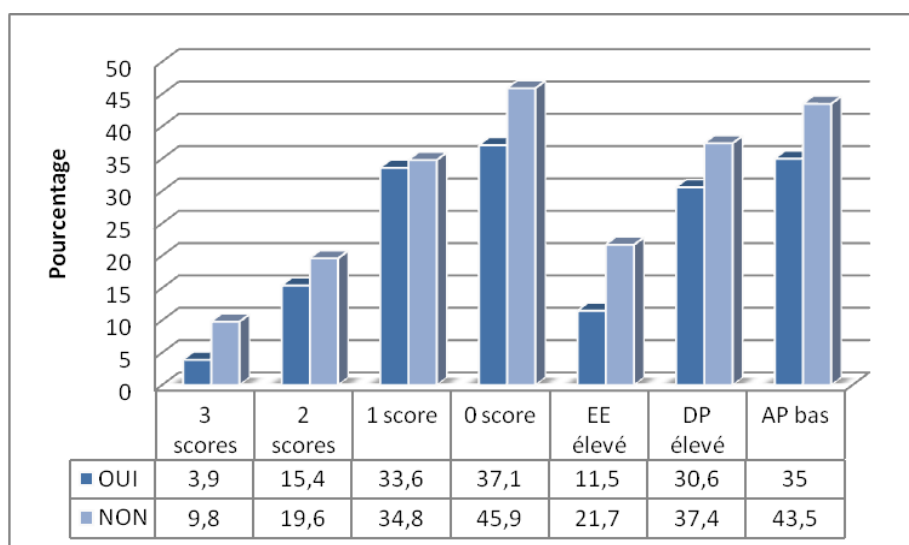
- EE : 29,7% vs 14,2%
- DP : 54,4% vs 31%
- AP bas : 53,6% vs 36,9%
- 3 scores morbides : 15,2% vs 5,3%

27,7% des IMG ayant 3 scores pathologiques pensent faire fréquemment des erreurs médicales vs 6,4% (0 score).

IMG constatant fréquemment un ras-le-bol des seniors

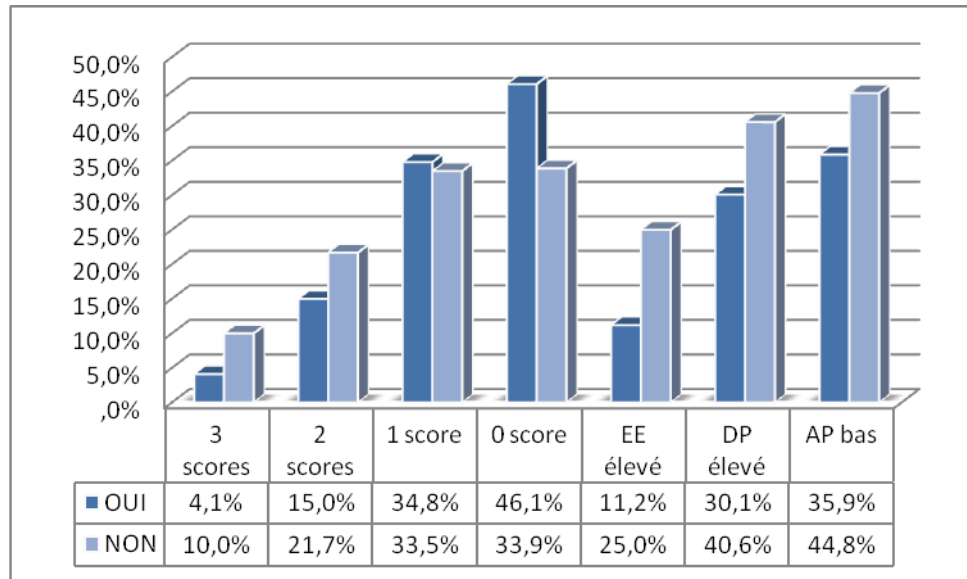


Accompagnement des internes dans leur parcours de formation

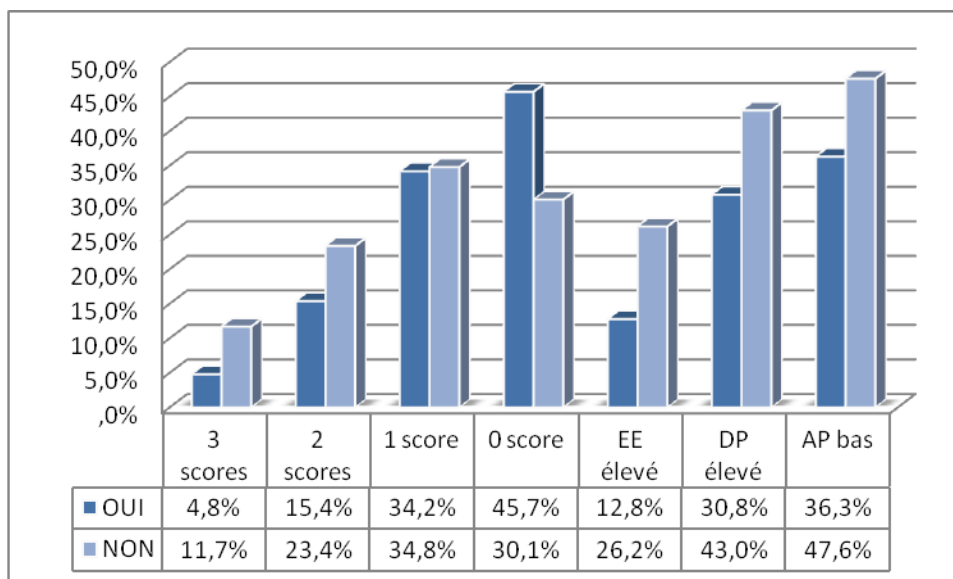


⇒ On constate que les internes qui se sentent incorrectement accompagnés dans leur formation sont plus nombreux à avoir des scores de BOS élevés.

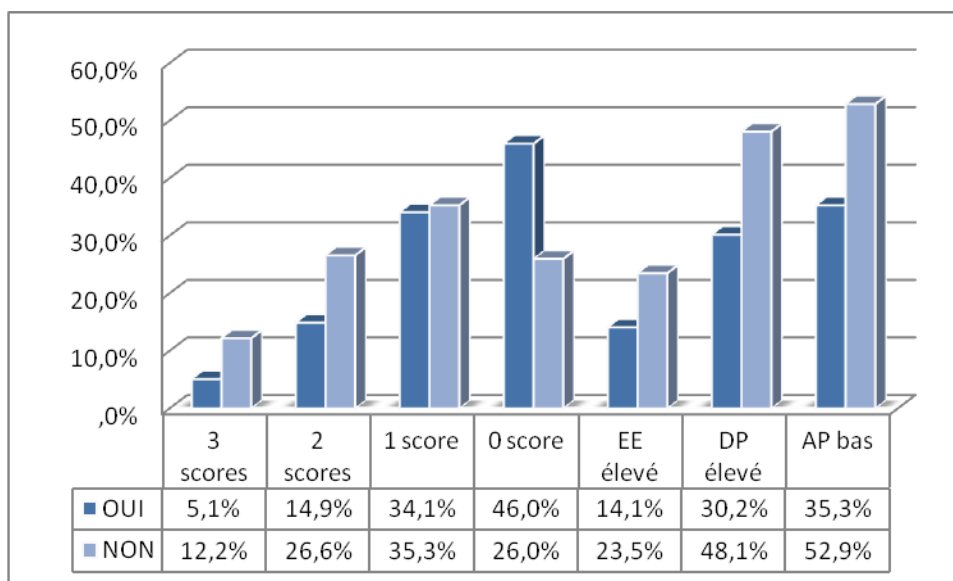
Reconnaissance des internes par leurs seniors



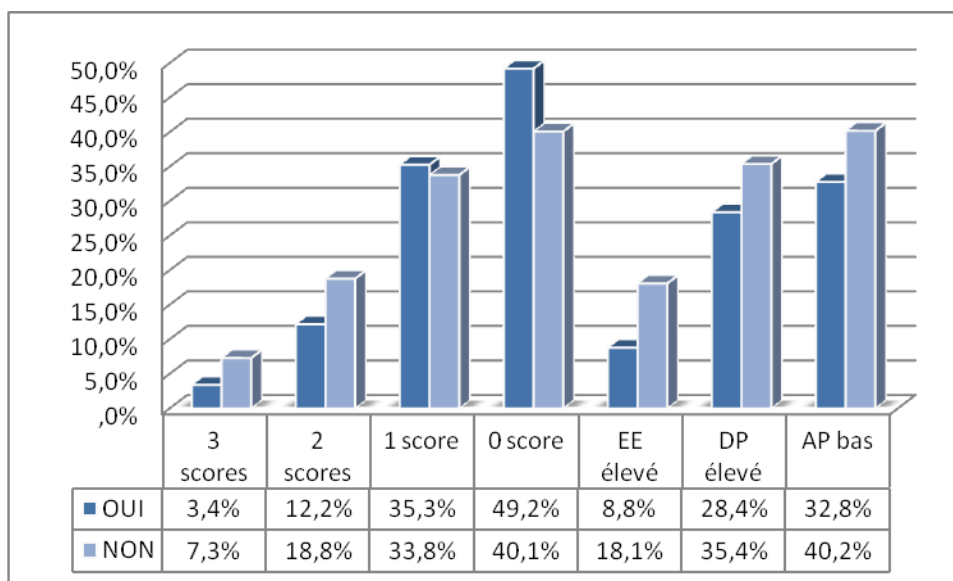
Reconnaissance des internes par l'équipe médicale



Reconnaissance des internes par les patients



IMG estimant leur statut correct



⇒ **La sensation de « ras-le-bol » des seniors, de formation correcte et la reconnaissance ressentie par l'IMG sont liés de façon significative au BOS.**

Solutions proposées au Burn Out Syndrome

Deux solutions sont proposées en proportion plus importante par les IMG en BOS présentant 3 scores élevés :

- La diminution de la charge de travail : 90,4% (3 scores) vs 81,8% (0 score),
- La mise en place d'un service d'aide téléphonique : 36,4% vs 30%.
- Concernant la mise en place d'un tuteur ou de groupes Balint, les internes ayant 3 scores pathologiques sont moins nombreux en proportion à les plébisciter. Respectivement : 67,7% vs 70,1% et 55,4% vs 58,7%.

Chez les IMG en EE élevé : 90,8% plébiscitent une diminution de la charge de travail vs 77,2% de ceux ayant un score d'EE bas. Les scores de DP et AP ne modifient pas cette variable.

Concernant l'autonomie et la mise en place d'un tutorat, le fait d'avoir un score bas ou élevé d'EE, de DP ou d'AP ne modifie pas les résultats.

Pour l'instauration de groupes Balint, on constate que les IMG avec un taux élevé de DP et un taux bas d'AP sont moins favorables à cette mesure : respectivement 51,9% vs 57,4% (taux de DP bas) et 51,5% vs 58,7% (AP élevé).

36,2% des IMG avec un taux élevé d'EE souhaitent la mise en place d'un service d'aide téléphonique vs 28,5% (taux EE bas). Les résultats sont similaires entre taux bas et élevés dans les catégories DP et AP.

RESULTATS QUALITATIFS : VERBATIMS

525 verbatims ont été répertoriés. Ils ont ensuite été analysés et classifiés en 8 grandes catégories :

- Le BOS (162 commentaires)
- Propositions de solutions au BOS (110)
- Volume horaire, congés et rémunération de l'interne (52)
- Vie familiale et maternité (68)
- Maquette de l'internat et stages (126)
- Installation future (113)
- Le questionnaire (73)
- Divers (95)

Le Burn Out Syndrome

Les IMG ont décrit le syndrome d'épuisement professionnel comme des crises d'angoisse / de panique en lien et provoquées par leur travail.

« Depuis que je suis en médecine, j'ai le syndrome « étudiant-médecin », crises d'angoisse +++ . »

Plusieurs témoignages ont été apportés par des internes ayant vécu ce syndrome ou le vivant actuellement.

« Personnellement je n'aime plus mon travail. J'ai déjà changé de filière en spécialité pour la médecine générale et je n'aime toujours pas. Chaque jour, je pense arrêter mais à cause de la pression socioprofessionnelle et familiale, je ne le fais pas.

Ne pas aimer son travail est la pire des choses qui puisse arriver dans la vie...

Alors je pense que je continuerai chaque jour à me lever et me coucher en pleurant, tout ça en jouant la mascarade et porter un masque de « bonne humeur et de dynamisme » pour faire semblant ! »

« On se sent souvent seul avec nos ressentis, nos doutes, nos craintes face à la mort, aux soins palliatifs, aux maladies chroniques, face à l'impuissance de la médecine surpuissante que l'on nous a enseignée et qui ne l'est pas en réalité. »

« J'aimerais bien que quelqu'un m'aide !!! »

Les internes de médecine générale trouvent qu'on les considère trop souvent comme des pions, souvent en remplacement d'un médecin manquant dans le fonctionnement du service mais plus du tout comme des étudiants en quête d'apprentissage.

« Évitez de considérer l'interne comme un bouche-trou, comme un remplaçant d'un senior alors qu'il doit apprendre et doit être entouré. »

« Les IMG sont trop souvent considérés comme des « bouche-trous » de l'hôpital, insuffisamment rémunérés par rapport au travail fourni. »

Le déclenchement du BOS est très variable en fonction des stages mais il survient principalement lorsque les équipes sont à flux tendu, qu'il y a peu de valorisation et de reconnaissance du travail de l'interne, avec un excès de charge de travail dont découle une frustration chez l'interne.

« Stage éprouvant. Ce qui me fait tenir, c'est de me dire que c'est le premier, c'est au CHU, qu'en périphérie ce sera certainement moins intense, « je l'espère ».

Je me dis qu'il faut tenir, c'est 3 ans à passer.

Je suis fatigué, les nuits ne sont pas réparatrices. »

« Si je pense de plus en plus à me réorienter à la fin de l'internat, c'est à cause de la frustration suite à ces études.

- *Longues, trop de sacrifice, trop de pression.*
- *Pour finalement échouer au concours, ne pas faire ce que l'on veut, et ne pas aimer ce boulot.*
- *Le contact et la communication à 100%, être disponible et patient pour les autres, sans que l'on nous reconnaisse est dur (ex : les infirmiers et personnels paramédicaux nous critiquent dans notre mode de vie, « de toute façon, on est riches » ; et ne font pas confiance à notre prise en charge...)*
- *Bref... »*

Mais d'autres IMG vivent très bien leur internat. Certains arrivent à dépasser le stade de BOS :

« J'adore mon métier, je ne regrette aucun de mes choix. »

« Internat très difficile pour moi au début ; trop de responsabilités d'un coup, trop de différences entre fin de l'externat et début de l'internat. Beaucoup mieux après quelques mois. Je me suis rendu compte que trop de pression auto-infligée sans forcément que les responsabilités soient si lourdes finalement. »

Il est également favorisé par une organisation controversée du système de soin dont la possible mise en place de mesures coercitives par la sécurité sociale, la surconsommation médicale et par les patients eux-mêmes (exigence accrue, tendance procédurière...).

« Le problème du burn out serait selon moi plutôt dû à la rentabilité attendue du personnel hospitalier avec la « tarification à l'activité », qu'à la relation aux malades. Travail parfois trop « précipité », qui se veut « productif », on ne prend plus le temps. Ce n'est pas d'une oreille attentive dont le personnel hospitalier aurait besoin, mais d'une modification des conditions de travail. »

« C'est plutôt l'organisation du système de santé et la façon dont il pousse à travailler qui me déprime.

L'idéologie sanitaire mettant le plus souvent de côté l'humain autant chez le patient que chez le médecin, renforce à mon avis la perte de sens de leur profession chez les soignants et la survenue de burn out. »

« Je pense que ce sont principalement les patients qui en nous mettant la pression, nous conduisent au BO.

L'accès aux services de santé est trop facile selon moi ce qui entraîne :

- *Une charge de patient trop importante par rapport à l'offre médicale.*
- *Une exigence de qualité et d'exams complémentaires de la part des patients => obligation de moyens parfois non disponible.*
- ⇒ *Ce n'est pas gagné mais il faut changer les habitudes de surconsommation médicale selon moi. »*

« Nos lieux d'exercice sont des lieux où se joue l'humain et paradoxalement c'est un des lieux où l'on peut voir le plus facilement de l'inhumain (entre soignants, envers les patients). »

Pour les IMG, l'internat n'est pas la seule période à risque : l'externat constitue une part importante des BOS.

« À mon avis le burn out de l'externe est aussi à étudier et au moins aussi important. »

Au cours de l'internat l'IMG a tendance à négliger sa santé au profit du travail, retardant d'autant plus le diagnostic de sa maladie.

« Santé : Un peu (beaucoup) délaissée en ce moment, temporairement. »
« Ca fait 2 ans et demi que je dois aller voir le dentiste. »
« Je ne prends plus le temps de m'occuper de ma santé. Mon entourage trouve que je me suis endurcie depuis le début de mon internat. »
« Sans aller jusqu'au burn out, on le frôle souvent. »

Solutions au Burn Out Syndrome

Les solutions au BOS plébiscitées par les IMG sont nombreuses et variées. Il s'agit de mesures pédagogiques et d'encadrement de l'interne. Tout d'abord mise en place d'un tuteur/ d'un référent ; de travail en groupe / groupes de parole et du respect des 2 demi-journées de formation hebdomadaire.

« Il faudrait un suivi médical de l'interne (en médecine du travail) organisé et sérieux. Groupe de pairs entre internes pour parler du vécu de l'internat et des questions d'avenir. Un « feedback » sur notre activité de la part d'un senior maître de stage. »

- « - Reconnaissance
- Encadrement
- Soutien »

« Ai déjà un tuteur et c'est bien. »

Des mesures visant à améliorer le statut juridique de l'IMG sont également prônées : diminution du nombre d'heures travaillées avec plafonnement du nombre d'heures hebdomadaires ; instauration de RTT ; revalorisation du salaire en rapport avec le nombre d'années d'études effectuées et le nombre d'heures travaillées.

« Diminuer la charge de travail et avoir un soutien par un senior du service est indispensable pour le bon déroulement de l'internat.

Un nombre d'heures fixes par semaine devrait être fixé (même si c'est 45h / semaine) et ça nous permettrait d'avoir des « RTT » pour pouvoir faire ce que chaque personne doit faire (aller à la banque, chez le médecin, le dentiste...) et donc prendre plus de temps pour nous et avoir une vie en dehors de l'hôpital. »

« Définir ce que veut dire une demi-journée d'interne. »

« Responsabiliser les chefs pour l'encadrement des internes et la transmission du savoir qui ne passe pas uniquement par une expérimentation solitaire et rejetée. »

Elles concernent également la santé de l'interne : proposition d'instauration d'une visite médicale obligatoire en médecine du travail au moins en 1^{ère} année et pourquoi pas un suivi psychologique régulier.

« Psychothérapie de soutien, thérapie comportementale avec psychologue privé.

Apprendre à gérer ses angoisses, prise de confiance en soi.

Vacances pour éviter le BO.

Savoir déléguer et savoir dire « NON » si trop de patients ou trop de travail. »

Les IMG regrettent également de ne pas retrouver le compagnonnage autrefois pratiqué par les internes plus anciens ou expérimentés et par les praticiens hospitaliers.

Certains IMG préconisent finalement plus qu'une diminution du temps de travail, une meilleure répartition de leur temps avec une diminution de la charge administrative et une centralisation du soin sur le patient.

« Mieux qu'une diminution de la charge de travail :

- Une meilleure répartition du temps de travail en stage.

- *Nous donner le temps d'approfondir nos connaissances et les pathologies rencontrées => intégration de ce qui doit être acquis pour envisager sereinement notre 1^{er} poste après l'internat.*
- *Nous donner le temps en stage de faire de la biblio (impossible à faire après 10h de boulot) => Entretien de la curiosité médicale.*
- *Avoir une évaluation sérieuse en milieu de semestre pour nous permettre de progresser sur le plan pratique et théorique (= rectifier le tir dans notre façon de travailler, donner des conseils personnalisés, critique des défauts et encourager les qualités soulignées), bref assurer un suivi, ne pas laisser l'interne avancer seul dans le monde médical si colossal. »*

Ils rappellent qu'afin d'éviter ce syndrome il est nécessaire de consacrer suffisamment de temps à son entourage et à ses loisirs.

« Difficile de se voir refuser une disponibilité qu'on demande parce que l'on se sent à bout ! »

Enfin une information à l'ensemble de la profession médicale ainsi qu'aux patients semble nécessaire afin de dépister au mieux les BOS débutants.

« Travailler là où l'on se sent à sa place. »

Et enfin quelques conseils simples :

« Bonne hygiène de vie

- *Dormir 7 à 8 heures*
- *Bien se nourrir*
- *Rire*
- *Sourire !*
- *Être plaisant avec les autres !*
- *Be positive !!! »*

Volume horaire, congés de l'interne et rémunération

Ce chapitre rejoint le précédent. Les IMG signalent que le repos de sécurité post-garde n'est pas encore respecté dans tous les stages en France. Ils insistent sur la nécessité d'une séniorisation obligatoire des gardes. Ils souhaiteraient également majorer le volume des congés annuels (5 semaines et demie actuellement).

« Le nombre croissant de disponibilités n'est-il pas le reflet de BO non assumés ? »

« Le salaire de l'interne est à revoir : rémunération aux heures, celui de l'externe aussi. On manque d'argent au moment le plus crucial, ce qui rend à terme les médecins vénaux. »

« Rémunération à revoir : Nous sommes payés au SMIC horaire lors des gardes vs pénibilité et compétences demandées !!

Les groupes de parole, le soutien psychologique ou un tuteur ne sont de mon point de vue que des cache-misère pour ne pas s'attaquer aux vrais problèmes de charge de travail et de rémunération. »

« Je me ménage depuis que j'ai vu qu'on est payés au SMIC. Pour l'hôpital, on ne vaut pas plus. »

Vie familiale et maternité

Les internes ont été nombreux (nombreuses) à s'exprimer sur les difficultés rencontrées au cours de l'internat concernant leur vie personnelle et familiale. Le point le plus cité est le déclassement des internes femmes ayant accouché au cours de leur semestre et pris une

disponibilité pour s'occuper de leur enfant ; c'est-à-dire une rétrogradation en dernière position de leur promotion lors du choix de poste suivant leur accouchement.

« Il faut absolument revaloriser le statut de l'interne, ne serait-ce que par un contrat de travail. Aucun droit défini pour les internes enceintes par rapport à d'autres professions. »

« Il est injuste qu'une femme ayant accouché et non validé un semestre soit de plus déclassée ! C'est de la discrimination. »

L'éloignement familial suite aux déménagements répétés constitue pour les IMG un facteur favorisant de BOS. Ils citent également à de nombreuses reprises des difficultés pour l'organisation de leur vie de famille suite à ces fréquents déménagements.

« Entre le travail en stage, le travail personnel, le travail de thèse, le travail relatif à l'enseignement à la fac, difficile de trouver du temps pour enfin prendre le temps de développer une vie personnelle, sociale. »

« Beaucoup d'angoisses par rapport à mon avenir professionnel et à ma capacité à mener de front mon métier et ma vie de famille. »

Maquette de l'internat et stage

Les IMG ont émis de nombreux avis quant à leur formation. Ces remarques concernaient principalement les stages effectués.

Ils formulent la nécessité d'une uniformisation de la prise en charge en stage hospitalier. L'écart entre la formation hospitalière et libérale a été souligné à plusieurs reprises en citant entre autre le manque d'humanité au cours des stages hospitaliers.

« L'organisation de certains hôpitaux (surtout le CHU) fait que les services « ne tournent » que grâce aux internes avec des chefs présents environ une fois par semaine, on n'est donc pas médecin en formation, on est médecin de première ligne et souvent seul pour gérer des situations complexes. »

« Pouvons-nous avoir une vraie formation de médecin généraliste ? »

« Je pense qu'il est clair qu'il y a un problème d'encadrement des internes. Il n'y a plus de compagnonnage en médecine et nous sommes très souvent laissés seuls avec de trop grandes responsabilités. »

Ils souhaitent développer le nombre de terrains de stage principalement des stages ambulatoires de niveau 1 et des SASPAS afin de permettre à chaque interne se destinant à la médecine générale de réaliser 2 stages obligatoires chez des médecins généralistes.

« Le manque de stage chez le prat touche la qualité de notre formation et est stressant car on voit peu ce qui nous attend pour les 35 prochaines années. »

Nombre d'internes souhaiteraient également que les stages mère-enfant couplent la pédiatrie et la gynécologie afin de ne pas avoir à choisir entre ces 2 spécialités.

Certains IMG ont formulé l'idée de supprimer l'obligation de passage un semestre au CHU ; cet exercice nous éloignant des compétences nécessaires dans le métier de généraliste.

« Je pense que les IMG (après avoir effectué tout leur externat au CHU) ne devraient pas avoir à faire de stage au CHU, qui n'est pas du tout le plus formateur pour nous. »

Beaucoup ont cité la difficulté à réaliser des recherches personnelles après leur stage, à rendre les travaux demandés par leur faculté, l'inutilité de réalisation des mémoires et portfolios imposés par le DMG (département de médecine générale). Certains internes ont exprimé leur volonté de supprimer le passage de la thèse.

« Le travail en stage est dur mais ce qui use l'interne est de faire sa journée de travail + son travail de faculté (thèse, GEASP...) => Aménager du temps de travail libre pour l'interne pour sa thèse car l'interne a la double casquette « salarié-étudiant » et donc fait double journée. »

Plusieurs internes ont noté le manque de cours de psychologie et de formation à la relation médecin-patients.

Les IMG souhaiteraient que soit respecté le temps de formation hebdomadaire légal et que soit réalisée une évaluation de mi-semestre afin de dépister des troubles psychiques chez certains individus, un BOS et également rassurer les IMG quant à leur façon de travailler.

« Les temps de formation universitaire sont à mon avis très importants pour relâcher la pression et se remettre dans le bain. »

« Plus de cours théoriques et pratiques sur la prise en charge psychologique. »

« L'internat semble être de belles années. »

Installation future

Les volontés d'installation des IMG sont pour une grande partie le travail en cabinet de groupe et en milieu semi-rural. De nombreux IMG signalent leur volonté de débiter par des remplacements afin de prendre du temps pour soi et privilégier leur vie de famille.

« L'avenir de la médecine générale réside à mon avis dans la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires. L'idée d'une prise en charge multidisciplinaire de proximité pour les patients, me plaît beaucoup tant au niveau de la diminution de la charge de travail qu'elle peut, voire doit engendrer, mais aussi au niveau des échanges interdisciplinaires, créant une dynamique intéressante et surtout AGREABLE en faveur d'un bien-être personnel et professionnel. »

« Pouvoir exercer en association et avec solidarité en sachant que les compromis sont au cœur de la préservation de la vie privée de chacun. Savoir garder la distance entre le personnel et le professionnel.

Que mon travail reste synonyme d'épanouissement.

Que ma famille soit l'objectif de ma réussite et non l'outil de ma réussite. »

De multiples inquiétudes sont signalées quant à l'installation : la peur des contraintes du libéral, la volonté de salariat et la crainte des nouvelles réformes annoncées par la sécurité sociale. Enfin les internes souhaitent conserver une place privilégiée pour leur formation continue et diversifier leur activité par la réalisation de DESC, DU, DIU afin de lutter contre le BOS.

« La pratique de la médecine (générale), humaine et exigeante, comme elle devrait l'être, me paraît difficile à concilier avec les impératifs chiffrés qui sont en train d'être mis en place.

Difficile d'associer vie personnelle saine et formation médicale continue. »

« Perspectives variables suivant les mesures législatives prises :

- *Obligation de déposer les congés = moins de personnes qui iront en milieu rural, idem pour les gardes ; on va se reposer sur quelques éléments qui vont aider en milieu rural.*
- *Mon objectif initial : Travailler en milieu rural sous-doté mais suivant les lois mon objectif peut changer ; si on nous interdit nos congés et si obligations de garde 1 jour sur 2 => annulation du projet rural.*
- *Si mesures coercitives : départ à l'étranger envisagé. »*

Le questionnaire

Les principales critiques du questionnaire ont porté sur l'échelle MBI. Les IMG ont trouvé parfois les réponses, en termes de fréquence, inadaptées aux questions posées. Ils ont souvent signalé que le questionnaire était trop long et qu'il y avait un biais certain pour remplir le questionnaire en fonction du lieu de stage où se trouvait l'interne.

Plusieurs IMG ont noté que la case disponibilité n'était pas suggérée dans la question 7 (semestre en cours). Les 1^{ères} années ont signalé des difficultés à répondre aux questions sur l'installation future (alors qu'ils ne sont pas passés en stage chez le praticien).

Certains internes ont regretté que nous n'ayons pas évoqué dans le questionnaire l'évaluation de la relation entre internes.

Enfin les IMG ont trouvé le questionnaire pertinent et intéressant et ont été nombreux à nous encourager à poursuivre notre travail et à leur faire part des résultats.

DISCUSSION

LIMITES ET BIAIS DE L'ETUDE

Biais d'échantillonnage

Dans 5 facultés (Besançon, Clermont-Ferrand, Rennes, Montpellier et Paris), les IMG choisissant le stage en SASPAS n'étaient pas présents. À Paris, les internes choisissant un stage ambulatoire de niveau 1 ne choisissaient pas le même jour non plus. Soit environ 357 internes ayant choisi le stage chez le praticien niveau 1 ou le SASPAS. Cela peut constituer un biais à notre étude car ils exerçaient probablement à l'hôpital dans le stage précédent et on peut penser que cela minore les résultats du nombre d'internes en BOS.

Les internes prenant une disponibilité au semestre suivant étaient également absents le jour des choix. Il faut alors s'interroger sur la raison de la prise de disponibilité. Une envie simple de voyage ? Un projet personnel ne s'intégrant pas dans le cursus de l'internat ou le besoin de « faire une pause » et de modérer son activité. Un BOS déguisé ? Nous n'avons aucune donnée concernant ces internes.

Nous avons choisi de ne pas adresser nos questionnaires dans les DOM pour des raisons logistiques et de coûts. Cela constitue donc également un biais à notre étude car les réponses en terme de BOS auraient probablement été différentes dans les DOM (conditions de travail différentes).

Biais de sélection

Biais de recrutement

Nous nous sommes déplacés nous-mêmes dans 3 facultés (Grenoble, Paris, Nancy) pour distribuer les questionnaires. Les taux de réponse y ont été corrects. Il est possible que le fait de s'être déplacé ait influencé les internes à répondre au questionnaire.

Biais d'auto-sélection

Il est possible que les IMG ayant répondu au questionnaire soient ceux qui se sentent le plus concernés par le sujet. Il y a alors un déséquilibre possible entre le taux de BOS retrouvé et le taux réel au sein de la population d'internes.

Biais d'investigation

Le questionnaire a été distribué au moment des choix de poste. Il s'agit d'un moment stressant, source d'angoisse et d'incertitude pour les IMG. Cette tension pourrait avoir influencé les réponses au questionnaire en majorant injustement le score MBI ou le ressenti des IMG vis-à-vis de leurs stages.

La promiscuité des internes lors du choix de stage a pu compromettre l'anonymat du questionnaire. Nous avons pu constater que les internes complétaient parfois le questionnaire à plusieurs, ce qui pourrait fausser les réponses aux items considérés comme « intimes » dont le MBI, mais aussi le désir de réorientation, les idées suicidaires, et plus globalement le fait de se sentir à l'aise en médecine.

Biais d'analyse

53 questionnaires très incomplets n'ont pas été traités (lorsque la partie épidémiologique était incorrectement remplie (une page manquante du questionnaire...)).

Le MBI était incomplet pour 479 questionnaires donc il n'a pas été calculé ; les données épidémiologiques de ces questionnaires ont tout de même été prises en compte.

Le nombre d'heures travaillées peut être majoré par le fait qu'il soit auto-déclaré, et minoré par le fait qu'il n'était pas mentionné dans le questionnaire « gardes comprises » ; certains IMG n'ont donc pas inclus les heures travaillées lors de leurs gardes.

Conflit d'intérêts

Pour nous soutenir financièrement et permettre la réalisation de cette étude à grande échelle, nous avons souhaité contracter un partenariat. Deux organismes principaux d'assurance dans le domaine médical ont été contactés ; un seul nous a répondu : la MACSF. Nous avons donc apposé au dos de notre questionnaire le logo de cette firme ainsi que l'adresse mail du site de la prévention médicale afin que chaque interne puisse s'y référer et s'y constituer son propre jugement.

INTERPRETATION DE NOS RESULTATS

Etude comparative

Notre étude confirme donc la proportion importante d'IMG en BOS (un des 3 paramètres haut) puisque 58,1% de la population des IMG présente au moins un des paramètres du BOS.

Remarque : Nous aurions pu analyser les moyennes des scores plutôt que les pourcentages ce qui aurait permis de comparer les différentes catégories de notre étude entre elles.

L'étude comparative de notre travail avec ceux déjà réalisés montre :

ETUDE	ECHANTILLON/ % DE FEMMES	LIEU DE L'ETUDE	TAUX DE REPONSE	% DE MEDECINS EN BOS	EE*	DP*	AP*
Le Tourneur -Komly/ 2011	4050/69%	France métropolitaine	64,2%	38,7% (EE ou DP)	16% (20)	33,8% (9,7)	38,9% (34,8)
Guinaud/ 2005/(26)	692/62,6%	Ile de France	92%	NR	24,1% (22,1)	42% (10,6)	48,6% (33,7)
Pittaco/ 2008/(5)	205/50%	Ile de France/ internes aux urgences	84%	45%	16% (18,1)	50% (10)	33% (36,2)
Barbarin/ 2008/(28)	114/74,6%	Nantes	57,9%	44,7% (EE ou DP)	16% (19,72)	35% (9,76)	21% (37,38)
Ernst/ 2009/(29)	161/64%	Strasbourg	71%	46% (EE ou DP)	19,2% (19,8)	38,5% (10,4)	21,7% (37,4)
Vaquin/ 2007/(34)	221/18,5%	France	16,1%	51,6%	27,1% (21,0)	32,6% (9,5)	27,1% (37,1)
EGPRN 2008/(15)	1393/45,4%	12 pays européens	41%	31,5% (EE, DP ou AP)	43%	35%	32%

*Le premier nombre concerne le pourcentage d'IMG en score haut d'EE et de DP et en score bas d'AP. Le nombre entre parenthèses représente le score moyen dans chaque sous-dimension.

Concernant les travaux sur les internes, on constate ici que les scores moyens d'EE, de DP et d'AP sont similaires. Par contre les scores retrouvés dans l'étude EGPRN montrent que les IMG sont dans des proportions moindres en épuisement émotionnel, ont des taux similaires de dépersonnalisation et un accomplissement personnel bas plus important.

On peut donc se poser la question de la réalité de la théorie d'initiation du BOS, qui selon C. Maslach débute par l'apparition de l'épuisement émotionnel éventuellement associée en parallèle à la dépersonnalisation comme moyen de défense contre le BOS, qui à eux deux conduisent à la baisse de l'accomplissement personnel.

En effet nos résultats retrouvent une proportion d'IMG ayant un AP bas (38,9%) bien plus élevée que ceux souffrant d'EE (16%) ou de DP (33,8%). On peut alors penser : soit que la sous-dimension AP peut évoluer indépendamment des 2 autres sous-dimensions contrairement à la théorie de C. Maslach, soit que les IMG frappés par le BOS dans notre étude sont à un stade avancé, abouti du BOS (La baisse de l'accomplissement personnel étant la finalité du BOS). Dans cette hypothèse, l'épuisement émotionnel haut n'est pas un facteur sine qua non du développement du BOS ou en d'autres termes n'est pas contemporain de la dépersonnalisation ou de l'accomplissement personnel bas ; il pourrait survenir dans un premier

temps, s'améliorer et disparaître en laissant la place au paramètre de dépersonnalisation puis de baisse de l'accomplissement personnel. Le facteur de dépersonnalisation pourrait apparaître également en premier comme moyen protecteur de lutte contre le burn out.

Il a été noté principalement 2 différences avec les thèses précédemment réalisées

- La proportion d'IMG en accomplissement personnel bas est plus élevée dans notre étude que dans les thèses de Nantes (Barbarin) et Strasbourg (Ernst).

Dans notre étude, en ce qui concerne la faculté de Nantes, on retrouve 42,9% (vs 21%) des IMG avec un AP bas et 41,8% (vs 21,7%) pour la faculté de Strasbourg. Lors de la thèse nantaise précédente, les questionnaires ont été adressés par voie électronique sur plusieurs mois ; le stress ressenti au moment de remplir le questionnaire était donc peut-être moins important, les IMG ont eu plus de temps pour réfléchir à leurs réponses. Concernant Strasbourg, le questionnaire a été adressé également lors du choix de poste. On ne retrouve pas d'explications quant à la baisse d'AP de ces étudiants entre 2008 / 2009 et 2011 si ce n'est une dégradation des conditions de travail mais pour quels motifs ? Le Dr Barbarin, contactée dans le cadre de notre étude, ne signale pas de changement dans la prise en charge des internes.

- La proportion d'IMG dépersonnalisés est nettement plus importante dans la thèse de Pittaco (50%, score moyen à 10) et Guinaud (42%, score moyen à 10.6) vs notre étude : 33,8%, score moyen à 9,7. Cependant les scores moyens sont similaires.

La thèse de Pittaco était réalisée chez les IMG franciliens choisissant un stage aux urgences, ce qui constitue un biais de sélection, mais n'explique pas une dépersonnalisation plus élevée (les IMG n'avaient pas commencé leur stage). La thèse de Guinaud étudiait également les IMG d'IDF. Dans notre étude chez les IMG parisiens nous retrouvons une proportion d'IMG en DP élevée à 39,3% ; score se rapprochant des résultats de leur thèse. Cela peut-il s'expliquer par des conditions de travail plus difficiles en région parisienne (embouteillages pour se rendre dans les différents hôpitaux, anonymat des internes au sein des CHU car plus grosses structures, pas de possibilité d'effectuer plusieurs stages au même endroit du fait de la multiplicité des stages proposés et du grand nombre d'internes) ?

Concernant l'étude réalisée en France chez des médecins généralistes du réseau sentinelles (avec surreprésentation des médecins corses) : les scores moyens des 3 paramètres sont similaires à ceux retrouvés dans notre étude cependant la proportion de médecins généralistes en EE élevé est nettement supérieure (27,1% vs 16%) et le pourcentage de MG en accomplissement personnel bas est lui inférieur (27,1% vs 38,9%).

Burn Out Syndrome et caractéristiques personnelles

Sexe

Dans notre étude, les hommes sont plus nombreux en proportion à avoir un score de dépersonnalisation élevé (44,7% vs 28,8%). Dans la littérature il a été retrouvé des études contradictoires concernant sexe et BOS. Il est noté dans certaines études (31) que les femmes seraient moins épuisées émotionnellement que les hommes (dans notre étude 15,4% des femmes et 17,1% des hommes) ce qui pourrait être expliqué par le fait que les femmes ont une vie extra-professionnelle plus fournie avec un devoir familial prenant plus de temps et consacrent donc un volume horaire moins important à leur travail (non retrouvé dans notre étude). Concernant les hommes il semblerait que la dépersonnalisation soit prédominante peut-être car ceux-là privilégient une activité plus instrumentalisée.

Age

Il a été noté dans notre étude un score d'épuisement émotionnel croissant avec l'âge des internes. Cependant les sous-groupes effectués afin d'être comparés ont été regroupés de façon non judicieuse (Moins de 26 ans, 26 à 30 ans et plus de 30 ans). La catégorie des plus de 30 ans était peu représentative et comportait un petit nombre d'internes (103 soit 2,6% de la population des IMG) ; il est donc difficile d'extrapoler les résultats trouvés.

CHU

La faculté de Nice se démarque par son taux élevé de BOS. En effet 15,4% des IMG de cette faculté présentent les 3 scores de BOS (6,5% au niveau national); elle est surtout caractérisée par une proportion d'IMG avec un score d'accomplissement personnel bas majeur : **59,1%** ; EE élevé : 22,1% et DP élevée : 47,8%. Les internes du syndicat local contactés n'ont pas d'explications à nous fournir. Les stages sont plutôt bien équilibrés avec une charge de travail modérée. Il n'y a pas eu de conflit majeur avec le DMG. Le doyen est en place depuis quelques années et les IMG (selon l'ancienne présidente du syndicat) sont traités à l'égal des internes de spécialité. Elle avance une seule hypothèse : le fait que les IMG de Nice soient pour la plupart étrangers à cette ville, peut-être est-ce « *à la base des personnalités fragiles qui espèrent trouver dans le soleil un réconfort qu'ils ne rencontrent finalement pas ?* »

Statut matrimonial

Il n'a pas été noté de différence significative entre les IMG célibataires et ceux vivant en couple comme dans les précédentes études.

La parentalité

Il semblerait que le fait d'avoir au moins un enfant est protecteur vis-à-vis du BOS dans notre étude. On constate une diminution modérée de la proportion de DP élevée et d'AP bas. Le nombre d'IMG avec 0 score morbide est également majoré (47,8% vs 41,5%). La parentalité en éloignant l'interne de ses soucis professionnels, favoriserait un meilleur AP. Dans l'étude de Ernst ce lien n'est pas retrouvé.

Il est intéressant de noter que seuls 29,7% des IMG parents considèrent l'internat comme un obstacle à la parentalité vs 57,8% des IMG sans enfant.

Les IMG considérant l'internat comme un obstacle à la maternité sont 8,9% à présenter les 3 scores de BOS élevés (vs 3,3%). Il faut donc considérer le problème dans l'autre sens et

suggérer que les IMG en BOS se projettent moins dans l'avenir et élaborent de façon logique moins de projets car surmenés dans leur vie professionnelle.

Lieu de stage

On retrouve dans cette étude que les IMG en stage ambulatoire (SASPAS ou stage praticien) sont objectivement moins stressés par leur travail, ont une hygiène de vie plus saine en consacrant plus de temps à leurs loisirs et entourage. **4,7%** des IMG en stage ambulatoire présentent les 3 scores morbides vs 7,3% en stages hospitaliers et cela s'élève à **8,5%** lors du stage aux urgences. On peut soutenir comme hypothèse que le stage aux urgences est une cause de stress pour les IMG car ils sont confrontés à une pratique éloignée de leur vision de la médecine générale (contraintes horaires, nombre de patients élevé, fatigue des gardes, efficacité (nombre de patients horaire) primant sur la qualité, peu de temps pour l'enseignement « au lit du malade »...). Cependant les étudiants citent plus particulièrement dans leurs commentaires des difficultés lors des stages en médecine polyvalente (concernant surtout le volume horaire). Le fait qu'on ne retrouve pas plus d'internes en BOS dans cette catégorie pourrait être lié à un meilleur encadrement du personnel médical ; malgré un volume horaire important, les IMG se sentent plus entourés et les connaissances apportées lors de ce stage sont majorées et il en résulte donc une plus grande satisfaction personnelle.

Volume horaire

Lorsque la charge de travail hebdomadaire est supérieure à 50 heures la proportion d'IMG en EE, DP et avec 3 scores morbides est multipliée par 2. La charge horaire est donc un facteur favorisant du BOS. La majoration de la charge hebdomadaire de travail n'augmente pas la satisfaction quant à la reconnaissance perçue par le personnel soignant, elle la diminue même. On réalise les mêmes constatations avec le nombre de WE libres par mois.

Nous aurions pu plus judicieusement fixer comme taux horaire hebdomadaire la limite de 48 heures, qui est le temps travaillé par les médecins hospitaliers actuellement et la limite légale fixée pour les médecins salariés (loi L3121 du code du travail).

Le nombre de gardes effectuées par mois constitue également un facteur de risque de BOS. On constate en effet que la proportion d'IMG avec 3 scores morbides croît progressivement avec le nombre de gardes mensuel.

Le nombre de semaines de vacances était moins discriminant pour le score de BOS dans notre étude car le questionnaire portait sur le semestre d'hiver et les IMG prennent habituellement moins de vacances à cette période (en moyenne 2 semaines en hiver et 3 en été).

Entourage et loisirs

Notre étude constate un lien protecteur entre entourage et BOS. En effet les internes accordant une place importante (satisfaisante) à l'entourage familial ont des scores de BOS en proportion bien moins élevés (4 fois moins pour la composante EE élevé et les 3 scores morbides, 1,5 fois moins pour le score de DP élevée). Ces IMG travaillent en moyenne 9 heures de moins par semaine (confirmant là encore le lien entre charge de travail et BOS) et sont moins préoccupés par leurs patients hors contexte professionnel (rêves, insomnies). On peut conclure aux mêmes résultats concernant les loisirs qui constituent également un facteur protecteur.

Une attention particulière est à consacrer à l'interne et à son entourage en favorisant lors du choix de poste le rapprochement familial et en permettant à l'IMG (s'il le désire) de rester dans sa région d'origine lors du choix des ECN. Les loisirs peuvent être favorisés par la limitation

horaire hebdomadaire, la réduction du nombre de gardes par mois ou la majoration des congés annuels.

Orientation en médecine générale

On constate une majoration de la proportion d'IMG avec les 3 scores morbides (1,7 fois plus) chez les IMG ne s'étant pas orientés délibérément en médecine générale. Une meilleure promotion de la médecine générale lors de l'externat et une clarification des compétences nécessaires permettraient qu'il y ait moins d'internes qui s'orientent par défaut dans cette discipline et inciteraient probablement plus d'internes à s'y orienter.

Par ailleurs nous avons constaté dans cette population que 16,7% des IMG souhaitaient régulièrement quitter médecine dont 1% pense le faire dans un avenir proche ; la proportion d'internes avec des scores pathologiques est majorée.

Dans une étude d'A. Vega (43) sur la cessation d'activité des médecins généralistes, il est mis en évidence 4 motivations à quitter le métier :

- Le décalage progressif entre la vision du métier et les conditions réelles d'exercice,
- L'attirance vers une seconde carrière plus en accord avec les aspirations professionnelles et personnelles,
- Le rééquilibrage entre la vie professionnelle et personnelle,
- Un rapport dégradé à l'environnement institutionnel, l'absence de reconnaissance et le sentiment de perte du rôle social.

Ces 4 motivations sont clairement en lien avec les paramètres du BOS et sont probablement similaires chez les IMG.

Crainte du Burn Out Syndrome

Les IMG se sentant menacés par le BOS sont une population à risque de BOS. Ils sont 6 fois plus nombreux à avoir un score d'EE élevé et à présenter les 3 scores de BOS. Ils consomment 3 fois plus d'antidépresseurs et d'hypnotiques que les autres internes et recourent 3 fois plus souvent à un psychiatre.

Au vu de ces résultats, tout l'intérêt consiste à identifier précocement cette population à risque pour éviter qu'elle ne présente un BOS par exemple par le biais de consultation en santé du travail ou lors de groupes de paroles entre internes afin de proposer un suivi adapté.

Vécu psychologique

Les IMG en BOS (avec les 3 scores morbides vs 0 score) ont plus souvent recours à un psychiatre (18,6% vs 10,3%) mais en proportion moins importante que ceux souhaitant consulter un psychiatre (37,7% vs 11%). Cela peut s'expliquer par le fait que les IMG qui consultent un psychiatre, ont un diagnostic de BOS posé (ils sont en cours de traitement) et sont donc en voie d'améliorer leur état psychologique et de s'éloigner de l'état de BOS. Ils ne sont donc plus présents dans la catégorie 3 scores morbides. Les IMG en BOS souhaitant consulter un psychiatre sont 3 fois plus nombreux car non encore traités.

On peut également affirmer que le taux d'idées suicidaires chez les IMG en BOS est 5,4 fois plus élevé, sans pouvoir attester de l'origine de ces IS (un lien est possible). De même le taux de tentatives d'autolyse est 4,7 fois plus élevé chez les internes en BOS.

Crainte des erreurs médicales

Les IMG craignant de faire des erreurs médicales sont plus concernés par le BOS. Ils sont en proportion 10% de plus dans chaque catégorie morbide du BOS. Ils sont 2 fois plus nombreux à avoir les 3 scores morbides.

Les IMG pensant faire fréquemment des erreurs médicales sont 2 fois plus nombreux à être en EE élevé et 3 fois plus nombreux à posséder les 3 scores morbides.

On peut donc se poser la question d'un lien entre BOS et manque de confiance en soi. Le BOS serait-il lié entre autre à un trait de personnalité de l'individu ?

Reconnaissance de l'interne

Il a été mis en évidence que les IMG se sentant reconnus par l'équipe soignante, les médecins et les patients sont en proportion moins nombreux à présenter un BOS. La question de la reconnaissance au travail est centrale dans l'épanouissement professionnel, particulièrement dans les professions d'aide à autrui.

Plusieurs facteurs associés au BOS ont ainsi été mis en valeur sans pour autant présager d'un lien de causalité. 3 catégories de facteurs liés au BOS ont ainsi été répertoriées :

- Les facteurs individuels :

Lien entre sexe masculin et dépersonnalisation,

Lien entre parentalité et les scores de DP et d'AP.

- Les facteurs intrinsèques (liés à la pratique de la médecine):

Lien entre le temps consacré à l'entourage et aux loisirs et le score d'EE,

Lien entre l'orientation délibérée en médecine générale et BOS,

Lien entre la sensation d'être menacé par le BOS et le fait d'être en burn out,

Lien entre la crainte de réaliser des erreurs médicales ou la sensation d'en faire fréquemment (le manque de confiance en soi) et le BOS,

Le fait de consulter un psychiatre, d'avoir des idées suicidaires.

- Les facteurs extrinsèques (liés à l'environnement de travail et à l'organisation de la profession):

Le lieu de stage (stage hospitalier et plus particulièrement aux urgences),

Le volume horaire (supérieur à 50 heures hebdomadaires, nombre de gardes mensuel),

La reconnaissance par le personnel soignant.

La santé des IMG comparée à celle des médecins généralistes

46,5% des IMG se sentent menacés par le BOS. Dans l'enquête URML de 2007 (8), c'est **60,8%** des MG qui se sentent menacés par le BOS. Ces internes sont-ils les prochains médecins en BOS ?

3,9% des IMG déclarent prendre des hypnotiques au moins une fois par semaine ; 20% des généralistes ont déclaré avoir pris des anxiolytiques ou des hypnotiques dans les 12 derniers mois (19).

6,5% des IMG déclarent prendre ou avoir pris des antidépresseurs pendant leur internat. Chez les médecins généralistes, ils sont 5% à prendre des antidépresseurs (auto-prescription dans 60% des cas).

6,1% des IMG ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois contre 2% des médecins généralistes.

La santé des IMG et celle des autres étudiants

12,3% des IMG fument régulièrement ; ils sont 13% chez les autres étudiants (44).

12% des étudiants de 18 à 26 ans ont eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (vs 6,1% des IMG).

1,4% des IMG soit 55/4050 déclarent avoir déjà fait une tentative d'autolyse ; ils sont 1,5% parmi les autres étudiants.

LES SOLUTIONS PROPOSEES AU BURN OUT SYNDROME

Parmi les solutions plébiscitées par les IMG se sentant menacés par le BOS :

- La diminution de la charge de travail serait utile pour 86,5% des IMG (vs 79%),
- Concernant l'autonomie et l'attribution d'un tuteur, il n'y a pas de différence entre les 2 groupes,
- 58,2% seraient favorables à l'instauration de groupes Balint vs 51,9%,
- 34% souhaiteraient la mise en place d'un numéro d'appel téléphonique d'urgence vs 26,6%.

Deux solutions sont proposées en proportion plus importante par les IMG en BOS et présentant 3 scores pathologiques ou EE élevé :

- La diminution de la charge de travail,
- La mise en place d'un service d'aide téléphonique même si seule une faible proportion des internes propose cette solution (1/3 environ).

La proposition de création d'un service d'aide téléphonique pour les internes provient de la mise en place en 2005 par l'AAPML (Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux) d'un service téléphonique d'écoute et d'aide aux médecins libéraux en détresse psychologique, dans l'exercice de leur profession. La ligne est ouverte 24h/24 et 7j/7 et permet de communiquer avec un psychologue clinicien (0826 004 580).

Il semble également que les IMG plus dépersonnalisés ou avec un AP bas sont moins enclins à la participation à des groupes Balint. On peut envisager 2 hypothèses suite à ces résultats :

- Ceux qui ont un AP bas ont peu de temps à se consacrer et donc ne souhaitent pas participer à plus de groupes de parole, cela amputant d'autant plus leur temps libre.
- Ceux qui dépersonnalisent plus ont une attitude moins empathique et voient moins la nécessité de réaliser des groupes de paroles. La solution à leur BOS se trouve dans leur cynisme et leur prise de distance vis-à-vis des patients. Le fait de participer à des groupes Balint les plonge dans la réflexion de l'origine de leur cynisme et peut donc être « dérangeant ».

La solution concernant une majoration de l'autonomie de l'interne a été controversée et peu plébiscitée. Certains internes s'estimant insuffisamment encadrés, cette mesure pourrait paraître contradictoire comme solution au BOS. Mais d'autres IMG peuvent y voir une marque de confiance supplémentaire (une reconnaissance accrue) de la part de leurs seniors et s'impliquer alors davantage dans le soin et s'y épanouir.

Il est intéressant de noter que les IMG souhaiteraient que soit appliquée une diminution de la charge de travail mais cela ne signifie pas forcément une diminution du volume horaire. C'est ce point qu'ils expriment dans les verbatims. Selon eux une meilleure organisation des services, une diminution de la charge administrative (prise de RDV pour les patients, tenue des dossiers, tri des résultats...), une meilleure répartition du temps de l'interne (plus de temps passé au lit du malade pour l'enseignement) sont les points majeurs à améliorer.

Quelques pistes de travail chez les internes de médecine générale

Plusieurs axes de travail et propositions découlent de ce travail de thèse. Il est nécessaire d'élaborer des mesures pour agir en amont du BOS afin de réaliser une prévention primaire et non secondaire :

- **Elaboration d'une fiche de poste** dans chaque service de médecine et lors des stages ambulatoires destinée aux IMG à leur arrivée (les internes de spécialité auraient également la leur).

Celle-ci permettrait à l'interne de connaître les droits et devoirs ainsi que les tenants et aboutissants de son travail d'interne dans chaque service. Cela lui permettrait également de situer sa progression au cours du stage et de planifier les choses qu'il n'a pas encore acquises. Le BOS provient souvent du fait que l'interne ne connaît pas les limites de son travail et s'investit « corps et âme » dans un travail qu'il ne peut réaliser à lui seul.

- Réalisation d'une **évaluation de mi-stage** (voire de ¼ de stage) individuelle visant à améliorer la pratique clinique de l'interne, valoriser la relation médecins seniors-internes et surtout dépister les internes en difficulté lors du stage.
- **Création d'un contrat de travail** pour tous les internes, remis au début du cursus et clarifiant le nombre de congés annuels, le volume hebdomadaire légal, la nécessité du repos compensateur post-garde, le salaire mensuel et sa progression et surtout explicitant les droits et devoirs de l'interne.
- Formation des IMG à leur nouveau statut d'interne (nouvelle prise de responsabilité) et surtout au **management d'une équipe médicale** (comment se comporter avec l'équipe soignante, formuler clairement des consignes, avoir une prescription rationalisée, prendre des décisions clairement énoncées et concertées...).

Dans cet objectif, il pourrait être mis en place dans chaque faculté un séminaire de « management du personnel soignant » destiné aux internes de première année avec notamment des mises en situation (jeu de rôle..) qui déboucheraient sur des conseils en cas de conflit et une aide à la résolution de ceux-ci. Il permettrait également aux internes de développer une estime et une confiance en soi dont ils ont grand besoin lors de la relation quotidienne avec les soignants ou les patients.

- Une **campagne d'information** en début de 1^{ère} année d'internat pourrait être utile pour faire connaître aux internes les structures de médecine du travail et de médecine préventive les entourant car c'est bien des services de médecine du travail qu'ils relèvent, en tant que salariés de l'hôpital public. Il serait judicieux d'expliquer la notion de burn out aux internes.
- On peut envisager de rendre obligatoire une visite de l'interne tous les ans chez son médecin traitant qui lui délivrerait un certificat de « non contre-indication » à la poursuite de son internat, ayant éventuellement pour but de dépister les IMG en souffrance psychologique mais surtout apporter son soutien et conseils en tant que praticien en exercice.

Une mesure pourrait être de proposer une plaquette d'information contenant les numéros utiles en cas de détresse psychologique et permettant donc un accès facilité aux soins.

Pendant l'externat, il serait intéressant de faire connaître aux étudiants les Bureaux d'Aide Psychologique Universitaires (BAPU). Ceux-là sont très consultés par les étudiants en 1^{ère} année de médecine (souvent suite à l'échec du concours et devant l'incertitude de la réorientation) mais très peu connus des autres étudiants.

- **La notion de prise de responsabilité progressive**

La prévention du BOS doit s'effectuer dès l'externat. Il serait utile d'instaurer une responsabilisation progressive de l'étudiant en médecine pour aboutir à un passage « en douceur » de l'externat à l'internat et non en rester à un mode ON / OFF. Là encore il serait indispensable de créer des fiches de poste pour les externes en poste (en fonction de leur année d'étude) et dans chaque service, de restaurer l'enseignement (parfois totalement absent) par les chefs de clinique mais également les internes afin de retrouver le compagnonnage souvent cité comme manquant. Un statut de « super externe » pourrait être créé en 6^{ème} année avec une responsabilité accrue mais un encadrement adapté. Les postes de FFI (Faisant Fonction d'Interne) sont aussi une étape de préparation à la vie d'interne.

- **Le « curriculum caché »**

Les IMG doivent être formés à cette notion et apprendre à la gérer en toute conscience. Chacun devrait pouvoir être capable d'en énumérer quelques exemples. Il serait intéressant d'envisager une formation dédiée à cette notion.

- **La promotion de la médecine générale** ou choisir en connaissance de cause.

Afin de promouvoir la médecine générale et éviter l'orientation par défaut dans ce cursus, il faut rendre obligatoire le **stage d'initiation à la médecine générale** théoriquement prévu au cours du deuxième cycle des études médicales (DCEM) depuis 1997 (3).

- La formation des internes de médecine générale doit être profondément modifiée. La création d'un **deuxième stage obligatoire en médecine ambulatoire** est primordiale.

On ne peut continuer à former des internes sur la base uniquement de stages hospitaliers (8 ans et demi de formation hospitalière vs 6 mois de médecine ambulatoire). Cette mesure a notamment été préconisée dans le rapport Legmann 2010 (3). Il est proposé dans cette mission de créer un poste de remplaçant assistant à l'issue de 3 semestres de médecine générale validés. L'interne pourrait effectuer des remplacements mais bénéficier également du savoir et de l'expérience du praticien titulaire qu'il remplace, par le biais d'un compagnonnage.

- La création d'un **observatoire de la santé des internes** : Par exemple par le biais d'un questionnaire remis à chaque interne en fin de stage ou au moment du choix de poste, il serait possible d'évaluer de façon anonyme le bien-être (ou non) des internes.

- **Le passage au CHU** ne devrait pas être une obligation pour les internes ; cette pratique peut certes les amener à être pointus dans une spécialité bien précise, mais elle les éloigne de la médecine générale. Il faudra donc privilégier un deuxième stage ambulatoire obligatoire plutôt que la pratique en centre universitaire.

Dans la faculté de médecine de Grenoble un tutorat a été mis en place par le département de médecine générale en 2010. Il est obligatoire pour les IMG de se mettre en contact avec leur tuteur en début d'année (un médecin généraliste enseignant ou parfois un jeune médecin thésé volontaire). Le but est double : assurer un suivi du cursus et de l'acquisition des compétences et soutenir l'interne en cas de difficultés.

Une thèse est en cours de réalisation dans cette même faculté dont le but serait de mettre en place, avec une psychologue de la médecine du travail, des séminaires exposant les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre les difficultés du travail d'interne.

Parmi les solutions proposées aux médecins généralistes (rapports KCE (45) et Legmann (3)), certaines sont applicables aux IMG :

- Désamorcer les conflits de valeur (prendre conscience de son curriculum caché, valoriser l'accomplissement personnel),
- Equilibrer les obligations et protections professionnelles (réalisation régulière de bilans de santé, consultation obligatoire en médecine du travail ou médecin traitant),
- Pallier le manque de support confraternel (organisation de réunions sportives, de groupes de réflexion sur la confraternité type Balint ou groupes de pairs...),
- Pallier le manque de contrôle de l'IMG sur sa pratique professionnelle (aide à gérer le temps, apprendre à dire non, clarifier les rôles et l'organisation, fiche de poste),
- Pallier le manque de reconnaissance de la médecine générale (stage d'initiation à la médecine générale au cours de l'externat, éditer une charte patients-internes destinée aux patients, imposer 2 semestres en médecine ambulatoire),
- Eviter le surmenage (meilleure répartition entre charge administrative et temps clinique, apprentissage de techniques de gestion du stress).

À l'issue de l'enquête URML IDF, 4 des 5 solutions plébiscitées par les MG sont applicables aux IMG :

- Mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale,
- Prendre en compte le médecin pour lui-même,
- Mieux préparer les étudiants en médecine,
- Obtenir de l'aide pour la gestion administrative.

À l'issue de cette thèse, il serait utile que chaque DMG des facultés où a eu lieu l'étude ait accès aux résultats afin de prendre connaissance dans un premier temps de la prévalence du BOS à l'échelon local et dans un second temps de mettre en place des mesures préventives de ce syndrome.

L'installation

Devant l'étendue de notre enquête et la multiplicité des réponses et interprétations, nous avons choisi de ne pas étudier les perspectives d'avenir des IMG. Cela pourra faire l'objet d'une thèse future. Quelques chiffres sont néanmoins importants :

- L'âge moyen d'installation en cabinet de médecine générale est de 38,88 ans.
- En 2010, il y a eu (seulement) 8,6% de nouvelles installations libérales et 23,9% de nouveaux médecins généralistes remplaçants déclarés à l'ordre des médecins.
- **52,8%** des IMG de notre étude souhaitent pourtant faire moins de 2 ans de remplacement ou ne pas en faire.

On peut donc se demander ce qui pousse les internes, futurs médecins généralistes à changer d'avis quant à leur installation future et à en repousser la date. Prennent-ils conscience au

moment des stages ambulatoires des difficultés à « manager » un cabinet ? Cela les décourage-t-il ? Trouvent-ils dans la fonction de remplaçant une liberté de mouvement et d'adaptation, une diminution des contraintes qui se perd lors de l'exercice fixe en cabinet ? Quels sont les déterminants du passage de remplaçant à praticien titulaire ? Toutes ces questions pourront faire l'objet d'un travail de thèse ultérieure.

THESE SOUTENUE PAR : Antoine Le Tourneur et Valériane Komly

TITRE : Burn Out des internes en médecine générale : Etat des lieux et perspectives en France métropolitaine

CONCLUSION

Nous avons pu montrer qu'une part importante des IMG français souffrait de leur condition d'interne avec des conséquences sur leur santé et sur leur efficacité en termes de soins. Ce constat est un premier pas vers la recherche de solutions, dont l'intérêt n'est plus à démontrer. Si l'interne, en début de carrière par définition, n'éprouve pas de satisfaction dans son accomplissement professionnel, il est difficile de penser qu'il s'investira corps et âme dans le bon fonctionnement de notre système de soins comme c'est le cas actuellement avec les anciennes générations de médecins (de moins en moins d'ailleurs), à qui visites à domicile, continuité des soins 24h/24h, 365 jours par an, et semaines de 80 heures ne faisaient pas peur.

Nous avons suggéré quelques pistes comme la réduction de la charge de travail, la création de groupes de paroles, des mesures visant à augmenter la reconnaissance ressentie par les internes. Elles ne pourront voir le jour à notre sens que si elles sont soutenues par les internes ou mieux encore, si elles émanent directement des internes eux-mêmes (via les associations d'internes) avec le soutien indispensable des instances dirigeantes. Deux obstacles majeurs s'y opposent :

- l'un d'ordre matériel : les internes n'ont pas de temps à consacrer à ce problème qui peut leur sembler « secondaire » tant ils sont préoccupés par leurs stages et travaux personnels obligatoires, ce qui laisse peu de place à l'investissement dans la vie associative. Qu'il nous soit permis à ce propos d'en remercier les internes qui font vivre ces associations. Soulignons que le même problème se pose avec les professeurs et médecins seniors responsables de la formation des internes chez qui l'activité professionnelle laisse peu de temps à la gestion de ce « genre de déconvenues », comme la mise en place de tuteur senior à chaque interne (système de compagnonnage) par exemple,
- l'autre obstacle est d'ordre moral : le médecin et donc l'interne par extension, n'a pas le droit d'être malade ni le droit de se plaindre. Qui irait se faire soigner par un soignant lui-même malade d'autant plus si il s'agit d'une pathologie d'ordre psychologique telle que le BOS ?!

« Il n'y a rien de plus ridicule qu'un médecin qui ne meurt pas de vieillesse » Voltaire.

De plus, « les internes et médecins ont la belle vie ! Pourquoi iraient-ils se plaindre ?! » En effet, l'interne et le soignant sont victimes de leur propre image de soignant invincible, à la générosité sans bornes. Ils dénigrent leur mal-être, qu'ils n'avouent ni à leur entourage ni à eux-mêmes. Le BOS reste bel et bien un sujet tabou.

Jusqu'ici tout va bien le système fonctionne, alors pourquoi agir ? Combien d'arrêts maladie, de réorientations, de suicides (et tentative d'autolyse) chez les soignants verront le jour avant que l'on prenne réellement conscience du problème ?

Les internes doivent trouver le courage de s'exprimer quand les choses ne fonctionnent pas et s'accorder le temps nécessaire à la recherche de solutions.

Dans le cadre de la poursuite de notre travail, il serait intéressant d'étendre l'étude aux internes des autres spécialités afin de juger dans quelles proportions eux aussi sont touchés par le BOS et de refaire un état des lieux d'ici quelques années pour mesurer l'évolution du phénomène en fonction des changements effectués dans la formation des IMG. (si il y en a eu...)

« Un bon médecin est un médecin en bonne santé et surtout un médecin vivant » Y. Léopold

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 10/11/2011



LE DOYEN :

JP ROMANET



LE PRESIDENT DE THESE :

Pr R. DE GAUDEMARIS



ANNEXES

ANNEXE 1: MASLACH BURN OUT INVENTORY

0 : jamais, 1 : quelques fois par an, 2 : une fois par mois, 3 : quelques fois par mois, 4 : une fois par semaine,
5 : quelques fois par semaine, 6 : chaque jour

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

Interprétation :

Pour le score d'EE : additionner les questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 :

BOS bas : score < 18

BOS modéré : 18 à 29

BOS élevé : > 29

Pour le score de DP : additionner les questions 5, 10, 11, 15, 22 :

BOS bas : <6

BOS modéré : 6-11

BOS élevé : > 11

Pour le score d'AP additionner les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 :

BOS élevé : < 34

BOS modéré : 34-39

BOS bas : > 39

ANNEXE 2 : CURSUS DE L'INTERNE DE MEDECINE GENERALE

L'interne de médecine générale est un médecin en formation qui après 6 années d'études - principalement théoriques - et le passage de l'Examen National Classant (ECN), participe au fonctionnement du système de soins français majoritairement au sein de services hospitaliers. Il doit alors effectuer 11 demi-journées de stage par semaine dont 2 demi-journées libres consacrées aux travaux de recherche (rarement respectées en pratique), et participer au service de gardes et astreintes permettant d'assurer la continuité des soins. L'internat de médecine générale d'une durée de 3 années est une période de vie difficile tant sur le plan professionnel (charge de travail élevée jusqu'à 90h hebdomadaires, responsabilités importantes, manque de sommeil, changement de poste tous les 6 mois, auxquels s'ajoutent des travaux de recherche obligatoires pour la validation du DES (thèse, mémoire, portfolio...), que sur le plan personnel (éloignement familial, difficultés de logement et de transport, temps libre réduit, difficultés à concrétiser un éventuel désir de maternité).

Après l'obtention du baccalauréat, la 1^{ère} année ou **PACES** (Première Année Commune des Études Santé, ex PCEM1) est une année de concours avec un nombre déterminé de places pour accéder à l'année suivante (Numerus Clausus). Le doublement de cette première année n'est autorisé qu'une seule fois. Puis les études de médecine se déroulent en trois cycles au sein d'une des 26 universités françaises.

Les 2^{ème} et 3^{ème} années, respectivement **PCEM2** (pour Premier Cycle des Etudes Médicales-2^{ème} année) et **DCEM1** (pour Deuxième Cycle des Etudes Médicales - 1^{ère} Année), sont deux années charnières où sont continués les enseignements de Sciences Fondamentales commencés en 1^{ère} année et où débutent également des enseignements et des stages pratiques.

Les 3 années suivantes **DCEM2**, **DCEM3**, **DCEM4** sont les années qui forment à ce qu'on appelle traditionnellement l'**Externat** : les enseignements sont répartis pour moitié entre les stages hospitaliers (souvent le matin), dont un stage en médecine générale (obligatoire depuis juin 2009 seulement et encore rarement pratiqué par toutes les promotions) (46), et des cours à la Faculté. À l'hôpital, l'étudiant obtient ses premiers rôles de soignant et participe au fonctionnement du service.

L'accès à l'**Internat** est subordonné au passage des Épreuves Nationales Classantes qui permettent à l'étudiant en fin de 6^{ème} année (DCEM4, BAC+6 voire +7), selon son classement, de choisir sa spécialité et la région (parmi les 26 facultés françaises) où il effectuera son Internat. La médecine générale représente plus de 50% des postes proposés (3333 pour 6186 internes ayant passé les ECN en 2008).

Internat de médecine générale

L'**Internat** de médecine générale, se déroule sous forme de stages successifs de 6 mois pour une durée totale de 3 ans. Ces semestres se déroulent essentiellement en centres hospitaliers où l'interne a désormais un rôle important dans l'activité des services. L'interne est alors médecin, mais pas encore docteur en médecine.

La Thèse est soutenue au cours de l'Internat et permet l'accès au titre de Docteur en Médecine. Elle peut également être présentée jusqu'à 3 ans après la validation du DES de médecine générale.

Les **stages** représentent 11 demi-journées par semaine, dont théoriquement 2 consacrées à la formation. En pratique, les internes ont une fonction de **prescripteur** dans les services et gèrent la **continuité des soins**, tout en ayant la possibilité d'en référer aux médecins seniors en cas de problème. Ce travail comporte également des **gardes** et/ou astreintes mais qui comptent dans les demi-journées de travail et qui s'accompagnent d'une journée de repos de sécurité (dit aussi "repos compensateur") le lendemain.

L'internat reste une période d'étude. Des travaux personnels sont demandés bien que n'étant plus des examens. Il s'agit de recherches bibliographiques, mémoires, etc. Ces modalités sont différentes suivant les villes et les spécialités. Les seuls travaux imposés par la loi sont le **mémoire de fin de DES** et la **thèse**.

Cette période de formation demande à l'interne une capacité d'adaptation importante aussi bien sur le plan professionnel que logistique, celui-ci étant souvent amené à exercer par exemple de la gériatrie dans un établissement durant 6 mois, puis de la pédiatrie ou gynécologie dans un second établissement, de la médecine d'urgence dans un troisième et enfin un stage chez le praticien en cabinet. Les lieux de stage étant souvent imposés en début de cursus, l'interne est contraint à des changements de domicile fréquents particulièrement dans les subdivisions rurales ou à défaut, à des frais et durées de transport importants principalement en région parisienne. A cela s'ajoutent les difficultés d'adaptation au niveau professionnel : changement complet de l'équipe de travail, connaissances requises « remises à zéro » tous les 6 mois. En effet le savoir requis dans l'exercice de la pédiatrie hospitalière par exemple diffère de celui de la médecine générale de ville, de l'orthopédie, ou encore de la cardiologie et de celui des différents lieux de stages proposés voire imposés aux internes de médecine générale (IMG).

Si ces exigences imposées aux IMG permettent de former des médecins généralistes « ultra-polyvalents », enrichis d'expériences multiples tant sur le plan humain que scientifique, capables de surmonter des conditions d'exercice difficiles, elles peuvent aussi être sources d'épuisement, de démotivation, de perte de confiance en soi et in fine de BOS.

Les stages

Stage chez le praticien (obligatoire)

Dans le cadre de ce stage, l'interne découvre son futur métier et ses spécificités pendant un semestre. C'est l'apprentissage des connaissances médicales appliquées aux soins de premier recours, mais également celui d'un mode d'exercice différent de ce qu'il a toujours connu dans ses stages hospitaliers.

C'est aujourd'hui le seul stage obligatoire en ambulatoire dans les 3 ans de la maquette des internes de médecine générale. C'est dire son importance.

SASPAS (facultatif et non accessible à tous)

Le Semestre Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé est un stage effectué en cabinet, parfois dit « de niveau 2 ». L'interne y exerce en supervision indirecte, c'est-à-dire qu'il consulte seul et débrieife avec le maître de stage en fin de journée. Réalisé en dernière année dans l'optique d'un semestre professionnalisant, son but est de permettre à l'interne de devenir pleinement autonome et apte à exercer le métier de médecin généraliste (de premier recours). Aujourd'hui, il n'est réalisé en moyenne que par 30% des internes de médecine générale faute

de plus de terrains de stage disponibles, 30% des futurs généralistes seulement qui pourront avoir un an de formation propre à leur futur métier sur 9 ans d'études.

Médecine polyvalente (obligatoire)

La formation pratique de médecine générale comprend également un semestre obligatoire dans un lieu de stage hospitalier agréé au titre de la discipline médecine générale c'est-à-dire un stage de médecine d'adultes : médecine de spécialité (cardiologie, néphrologie, endocrinologie, etc.), médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie. Les terrains de stage proposés sont très variables en fonction des hôpitaux et permettent à l'IMG de choisir la discipline qui l'attire le plus, tout en restant dans le domaine de la médecine générale.

Urgences (obligatoire)

Un semestre aux urgences médicales et/ou chirurgicales est également obligatoire au cours du cursus. Celui-ci permet aux étudiants de passer dans des unités aussi variées que le post-urgence, l'unité d'hospitalisation de courte durée, le SAMU éventuellement, la réanimation sur une courte durée, l'unité de soins intensifs...

Pédiatrie et/ou Gynécologie (obligatoire)

Le stage en pôle mère/ enfant soit une formation en pédiatrie et/ ou gynécologie de 6 mois est obligatoire afin de valider le cursus de médecine générale. L'IMG choisi de réaliser soit l'une des disciplines soit l'autre ; c'est généralement un choix difficile à faire car les 2 disciplines sont largement pratiquées en médecine générale. Dans certaines facultés, les 2 matières sont regroupées au cours du même stage; l'interne réalise ainsi 3 mois de pédiatrie et 3 mois de gynécologie. Le semestre de pédiatrie peut depuis peu se réaliser en stage ambulatoire chez des praticiens ayant une activité pédiatrique importante (47).

Semestre libre

Enfin le cursus se termine la dernière année par un semestre, selon le projet professionnel de l'IMG, effectué soit en médecine générale ambulatoire (sous la forme d'un SASPAS), soit dans une structure médicale agréée dans le cadre d'un projet personnel validé par le coordonnateur de médecine générale (projets multiples et variés : stage avec la PASS, en centre pénitentiaire, en centre d'addictologie, en centre d'orthogénie ...).

Centre Hospitalier Universitaire

Au cours de la formation un semestre est obligatoire dans les lieux des stages au sein des centres hospitaliers universitaires agréés au titre de la discipline médecine générale. Toutefois, le coordonnateur local du diplôme d'études spécialisées de médecine générale peut, après avis du directeur de l'unité de formation et de recherche, dispenser l'interne de ce stage, dans le cas où les capacités de formation de la subdivision dont il relève s'avèrent insuffisantes (48).

Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont théoriquement obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation. En réalité, il existe peu de facultés où des journées de formation sont réellement dédiées à l'apprentissage de la prise en charge psychologique des patients.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DISTRIBUE

QUESTIONNAIRE destiné aux internes de médecine générale de France métropolitaine distribué à la session de choix de postes de MARS-AVRIL 2011.

Chers internes, chers collègues,

Le syndrome de Burn Out est reconnu depuis peu chez nos aînés médecins généralistes. Il semble étendu et menaçant; des mesures de prévention et de prise en charge se mettent en place.

Qu'en est-il de nous, internes de médecine générale ?

Dans le cadre de notre thèse, nous menons une étude au niveau national sur la prévalence de ce syndrome chez les internes de médecine générale.

Merci de prendre quelques minutes pour remplir ce questionnaire et le remettre en sortant de votre choix de poste.

Les données recueillies sont strictement anonymes et confidentielles.

SITUATION PERSONNELLE

1. Sexe : M F Age : I _ I _ I
2. Votre CHU :
3. Statut matrimonial : En couple Célibataire Marié(e)
4. Nombre d'enfants à charge : 0 1 2 >2
- 5.

SITUATION PROFESSIONNELLE

6. CHU validé : OUI NON
7. Vous allez débiter votre : 1 2 3 4 5 6 ème semestre
8. Semestre en cours : Stage ambulatoire de niveau 1 Urgences Pédiatrie/gynéco
 SASPAS Médecine polyvalente Stage libre
9. Nombre d'heures travaillées par semaine (semestre actuel) : I _ I _ I _ I
10. Nombre de gardes effectuées par mois (semestre actuel) : 0 1 2 3 4 5 6 >6
11. Nombre de week-end libres par mois : 0 1 2 3 tous
12. Nombre de semaines de vacances (semestre actuel) : 0 1 2 3 >3

MODE DE VIE

- | | pas du tout d'accord | plutôt pas d'accord | plutôt d'accord | tout à fait d'accord |
|--|-----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|
|--|-----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------------|

ETUDES ET PERSPECTIVES

16. Votre orientation en médecine générale est-elle :
Un choix délibéré Choix par défaut Passage obligé vers un DESC Autre :
(précisez)
17. Si c'était à refaire, repasseriez-vous le concours PCCEM1 : OUI NON
18. Avez-vous déjà envisagé de quitter la médecine :
Jamais A 1 à 2 reprises Souvent Régulièrement et je pense le faire dans un avenir proche
19. A priori, concernant votre exercice futur :
- Après votre internat, vous commencerez par exercer en tant que remplaçant pendant : < 2 ans
3 à 5 ans
Pour une durée indéterminée Je ne ferai pas de remplacement
 - Vous exercerez : en rural en semi-rural en ville autre :.....
 - Vous serez : salarié seul en cabinet en cabinet de groupe
 - Vous participerez aux gardes et astreintes : OUI NON
 - Vous ferez des visites à domicile : OUI NON
 - Vous consulterez sur rendez-vous uniquement : OUI NON
 - Combien de 1/2 journées hebdomadaires travaillerez-vous : 6 voire moins 7 8 9
10 11 et plus
 - Combien de temps consacrez-vous à vos patients en moyenne par consultation :
10 min 15 min 20 min 25 min 30 min 40 min plus de 40 min

VOTRE SANTE

20. Vous sentez-vous menacé par le syndrome d'épuisement professionnel (BURN OUT) :
Pas du tout Pas vraiment Plutôt oui Oui tout à fait Je ne connais pas
21. Consommez-vous du tabac : OUI combien de cigarettes par jour |__|__| NON
22. Vous arrive-t-il de consommer plus de 3 verres d'alcool en une journée :
Jamais Une fois par an Une fois par mois Une fois par semaine Plus d'une fois par semaine
23. Consommez-vous des anxiolytiques ou des hypnotiques :
Jamais Une fois par an Une fois par mois Une fois par semaine Plus d'une fois par semaine
24. Êtes-vous ou avez-vous été sous traitement antidépresseur au cours de votre internat ? OUI NON
25. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre/psychologue au cours de votre internat ? OUI NON
26. Sinon, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait ? OUI NON
27. Avez-vous eu des idées suicidaires au cours de ces 12 derniers mois ? OUI NON
28. Avez-vous déjà essayé de mettre fin à vos jours ? OUI NON

STRESS PROFESSIONNEL

- | | Jamais | Rarement | Parfois | Souvent | Tous les jours |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 29. Craignez-vous de faire une erreur médicale : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Pensez-vous faire des erreurs dans la prise en charge médicale de vos patients : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Êtes-vous préoccupé par vos patients hors du contexte professionnel (rêves/ insomnie) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Au cours du semestre actuel, avez-vous constaté un « ras-le-bol » de la part de certains de vos seniors : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FORMATION ET RECONNAISSANCE

- | | Pas du tout | Peu | Assez | Enormément |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 33. Estimez-vous être correctement accompagné dans votre parcours de formation : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Estimez-vous recevoir assez de reconnaissance de la part : | | | | |
| De vos seniors : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'équipe soignante : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De vos patients : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Pensez-vous que l'interne est reconnu à sa juste valeur (Position sociale, charge de travail, rémunération) : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Comment qualifieriez-vous la période de l'internat (plusieurs réponses possibles) : | | | | |
| Difficile <input type="checkbox"/> Eprouvante <input type="checkbox"/> Insoutenable <input type="checkbox"/> Agréable <input type="checkbox"/> Stimulante <input type="checkbox"/> Passionnante <input type="checkbox"/> Ne se prononce pas <input type="checkbox"/> Pénible <input type="checkbox"/> | | | | |

BURN OUT SYNDROM ou SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : Echelle MBI

37. 0 : jamais, 1 : quelques fois par an, 2 : une fois par mois, 3 : quelques fois par mois,
4 : une fois par semaine, 5 : quelques fois par semaine, 6 : chaque jour

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

VOS SUGGESTIONS

38. Pensez-vous que les mesures suivantes aient un intérêt pour prévenir le syndrome de Burn Out chez les internes :

	Pas du tout	Peu	Assez	Enormément
a. Diminution de la charge de travail :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Augmentation de l'autonomie de l'interne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Attribution d'un tuteur sénior à chaque interne :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mise en place de groupes de parole de type Balint :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mise en place d'un service téléphonique anonyme d'aide psychologique aux internes disponible 24h/24h et 7j/7 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Avez-vous des commentaires sur vos perspectives d'avenir, votre santé, les moyens à œuvrer ou sur le questionnaire. Merci de les partager avec nous.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Merci d’avoir participé à ce questionnaire.

Antoine Le Tourneur et Valérie Komly (Faculté de médecine de Grenoble).

Directeur de thèse : Pr Eric Galam

Pour nous contacter : burnoutdesinternes@gmail.com

AVEC LE PARTENARIAT DE



www.prevention-medicale.org

ET LE SOUTIEN DE LA



ANNEXE 4: FLYER ISNAR

THESE sur le BURN OUT des internes de médecine générale de France métropolitaine.

Chers internes, chers collègues, chers membres actifs de l'ISNAR-IMG,

Internes en médecine générale à la faculté de Grenoble, nous effectuons actuellement un travail de recherche sur le BURN OUT des internes en médecine générale dans le cadre de notre thèse.

En effet ce phénomène est reconnu depuis peu chez nos aînés médecins généralistes et des mesures de prévention se mettent en place. Mais qu'en est-il de nous, internes ?

Nous avons réalisé un questionnaire (rempli en 5 à 10 minutes) destiné à l'ensemble des internes de médecine générale du territoire, qu'ils pourront remplir lors des prochains choix de stage en MARS AVRIL 2011.

Pour garantir le succès de notre étude, un partenariat avec les associations locales des internes est essentiel. C'est pour cela que nous vous sollicitons, seriez vous prêts à nous soutenir ?

Bon nombre d'entre vous se sont déjà portés volontaires et nous les en remercions, le taux de réponse à ce questionnaire est un facteur déterminant majeur pour la qualité des résultats de l'enquête. Les internes se sentent impliqués par le sujet, nous pouvons donc espérer une participation satisfaisante si nous leurs donnons les moyens de remplir ce questionnaires dans de bonnes conditions.

Si vous êtes intéressés, vous pouvez nous contacter par email ou par téléphone, nous serions ravis de vous accueillir dans notre projet !

Merci de votre soutien, et à bientôt.

Antoine LE TOURNEUR et Valériane KOMLY,
Internes en médecine générale,
Faculté de Grenoble

antoine.le.tourneur@gmail.com

valkomly@wanadoo.fr

ANNEXE 5 : FICHE EXPLICATIVE POUR LE DEROULEMENT DE LA DISTRIBUTION

Antoine LE TOURNEUR & Valériane KOMLY
RESIDENCE HOSPITALIERE
Bâtiment E Appartement 5
143 Route des SARVES
74370 METZ TESSY

METZ TESSY, le 4 Mars 2011,

Chers collègues, chers amis,

Merci de votre participation qui est indispensable à la réussite de notre travail, en effet si nous y avons investi beaucoup de temps et de moyens, c'est de vous maintenant que dépend la suite. Nous avons besoin de vous !

Afin d'améliorer le taux de réponse, il faudrait au moment des choix :

- **PRENDRE LA PAROLE DANS L'AMPHI** pour informer les internes des modalités et objectifs de notre travail, ceci ne doit prendre que quelques minutes.
- **DISTRIBUER** les questionnaires soit à l'entrée des internes, soit lorsqu'ils sont tous installés, soit les 2, ne pas oublier les stylos !
- **RECUEILLIR** les questionnaires remplis à leur sortie de l'amphi.
- N'oubliez pas de **REmplir LA FICHE DE RENSEIGNEMENTS JOINTE** indiquant le nombre d'internes présents au choix ainsi que les coordonnées d'une personne que nous pouvons joindre.

Vous trouverez dans ce colis **une enveloppe pré-payée** destinée à nous retourner les questionnaires remplis ainsi que la fiche de renseignements.

Bien sur, si vous avez le moindre problème n'hésitez pas à nous solliciter. Et encore une fois la réussite de ce projet dépend en grande partie de vous et des internes de votre faculté, **chaque questionnaire compte !**

A bientôt,

Antoine LE TOURNEUR

antoine.le.tourneur@gmail.com

Valériane KOMLY

valkomly@wanadoo.fr

ANNEXE 6 : FICHE DESCRIPTIVE DU NOMBRE D'IMG PRESENTS AU CHOIX DE POSTE

FICHE A REMPLIR

Faculté :

Nombre d'internes en Médecine générale de votre faculté :

Les informations suivantes ne vous seront probablement pas toutes disponibles, merci cependant de les remplir avec le plus de précision possible.

Nombre d'internes convoqués au choix :

Internes absents :

- PRAT stage ambulatoire niveau 1 : Présents NON Nombre :
- SASPAS stage ambulatoire niveau 2 : Présents NON Nombre :
- PROCURATIONS, Nombre :
- DOM/TOM, Nombre :
- DISPOS, Nombre :
- MALADIE, Nombre :
- MATERNITE, Nombre :
- AUTRES :

TOTAL internes absents :

Commentaires :

.....
.....
.....

Coordonnées d'une personne que nous pouvons joindre si besoin :

NOM : Prénom :

Téléphone : 06

Mail :@.....

Merci de votre soutien !

Antoine LE TOURNEUR

06 ** ** ** **

Antoine.le.touneur@gmail.com

Valériane KOMLY

06 ** ** ** **

valkomly@wanadoo.fr

ANNEXE 7: VERBATIMS

LE BURN OUT SYNDROME :

HH122 : Peur que parler de mes soucis à certains professeurs de la fac ne me mette dans le pétrin

Les groupes de pairs sont une bonne idée mais tels qu'ils sont mis en place dans ma fac (9 internes pour 1 prof), ça ne sert pas vraiment par rapport au BOS.

HH162 : Les points les plus éprouvants : la peur de l'erreur, la sensation de culpabilité quand parfois on perd un patient, la souffrance de patients et de leur famille que l'on soutient, à évacuer au retour à la maison.

Le burn out me fait plus peur dans les suites, à l'installation et la difficulté à gérer un cabinet, s'occuper de sa patientèle en étant disponible tout en ayant une vie de famille à côté.

HH156 : - J'ai fait un BOS en début d'année, en accumulant la fatigue (lié à la dévalorisation puis surmenage et solitude en campagne)

- Je remercie mes tuteurs du DMG (qui encadrent nos GEASP en cours...) de m'avoir arrêtée quand j'avais la tête dans le mur => importance d'avoir un suivi au niveau universitaire (superficiel à mon avis au niveau du service), qui permet une distance, un recul, une écoute différente.
- Prendre en compte les contraintes de distance (temps lors des stages en periph, qui raccourcit le temps, qui nous échappe déjà).
- Trop de travail tue le travail
- À l'heure où je remplis ce questionnaire, ça va mieux !

TM4 : Questionnaire un peu faussé en ce moment car je suis en stage prat donc plus cool, moins d'horaire, et quand même la possibilité d'aller courir quelques fois.

Mais je n'aurai sûrement pas répondu comme ça au semestre précédent étant dans un service d'urgences avec 150 passages par jour et plus de 80 heures / semaine.

TV10 : Internat très difficile pour moi au début ; trop de responsabilités d'un coup - trop de différences entre fin de l'externat et début de l'internat. Beaucoup mieux après quelques mois. Je me suis rendu compte que trop de pression auto-infligée sans forcément que les responsabilités soient si lourdes finalement.

TV87 : Burn out peut être dû au nombre d'heures passées au travail, au nombre important de patients que l'on voit par jour, au nombre de gardes important, à certaines responsabilités que l'on a et qu'on ne devrait pas avoir, dû à notre « petite » expérience.

TV91 : Concernant mon 1^{er} stage d'interne : trop d'autonomie, trop vite, l'impression de « boucher les trous » du manque de chefs, pas de soutien ou très peu des seniors et certains épisodes de détresse psychologique face à des décès, à la gestion des familles des mourants sans préparation ou débriefing avec mon chef...

TV92 : Internes : Une population et une période de notre vie TRES exposée à ce syndrome. J'ai appris, notamment à travers mon stage de niveau 1 que plus tard, je me préservrai personnellement, mon métier ne sera pas un sacerdoce.

TV94 : IMG= Bouche-trou, on nous met là où personne ne veut aller = déménagement tous les 6 mois (surtout si grande région= RAS-LE-BOL)

EV7 : Mon traitement antidépresseur commencé pendant l'externat n'a pas pu être arrêté pendant l'internat du fait du stress et de la pression.

EV8 : Évitez de considérer l'interne comme un bouche-trou, comme un remplaçant d'un senior alors qu'il doit apprendre et doit être entouré. L'administration de la faculté ne comprend pas qu'on n'a pas de journées de libres et redemande toujours et encore de revenir pour x papiers.

EV21 : Ce qui fait que je trouve le travail d'interne aux urgences difficile :

- La charge de travail
- Les responsabilités
- Le risque d'erreur médicale
- Le manque de place dans les services

EV25 : Je n'ai jamais eu de problème de santé avant la médecine.

Je suis traité pour dépression par antidépresseurs depuis 7 ans. Je pense que mon travail y est pour quelque chose. À cause de ce « handicap », je dois choisir des stages cools. À l'avenir je m'installerai avec des amis dans un cabinet de groupe pour avoir des horaires moins contraignants.

Les médecins qui me suivent me disent qu'on pourra envisager un arrêt de traitement quand je serai installé (stabilité professionnelle) et quand j'aurai une certaine stabilité familiale (mariage+enfants, ce qui va bientôt arriver).

La médecine générale a été pour moi un choix personnel d'activité qui s'est créé au cours de mes 6 premières années d'étude et principalement en rapport avec le fait de mon dégoût hospitalier. Les IMG sont trop souvent considérés comme des « bouche-trous » de l'hôpital, insuffisamment rémunérés par rapport au travail fourni. Après il est vrai que le statut libéral, l'activité professionnelle de médecine générale est stressant. Je crois que c'est à chacun de savoir où sont nos priorités et d'arriver à prendre du temps pour soi et ses proches.

XV20 : Je me sens globalement mieux que pendant l'externat, période à laquelle j'ai vraiment fait des burn out... !

SA83 : J'ai personnellement fait 2 dépressions majeures pendant mon internat qui m'ont fait remettre en question mes capacités à être médecin et ont entraîné l'invalidation de 2 semestres. C'est un sujet très intéressant à mon avis. Il est important de mener une réflexion sur ce sujet.

SA45 : Le début de l'internat est vraiment très difficile puis ça s'améliore mais il persiste de nombreuses difficultés tant sur le plan physique, intellectuel que psychique ou émotionnel. Le fait d'être déprécié fait que l'on se sent parfois nul et minable et parfois j'ai eu l'impression de ne pas avoir ma place en médecine ou que je n'arriverai jamais à soigner correctement les patients (quelques fois heureusement, on se rend compte que l'on progresse et que l'on va y arriver).

SA44 : Le problème du burn out serait selon moi plutôt dû à la rentabilité attendue du personnel hospitalier avec la « tarification à l'activité », qu'à la relation aux malades. Travail parfois trop « précipité », qui se veut « productif », on ne prend plus le temps. Ce n'est pas d'une oreille attentive dont le personnel hospitalier aurait besoin, mais d'une modification des conditions de travail.

SA22 : Réponses correspondant à un stage plus que médiocre actuellement en pédiatrie à Sélestat.

SA21 : Réponses faussées par un stage incroyablement mauvais (pédia Sélestat).

SA14 : À mon avis le burn out de l'externe est aussi à étudier et au moins aussi important.

SA7 : Je ne suis pas en burn out mais si j'avais rempli le MBI en 1^{er} semestre, j'aurais explosé les scores.

SA2 : L'internat de médecine est connu de longue date pour sa dureté physique et émotionnelle. Malgré ses difficultés, c'est un passage obligé avant notre exercice pratique. En mon sens il faut continuer ainsi malgré tout.

XA273 : Mon ressenti est un peu perturbé par un cancer de la thyroïde et des ajustements hormonaux, un planning condensé en pédiatrie sur 4 mois, dur dur...

XA244 : L'internat c'est épuisant !

XA228 : « L'intensité globale » (charge de travail, ressenti, stress...) varie en fonction des stages. Le plus difficile a été le CHU, aux urgences avec des médecins en sous-effectif et eux-mêmes très éprouvés / épuisés par leur travail.

XA170 : J'ai l'impression dans ma vie de ne faire que de la médecine. Peu de temps pour sport / loisirs ou famille. Intéressant mais fatiguant psychologiquement !

XA99 : Un facteur qui pour moi a souvent été source de stress, c'est l'inadéquation de la demande légitime le plus souvent (mais parfois moins) des patients (demande sociale liée à la dépendance / autonomie des personnes, plus rarement demande médicale, très souvent demande de soutien, aide, écoute) et du temps et des moyens à disposition. J'ai souvent eu la sensation (CHU, services d'urgences) qu'on courait au plus urgent, que les équipes étaient à flux tendu et que la prise en charge « idéale » que j'avais en tête n'était pas possible => frustration => stress. (RQ : Pour être honnête, j'ai un certain nombre d'idées politiques qui me poussent à penser qu'il faudrait plus de moyens à l'hôpital).

XA90 : Le plus stressant est de ne pas avoir de chef disponible si les patients ne vont pas bien et qu'on est dépassé.

XA45 : En début d'internat donc pas trop de perspectives et stage tranquille donc peu concernée par le BOS.

XA34 : On demande beaucoup trop à l'interne, en tout cas au CHU, seul terrain de stage que j'ai pu expérimenter, certes. En plus des responsabilités, il faut gérer pas mal d'administratif ce qui est assez chronophage. Les gardes et astreintes sont éprouvantes et laissent trop peu de temps libre ce qui est assez déprimant. Cependant c'est un métier très intéressant et j'ai hâte de faire mon stage prat pour voir ce que sera mon « vrai » métier.

XA31 : Médecin au service des gens, jusqu'à quel point ??

XA27 : Stressant la vie d'interne, et parfois de toute tranquillité. Comment savoir si ce que l'on travaille ou pas est important pour l'exercice futur.

XA4 : Stage éprouvant. Ce qui me fait tenir, c'est de me dire que c'est le premier, c'est au CHU, qu'en périphérie ce sera certainement moins intense, « je l'espère ».

**Je me dis qu'il faut tenir, c'est 3 ans à passer.
Je suis fatigué, les nuits ne sont pas réparatrices.**

MA133 : Je connais une personne de mon entourage qui a été victime de ce syndrome et qui exerce la profession de médecin. De ce fait, j'ai compris certaines choses à ne pas faire. Mon métier est une vocation mais il ne doit pas m'empêcher de vivre sereinement.

MA87 : Manque de reconnaissance et parfois de respect de la part des confrères, des autorités compétentes et des patients qui s'accroît d'année en années.

Inquiétude / Angoisse par rapport à l'avenir de mon métier : Moyens, reconnaissance, sécurité sociale, responsabilité croissante du médecin généraliste et manque de temps pour une vie privée.

MA3 : Pour ma part je pense que le burn out pourrait me concerner mais plus tard, dans ma pratique de médecine générale. Actuellement l'internat de médecine générale est super.

KA123 : J'ai moi-même souffert d'un BOS au cours du semestre précédent (2^{ème}) CHU médecine interne (70h/semaine+ 1 WE jour complet d'astreinte sans repos compensateur, par mois).

KA82 : Parfois en plus du manque de confiance en soi qui engendre une énorme peur de faire des erreurs médicales en permanence, on a des soucis familiaux qui quand on est enclin à aider (même autrui) nous « mangent » l'énergie qui nous reste. Pour ma part, divorce parental, décès du beau-père et manque de confiance en soi m'ont plongée lors de mon stage de pédiatrie (ou je faisais 7 à 8 gardes par mois) dans une dépression que j'ai caché à ma famille pour éviter des soucis supplémentaires. Mon mari se sentait impuissant pour m'aider, moi, médecin malade. Je ne sais pas ce qu'il faut dans ces moments mais les personnes à qui on pourrait en parler sont aussi celles qui décident si oui ou non notre DES de MG est validé et donc j'ai eu peur d'en parler.

CV16 : L'attitude peu aidante de certains seniors rend encore plus difficiles les conditions de travail. Certains parfois aiment ajouter de la pression et font du harcèlement moral, mais il est difficile de le dénoncer devant le rapport hiérarchique et le fait que « d'autres sont passés par là ».

CV17 : Sans aller jusqu'au burn out, on le frôle souvent.

CV28 : La période de l'externat était bien plus dure pour moi : j'ai fait un burn out avec antidépresseurs à la clef. Maintenant je me ménage, l'internat est une période plaisante mais je privilégie ma vie personnelle dans mes choix de stage.

CV36 : Ai besoin d'une dispo pour me réorganiser.

CV62 : Difficile de se voir refuser une disponibilité qu'on demande parce que l'on se sent à bout !

CV129 : C'est plutôt l'organisation du système de santé et la façon dont il pousse à travailler qui me déprime. L'idéologie sanitaire mettant le plus souvent de côté l'humain autant chez le patient que chez le médecin, renforce à mon avis la perte de sens de leur profession chez les soignants et la survenue de burn out.

CV176 : J'ai personnellement été victime d'un burn out au premier semestre, je m'en relève tout juste.

CV212 : Je suis suivi par une psychologue depuis mon enfance, je compte aller la voir avant la fin de l'année.

OA114 : J'ai été en BO lors de mon stage au CHU, réalisé en 2^{ème} semestre. Les autres stages se sont bien passés. Je pense que (surtout au CHU), nous sommes trop laissés à nous-mêmes, à gérer seul des services entiers, sans aucun soutien des seniors. Actuellement en stage chez le praticien, je prends plaisir à la médecine générale.

Rien n'est fait pour nous aider

Ex : lors d'un arrêt de travail de 2 semaines pour BO, la direction médicale que j'avais contacté pour prévenir que je ne pourrai pas assurer mes gardes, ajoute du stress ++ en obligeant l'interne à se trouver lui-même un remplaçant, alors qu'il est en arrêt maladie...

OA74 : Je constate pour mon conjoint qui est interne de spécialité qu'il est sujet à un surmenage intense qui nuit à son sommeil et sa santé (fatigue, dépression...)

OA69 : Depuis que je suis en médecine, j'ai le **syndrome « étudiant-médecin », crises d'angoisse +++**

OA62 : Décret du 4/02/2011 => Les internes n'ont plus aucun choix au cours de leur carrière.

OA26 : Personnellement **je n'aime plus mon travail**. J'ai déjà changé de filière, spécialité pour médecine générale et je n'aime toujours pas. **Chaque jour, je pense arrêter mais à cause de la pression socioprofessionnelle et familiale, je ne le fais pas.**

Ne pas aimer son travail est la pire des choses qui puisse arriver dans la vie...

Alors je pense que je continuerai chaque jour à me lever et me coucher en pleurant, tout ça en jouant la mascarade et porter un masque de « bonne humeur et de dynamisme » pour faire semblant !

WV45 : J'aime encore mon métier, mais moins qu'avant. Plus de responsabilités signifie aussi être plus exposé à la critique et aux familles et ceci tend à me rendre de moins en moins empathique.
J'aurais sans doute plongé dans le burn out si mon stage avait été plus prenant.

WV11 : Anxiété vis-à-vis de nos responsabilités en tant que médecin.

WA42 : J'adore mon métier, je ne regrette aucun de mes choix.

WA41 : Perspective immédiate : stage « planqué » 6 mois puis disponibilité 6 mois.
Besoin de me poser ! D'où les réponses au questionnaire ... les 2 stages précédents étaient rudes++ je me sens effectivement au bord du BO !!!

WA26 : En ce qui me concerne, je pense que les lacunes accumulées au cours de l'externat participent à l'épuisement. Je ne suis pas en situation de BO mais l'hésitation que j'éprouve à chaque consultation / prescription / prise en charge... me fatigue émotionnellement. La sérénité qu'affichent les « seniors » quand ils prennent une décision et la certitude de prendre la bonne décision sont bien loin de moi ! Et il faut de la volonté pour se replonger dans la théorie après une journée de pratique. ...

WA12 : Je pense qu'il faut arrêter de dramatiser la situation et regarder ce qu'il se passe autour de nous avant de se plaindre !!! Je pense que beaucoup de gens nous envient ...

WA8 : On se sent parfois découragé par la pratique de certains médecins et par leur négativisme - pessimisme face au futur dans notre profession. Courage à tous, c'est le mot d'aide car c'est quand même l'un des plus beaux métiers du monde !!

WA6 : Je viens de terminer mon premier semestre et je me sens déjà à bout, je me demande si la médecine me plaît.

RV1 : Le burn out est aussi associé à la nécessité d'avoir un certain « rendement » pour avoir un niveau de vie correct.

RV81 : Suivi médical des internes 100% absent !!

RV55 : Pas concerné.

IV198 : On ne s'intéresse pas assez à la psychologie de l'étudiant en médecine.

IV196 : Je venais de sortir d'un stage formidable chez le praticien, une réelle révélation (mais arrivée à l'hôpital très difficile, je n'aime pas la relation avec le malade que j'ai à l'hôpital ; j'ai l'impression qu'ils sont traités comme des numéros et je suis embêtée pour eux qu'ils soient là. Donc je fais ce que je peux pour les faire sortir au plus vite).

De plus ce stage est assez difficile car prise de décision parfois seul, chefs peu présents donc beaucoup de stress, je rêve de mes patients la nuit et je me réveille en pensant à des choses que je n'ai pas faites. J'ai craqué à plusieurs reprises et eu envie d'arrêter très souvent.

De plus les gardes sont stressantes surtout après avoir entendu des co-internes qui ont fait des grosses bêtises avec mise en jeu de la vie du patient. Après en garde j'ai beaucoup de mal à prendre des initiatives et je demande perpétuellement de l'aide de peur de nuire aux gens.

Au moins avec ce stage je sais que je ne travaillerai jamais à l'hôpital : trop de stress. Il me tarde de retourner en cabinet pour faire de la médecine de proximité ; disons que je tiens comme ça.

IV186 : Je ne subis pas actuellement de syndrome de BO dans mon stage aux urgences qui est bien encadré et très formateur. Cependant c'est lors de mon stage en médecine polyvalente au cours de mon premier semestre que j'ai parfois pensé à quitter médecine et où j'ai modifié mon projet professionnel (je voulais travailler à l'hôpital). La charge de travail était plus importante et je n'étais pas encadrée. Je n'avais pas l'impression de progresser et je n'ai pas appris beaucoup pour ma future pratique.

IV180 : Je me sens plus vulnérable au BO lors de stages hospitaliers que lors des stages en ambulatoire.

IV 148 : Je ne sens pas que ma santé soit menacée par mon internat mais je suis juste en 1^{er} semestre.

IV120 : Notre classe professionnelle de médecin nous met statistiquement face à un danger de suicide qu'il faut relativiser par rapport à l'environnement socio-familial de chacun...

IV99 : Santé : problème de santé sérieux pendant l'internat ; chef de service compréhensif (aménagement d'horaire).
Etat psychologique très fluctuant en fonction des différents stages et de l'ambiance générale qui y règne (CHU très pénible).

IV89 : On se sent souvent seul avec nos ressentis, nos doutes, nos craintes face à la mort, aux soins palliatifs, aux maladies chroniques, face à l'impuissance de la médecine surpuissante que l'on nous a enseignée et qui ne l'est pas en réalité.

IV71 : mon objectif est d'aider toute personne en souffrance. Mon soulagement (je me sens très heureux) lorsque je sens que mes patients sont satisfaits de mon devoir vers eux.

IV51 : Je trouve ça très important de se soucier de notre santé physique et mentale car nous sommes la nouvelle génération et si nous arrivons déjà épuisés au moment de l'installation, ça n'ira pas.

IV12 : Le BO existe, il faut savoir le reconnaître. Il ne me semble pas menaçant pendant l'internat mais plus tard. Cela n'empêche que notre métier est dur mais passionnant.

IV6 : Santé RAS.

IA140 : Beaucoup de doutes et parfois d'angoisses sur la qualité et la liberté dans mon activité professionnelle.

IA136 : Les études sont bientôt finies et tant mieux.

Certains stages ont été très difficiles avec une pression importante de l'encadrement avec par opposition un enseignement (en stage) faible voire nul.

C'est pour moi le sentiment d'avoir dû se « débattre » seule sans séniorisation adaptée qui a été le facteur de BO le plus important pendant l'internat.

Ceci arrivant après des études longues et difficiles.

Ca n'enlève rien à la passion que j'ai pour le métier de médecin généraliste mais j'espère vivement pouvoir avoir des conditions d'exercice sereines qui me permettront de tenir la longueur.

IA127 : BO très stage dépendant ; beaucoup plus ressenti en stage d'urgences à 80h / semaine qu'en SASPAS.

IA83 : Le questionnaire est bien fait ; à savoir j'ai fait ce qui ressemble à un BO il y a 6 mois. Plus rien ne m'affectait et les patients m'étaient complètement indifférents.

Maintenant ça va mieux !

IA74 : « Malheureusement » en stage chez le praticien actuellement, je ne me sens pas concernée par le BO. Cependant j'ai eu des stages au cours de mon cursus bien plus difficiles et éprouvants psychologiquement et physiquement durant lesquels j'ai pu ressentir des symptômes de BO. A noter aussi que cela dépend de notre personnalité (anxieuse, perfectionniste...) et que je suis plutôt sujette à être stressée par le travail et les chefs. Merci !

IA58 : Je pense que ce sont principalement les patients qui en nous mettant la pression, nous conduisent au BO.

L'accès aux services de santé est trop facile selon moi ce qui entraîne :

- **Une charge de patient trop importante par rapport à l'offre médicale.**
 - **Une exigence de qualité et d'examens complémentaires de la part des patients => obligations de moyens parfois non disponibles.**
- ⇒ **Ce n'est pas gagné mais il faut changer les habitudes de surconsommation médicale selon moi.**

IA51 : Santé : Un peu (beaucoup) délaissée en ce moment, temporairement.

IA31 : Il faut être plus à l'écoute lorsqu'un interne se plaint d'un problème en stage ou bien souvent, cela reflète un mal-être mais il est quasiment impossible de faire bouger la « machine administrative »... (Expérience personnelle de harcèlement moral avec courriers à la fac, association, direction de l'hôpital, DRASS, etc.... n'ayant pas conduit à grand-chose malgré une écoute du problème mais trop dur à faire évaluer « administrativement »).

IA16 : Le problème c'est qu'on est responsables de problèmes pour lesquels on ne peut rien !

Ce qui fait peur, c'est la responsabilité médicale, absence de droit à l'erreur. C'est ça le plus stressant.

IA7 : Pour moi, le BO est peu un problème pour les IMG (+ pour les internes de chir par exemple) mais réel pour les médecins en exercice en médecine générale.

VA121 : Heureusement que c'est la fin !!!!

VA107 : J'ai peur de craquer à long terme, même si ce métier me plaît.

VA103 : Parfois difficile physiquement et moralement malgré la reconnaissance des patients.

VA83 : Possibles symptômes de BO au premier semestre. Changement de filière : Actuellement en psychiatrie et également pour l'avenir. Tout va beaucoup mieux. Moins de charge de travail, travail plus intéressant et valorisant.

VA28 : J'ai vécu un stage difficile en CHU pendant mon 2^{ème} semestre où j'ai fini par m'arrêter par épuisement. Je ne me suis pas rendu compte qu'on me confiait beaucoup trop de travail et que cela dépassait de loin ce qu'on peut exiger d'un interne. Je pense que des interlocuteurs bienveillants soit dans le cadre de groupe Balint soit 1 tuteur m'auraient permis de me rendre compte plus tôt que le problème ne venait pas de moi mais de l'environnement.

Ce semestre j'étais en SASPAS selon mon projet personnel et je m'éclate malgré beaucoup de travail.

Mon temps se répartit entre la PASS, une association de lutte contre le SIDA, le planning familial et une association d'accueil des toxicomanes. Je découvre le réseau de soin dans lequel je veux travailler plus tard. C'est un vrai bonheur. Je fais ma thèse donc les WE libres ne le sont pas vraiment !

VA6 : Je trouve que la SANTE des internes n'est pas assez prise en compte.

- ⇒ Intérêt d'avoir des plages de consultation chez les spécialistes ?
- ⇒ Pouvoir prendre du temps pour sa santé en dehors des arrêts de travail ? (des horaires 8h30-18h ne sont pas propices à la prise de RDV).

UA39 : je me sens beaucoup mieux depuis la découverte du libéral + médecine générale
A l'hôpital => limite burn out.

UV80: Qui s'occupe de la santé physique et mentale des internes?

UV14 : Trop fatiguée pour voir les choses de manière objective.

NV161 : j'ai fait un véritable BO mais pendant l'externat
!! Un interne est d'abord externe.

NV138 : Le nombre croissant de disponibilités n'est-il pas le reflet de BO non assumés ?

DA124 : L'analyse de mes réponses pourra sembler contradictoire... en fait je trouve le sujet passionnant ! Merci de réaliser cette étude !

Je trouve que notre travail d'interne est passionnant mais très dur... On est souvent responsable de tout ce qui va mal, peu valorisé, beaucoup utilisé, peu payé... Je fais beaucoup de sport pour déstresser, c'est mon moyen de faire face... Une de mes co-internes a fait une TS.

Nos seniors, pas toujours mieux payés autrefois, bénéficiaient d'un statut beaucoup plus valorisant...

Nous sommes sans cesse sollicités pour soutenir (ex aujourd'hui :

- Une IDE a oublié une lettre dans le dossier => j'aurais dû vérifier
- L'ECG ne fonctionne pas => je dois remettre de l'encre
- Patient impossible à piquer => je dois essayer...)

DA121 : J'ai déjà fait un BO et j'ai été très seule. Pourtant j'ai tout vu venir et je n'ai pas réagi à temps.

DA59 : Je voulais faire de la chirurgie pédiatrique, j'ai raté 2 fois l'ECN et maintenant je fais de la MG. L'activité du cabinet ne m'intéresse pas et le DESC de médecine légale est bloqué.

Il n'est pas exclu qu'après ma thèse, si je ne trouve pas une activité professionnelle intéressante, j'arrête.

Très déçue des études, des patients et de la façon dont nous traite la fac.

DA33 : Pour l'instant je ne ressens pas de BO car je suis en stage chez le praticien et que je suis bien encadrée.

Je trouve que le fait que les patients portent de plus en plus facilement plainte, contribue au BO avec un sentiment d'échec.

FA75 : Parfois service, chef, nombre d'internes par stage, dépendants

- Charge de travail trop importante
- Heures travaillées vs salaire trop faible
- Encadrement par seniors trop faible
- Trop de WE travaillés
- Depuis que je suis interne, je n'ai plus le temps pour les loisirs, passions, famille, conjointe, copains.
- Trop d'hosto tue l'hosto !

FA44 : Actuellement en stage au CHU (médecine interne), je sais que j'aurais craqué si je devais y rester. Trop de travail. Trop peu de reconnaissance.

Pour autant, pas de changement et même confirmation de mon envie à faire de la médecine générale.

PA22 : Je me laisse facilement envahir par mon travail.

Heureusement l'internat et la vie en communauté permettent d'évacuer le stress de la journée et de se changer les idées.

La bonne entente avec les co-internes permet de garder un équilibre pour ne pas craquer.

PA21 : Oublier sa santé !

Epuisement de la jeunesse (jeune médecin) qui pousse à fuir l'exercice médical.

Importance de mes co-internes ++++++

PA12 : Pour moi le vrai problème est dans la considération des équipes médicales et paramédicales.

Travailler beaucoup c'est possible et même agréable dans de bonnes conditions.

On a souvent l'impression d'être des pions (« l'interne ») qui ne sont là que pour abattre la masse de travail qu'on leur donne.

Pas toujours de rapports individuels avec les équipes (médecins et infirmières) et personne ne se rend compte de nos difficultés (mobilité géographique, formation, contexte de vie personnelle...)

PV67 : Déçue d'avoir fait des études de médecine, déçue de la prise en charge des patients, de la prise en charge des internes, du système. J'aurais dû choisir véto ou dentaire.

PV50 : Développer les maisons médicales pour éviter l'isolement.

PV25 : Suivi par un psychiatre pour crises d'angoisse !

PV20 : J'ai vécu récemment un BO qui m'a obligé à arrêter mon activité pendant plus de 6 mois. Cela m'a incité à rejoindre le cursus de médecine générale alors que je me destinais auparavant à la médecine interne.

PV3 : AUCUNE valorisation de l'interne (vs « résidents » déjà « attirés » Docteurs)

- ⇒ De la part des infirmières
- ⇒ De la part de la plupart des seniors
- ⇒ De la part des co-internes spécialistes
- ⇒ Surtout s'il est question d'un IMG dans un CHU.

En ce qui me concerne, ma motivation vient des patients qui apprécient une démarche calme et personnalisée.

JV91 : Dernière année d'internat, travail épuisant ayant engendré pour moi un passage en réanimation pour pneumopathie grave... Travail passionnant, merveilleux mais dans des conditions de plus en plus exécrables.

JV89 : Je ne prends plus le temps de m'occuper de ma santé.

Mon entourage trouve que je me suis endurcie depuis le début de mon internat.

Le recul sur la douleur des patients me paraît nécessaire à mon bien-être psychique mais me fait parfois culpabiliser.

JV62 : J'ai vécu un burn out il y a un an. J'étais au CHU en médecine et mon compagnon faisait une année recherche à Paris. Donc gestion de ma famille seule. Stage très prenant.

Grâce à mon compagnon et un ami psychiatre, je suis rapidement allée voir un psychiatre qui m'a prescrit un traitement antidépresseur.

Aujourd'hui je vais bien. Mon compagnon est à Dijon et nous attendons un 2^{ème} enfant.

Effectivement il n'existe pas d'accompagnement des internes, pas de prévention. Personne ne semble formé à dépister d'éventuels symptômes débutants.

Message à faire passer peut-être : Se faire aider n'est pas une tare.

Le burn out n'est pas une tare.

JV48 : La manière dont on va supporter le stage dépend beaucoup des seniors et de l'équipe qui vous entoure. S'ils savent nous motiver et nous orienter de façon positive, même une surcharge de travail pourra être acceptée surtout si le travail est intéressant.

JV43 : Une facilitation de l'accès aux soins pour soi est à réfléchir.

En raison de la charge de travail, il est difficile de prendre du temps pour soi :

- « Loisirs, sport » pas très grave... encore que...
- Prendre RDV chez le médecin / pour un examen = compliqué... nécessité de prendre des jours de congé.

Est-il envisageable d'avoir accès facilement à un médecin de l'hôpital dans lequel on travaille ?

JV41 : Ce semestre est le plus calme de ceux que j'ai effectué et n'est donc pas représentatif.

Personnellement, ce que je n'ai pas pu retranscrire dans le questionnaire est le sentiment de culpabilité ou d'anxiété lorsqu'on est dans certaines situations complexes, notamment en autonomie.

Par ailleurs depuis le début de mon internat :

+ 15 kg, moins de sport + nourriture en barquettes...

Ce qui a une influence néfaste sur mon moral.

JV21 : Je pense surtout que le burn out est à prendre en compte car il existe réellement un risque. Il est surtout lié au manque de temps personnel.

JV18 : J'aimerais bien que quelqu'un m'aide !!!

JV16 : Etre interne c'est vraiment dur, ce n'est pas ce que l'on croit au début. Je pense de plus en plus à faire une bêtise...

Le pire c'est qu'on est seul face à sa déchéance.

GA108 : Le cordonnier est souvent le moins bien chaussé.

GA103 : Espérons qu'à la fin de l'internat nous puissions gérer ce stress qui peut nous ronger.

GA77 : Tout ça est très variable en fonction du stage...

GA73 : Faire un métier qu'on n'a pas choisi et qui ne nous convient pas forcément (médecine générale par défaut) n'est pas idéal pour lutter contre le ras-le-bol et le burn out.

GA72 : Jeune interne, je ne me sens pas du tout concernée par le « burn out » des internes... cela viendra peut être...

D'autres professions me semblent être plus touchées.

LV127 : Le contexte actuel de discussion de mesures coercitives à l'installation, de « on dit » sur les internes (études gratuites, refus de s'installer, etc...) contribue +++ au sentiment de fatigue professionnelle.

LV126 : Je pense souvent que j'aurais dû faire des études moins difficiles, taper dans un job lucratif pour moins d'heures travaillées afin de profiter des loisirs de la vie, au lieu de passer celle-ci dans les bouquins ou à l'hôpital...

LV120 : Risque de minimisation de ses propres symptômes en cas de maladie. « C'est toujours moins grave que mes patients ». Je me voile la face sur ce qui peut être grave chez moi.

Risque de fatigue et de burn out si on ne pose pas de limites strictes pour son exercice professionnel.

LV101 : J'ai fait un burn out lors de mon stage aux urgences dans un contexte où j'étais seule pour 5 postes avec des FFI présents par 15 jours ; rendant impossible les échanges de gardes. Je n'ai donc pas eu le droit de poser des vacances (semestre été 2010) Je travaillais 90h / semaine.

Actuellement je fais une psychanalyse ; j'ai été arrêtée 7 jours dans un contexte de quasi-menace. Je suis sous antidépresseurs.

Il me semble que de simples règles de respect du rythme avec moins de gardes et vacances plus importantes devraient éviter cette situation.

LV94 : J'aurais répondu il y a un an à votre questionnaire, je serai rentrée dans le tableau typique du BO.

C'est un sujet de thèse auquel j'avais pensé. C'est vraiment sérieux. Je pense qu'il concerne beaucoup plus de monde qu'on ne veuille le penser.

Les médecins n'ont pas le temps / le droit de souffrir.

C'est peut-être le « lâchage » entre l'externat et l'internat qui peut faire basculer dans le BO.

La transition est mal faite, l'encadrement souvent décevant et hostile. On perd confiance très vite surtout si on n'en a peu.

Mais ce qui remotive, c'est de rencontrer des médecins qui nous appuient et nous donnent envie de faire comme eux, avec qui on se sent en confiance.

La peur, la pression des responsabilités, de l'erreur de prescription, de la faute professionnelle irréparable...

LV93 : J'avais des problèmes en stage chez le praticien, parce que je pensais trop à mes patients en dehors du travail (réveil nocturne...)

Donc je fais un DESC pour « botter en touche »

Depuis je n'ai plus de problèmes.

LV85 : J'ai eu un semestre difficile. Ce qui m'a le plus aidé, c'est ma co-interne devenue une super amie depuis.

LV82 : Je suis dans un stage particulièrement cool. Ma réponse au questionnaire aurait été très différente lors d'un autre stage.

Le harcèlement au travail est très fréquent chez les internes.

Nous n'avons pas de contrat de travail.

Même en s'informant, il est particulièrement difficile de porter plainte (3 cas dans mon entourage).

LV44 : Problème de santé personnel ayant un rôle dans les réponses données.

LV38 : Premier semestre dans un stage d'urgences mais qui n'est pas un stage de garde et avec semaines de repos fréquents et peu de gardes donc plutôt tranquille même si l'ambiance des urgences est assez stressante pour moi.

Néanmoins, appréhension à choisir un stage avec astreinte de WE et/ou gardes fréquentes car après 6 années de médecine, on a envie de VIVRE !

La surcharge de travail chez les internes et médecins ne peut conduire qu'à une moins bonne prise en charge et une moins bonne écoute des patients.

LV15 : Mon stage précédent a été catastrophique (2^{ème} semestre aux urgences) du point de vue psychologique.

J'ai failli aller consulter un psychiatre tellement j'allais en stage à reculons.

Je pense que cela s'apparentait à un syndrome de BO.

Néanmoins ce semestre-ci a été beaucoup plus serein ayant amélioré mes difficultés familiales de manière conjointe.

23 : Le problème c'est surtout le peu de reconnaissance de la part des services hospitaliers et des seniors, de la grosse intensité de travail qu'on nous demande.

19 : Le travail d'interne est très fatiguant mais quand on est bien entouré par ses proches tout se passe très bien.

8 : Le statut d'interne n'est pas assez valorisé.

Beaucoup d'heures de travail.

Beaucoup de concessions.

Pas de reconnaissance.

Pas assez payé.

⇒ Frustrant

BA115 : Le plus dur c'est psychologiquement quand on se sent avec trop peu de connaissance, surtout quand on commence par un stage en salle, on n'apprend pas autant de choses qu'aux urgences.

BA107 : Travail fatiguant, stressant mais passionnant.

BA41 : Interne en 4^{ème} semestre, en 1^{er} semestre, j'ai été diagnostiqué en BOS, j'étais en stage en réa à Pitié Salpêtrière.
Symptômes : pleurs quotidiens, angoisse, peur d'aller au travail, pas de sentiment vis-à-vis des patients.

BA85 : Sensation que le travail est moins valorisé que les spécialistes.

BM59 : Le travail d'interne n'est pas assez reconnu ; On fait face aux décès des patients sans prise en charge de la part de nos seniors d'un point de vue psychologique.
On est au plus près des patients avec IDE et AS mais les chefs prennent toujours les devants pour les décisions importantes...

BV166 : Je peux dire que la médecine est finie en France.

BV173 : tableau peut-être un peu noirci, je sors d'une garde éprouvante qui s'est mal passée...

BV213 : Si je pense de plus en plus à me réorienter à la fin de l'internat, c'est à cause de la frustration suite à ces études.

- **Longues, trop de sacrifice, trop de pression.**
- **Pour finalement échouer au concours, ne pas faire ce que l'on veut, et ne pas aimer ce boulot.**
- **Le contact et la communication à 100%, être disponible et patient pour les autres, sans que l'on nous reconnaisse sont durs (ex : les infirmiers et personnels paramédicaux nous critiquent dans notre mode de vie, « de toute façon, on est riche » ; et ne font pas confiance à notre prise en charge...)**
- **Bref...**

BV229 : A la sortie de l'externat, on se retrouve propulsé dans un service avec souvent beaucoup de responsabilités et le tout, associé à la fatigue, est souvent difficile à gérer.

BV276 : Ce n'est pas agréable de ne pas être reconnue comme médecin par certains patients sous prétexte qu'on est une fille.
Heureusement que ce n'est que pour 3 ans... mais j'ai l'impression qu'une fois qu'on commence à bosser ça reste prenant ! Peut-être comme tout autre travail avec une part émotionnelle plus importante !!!

B50 : En fait questionnaire peu représentatif ; le SASPAS sans conteste le stage le plus calme de tout mon internat !
A l'hôpital, j'ai toujours énormément travaillé (50 à 60 heures par semaine en moyenne) ; 3 à 4 gardes par mois et au moins 1 WE sur 3 au travail.

Dans un des stages j'ai été trop mal (psy + antidépresseurs) et je ne me suis même pas arrêtée !

Je garde un fond anxieux très amélioré par le SASPAS qui me permet de vrais WE en famille et une pratique du sport régulière 3 à 4 fois par semaine, très importante pour moi.

Globalement internat très enrichissant mais très souvent exploité et toujours sous-payé !

B44 : Ca fait 2 ans et demi que je dois aller voir le dentiste.

B40 : Syndrome dépressif suite à l'échec au concours ECN m'empêchant l'accès à la chirurgie, spécialité pour laquelle je m'étais toujours destinée et correspondant le mieux à ma façon de concevoir le métier de médecin.
Toujours en cours de psychothérapie.

B30 : Je trouve l'internat très difficile notamment à cause d'une surcharge de travail.

B27 : On prend plus de temps et d'énergie à remplir les papiers, documents de la sécurité sociale et en travail de secrétariat qu'à soigner.

B26 : Pas le temps de sortir, de voir des amis, d'avoir des loisirs. Travail très prenant dans tous les services. Manque de reconnaissance du travail fourni par l'interne.

B21 : Personnellement assez éloigné du BOS mais

- Ca pourrait venir (selon le stage, le mode d'exercice)
- J'en vois dans mon cercle d'amis internes...

B20 : Pour l'instant mon internat se passe bien, j'ai choisi des stages toujours réputés « tranquilles » car je ne suis pas prête à sacrifier ma vie privée et ma santé pour ma formation.

La médecine = primum non nocere, ça s'applique aussi au médecin dans sa pratique (ne pas se nuire à soi-même).

J'aime la médecine et mon métier, je n'imagine pas un autre métier mais ça reste un moyen de gagner sa vie pour en profiter ce n'est pas ma priorité et ça ne doit pas être un sacrifice.

B18 : J'ai fait un BOS dans mon stage au SAU.

B8 : Ma situation s'est améliorée grâce à mon stage chez le praticien, ce qui m'a permis de souffler (pas de garde, pas d'astreinte de WE).

Avant cela je me sentais vraiment au bout du rouleau.

B6 : Nos lieux d'exercice sont des lieux où se joue l'humain et paradoxalement c'est un des lieux où l'on peut voir le plus facilement de l'inhumain (entre soignants, envers les patients).

BH94 : Auto-prescription d'antidépresseurs.

BH53 : 70 heures par semaine en stress permanent c'est juste inhumain, on est toujours responsables de ce qui ne va pas dans le service et pas reconnus quand ça va.

BH49 : Je pense que l'on manque de valorisation parfois et d'avoir toujours l'impression d'être des débutants (ce qui n'est pas complètement faux mais par rapport à notre entourage hors médecine qui évolue dans leur carrière professionnelle, on a parfois l'impression de ne pas avancer).

BH43 : Célibataire sans enfant mais néanmoins chargée de famille (père divorcé inexistant, mère= longue maladie, 1 frère handicapé, 1 petite sœur) et ce depuis 12 ans => je suis EPUISÉE (merci à la sollicitude de mes co-externes (sic !!) et des médecins responsables des stages qui n'ont jamais (ou presque) voulu comprendre que j'avais des obligations familiales et financières m'empêchant de faire des astreintes les WE et JF (pas légales de toute façon). Aujourd'hui la charge de travail et les horaires sont déterminants/ prioritaires dans mes choix de stage d'interne.

SOLUTIONS AU BURN OUT SYNDROME :

TM4 : Je ne suis pas sûre qu'une ligne téléphonique apporte quelque chose car pas évident de reconnaître la situation.

TM17 : Le travail de groupe en maison de santé ou en cabinet de groupe me semble un bon moyen pour pallier à la solitude qui est un facteur de burn out.

TV14 : Avoir un référent pour chaque interne serait rassurant, nous permettant de demander un avis si on se trouve dans une situation difficile. Moins de travail au CHU.

EV4 : Les groupes Balint c'est un peu ce que l'on fait en cours de médecine générale (RSCA, RIC etc) + les échanges à l'internat avec les autres internes : je ne pense pas qu'il en faille d'avantage.

EV7 : Je pense que l'encadrement est le point clé (présence d'un PH en permanence dans le service en cas de problème ou d'interrogation).

SM11 : La clairvoyance à propos de la menace de burn out est déjà un bon départ du travail pour l'éviter. Néanmoins une psychothérapie n'est pas inutile, ni un projet de vie allégeant la charge de travail.

SA146 : Moyens de lutte : 7 semaines de congés payés ; meilleurs cours de formation de médecine générale.

SA142 : Rendre obligatoire une visite de médecine du travail avant chaque prise de poste (soit chaque semestre) !

SA7 : Il faudrait un suivi médical de l'interne (en médecine du travail) organisé et sérieux.
Groupe de pairs entre internes pour parler du vécu de l'internat et des questions d'avenir.
Un « feedback » sur notre activité de la part d'un senior maître de stage.

XA270 : Si les internes étaient traités dans certains services comme des médecins et non comme des « larbins », je crois que les internes seraient plus épanouis.

XA245 : Développer des groupes de pairs entre internes à la place des cours. Besoin de parler des situations difficiles avec des pairs.

XA45 : - **Bonne hygiène de vie**

- **Dormir 7 à 8 heures**
- **Bien se nourrir**
- **Rire**
- **Sourire !**
- **Etre plaisant avec les autres !**
- **Be positive !!!**

MA177 : Je pense qu'il est nécessaire de mettre en place des structures de soutien et de REMOTIVATION des futurs médecins, devant toutes les difficultés que nous rencontrons pendant notre internat , et que nous aurons en tant que titulaires devant le

changement de l'exercice de la médecine : vieillissement de la population, revendication des patients et familles, procès, problèmes sociaux, etc. En tout cas merci encore.

MA138 : Il faudrait mener des campagnes d'information sur la santé des professionnels de santé. Ne pas culpabiliser les jeunes générations parce qu'elles travaillent moins que les anciens. Je trouve que c'est le cas de nos jours. Ce n'est pas parce qu'on est médecin qu'on doit travailler 80h/semaine. Préserver notre équilibre jusqu'au bout !!

Dans le meilleur des mondes : Augmenter ces putains de numerus clausus.

MA90 : Reconnaissance

Encadrement

Soutien

MA79 : Suivi psychologique au moins une fois pendant l'internat ou l'externat.

KA138 : Plus de reconnaissance vis-à-vis de son travail

KA134 : Consultations et entretiens obligatoires dans le cursus médical, tutorat, revalorisation du statut d'interne...

KA82 : Idée : Médecine du travail ou équivalent.

KA44 : Moyen à mettre en œuvre : Gardes aux urgences toujours séniorisées ++/ Augmentation du salaire : BAC + 7 = 1500€ = ????

KA20 : Informations à faire passer aux seniors qui peuvent améliorer / prévenir ce syndrome.

CV7 : Me contraindre à prendre plus de 10 semaines de congés/an. Volonté d'un autre métier en parallèle (projet de reprise d'étude, ex : Audiovisuel). DIU/ Du pour varier le métier et s'ouvrir des portes.

CV8 : Accorder une disponibilité à tous les internes qui le souhaitent et au moment où ils la demandent me semble une mesure évidente et faisable.

CV19 : On n'en parle malheureusement pas assez entre nous.

CV70 : Tuteur, je pense, important, notamment en fin d'internat pour mémoire/ thèse et pour l'installation et les remplacements.

CV74 : J'aurais vraiment aimé mieux retrouver le « compagnonnage » pendant mes études.

OA42 : Diminuer la charge de travail et avoir un soutien par un senior du service est indispensable pour le bon déroulement de l'internat.

Un nombre d'heure fixe par semaine devrait être fixé (même si c'est 45h/ semaine) et ça nous permettrait d'avoir des « RTT » pour pouvoir faire ce que chaque personne doit faire (aller à la banque, chez le médecin, le dentiste...) et donc prendre plus de temps pour nous et avoir une vie en dehors de l'hôpital.

WV36 : Avoir plus de reconnaissance par rapport à notre formation et nos capacités professionnelles.

Avoir plus de temps pour famille/ loisirs/ formation

Plus d'aide pour la maternité en cours d'internat (on est considérées comme des boulets)

WV32 : Je pense que l'accompagnement est primordial. On se sent seul souvent, c'est ce qui est compliqué à gérer.

WA97 : Les internes sont très « peureux » à l'idée de révéler leur faiblesse, leur problème...peur d'être stigmatisé comme « psychiatrique » « incapable ». Je pense que tout est dans le non-dit, les internes gardent tout pour eux et cela ne pourra malheureusement pas changer. (Notamment quand on est une femme et qu'on paraît sensible ou niaise).

WA87 : Je pense que de favoriser les FMC participe au bien-être au travail.

IV185 : Augmenter nos salaires ; diminuer la charge de travail.

IV135 : Diminuer le nombre d'heures travaillées par semaine ;

Revaloriser la médecine générale auprès des spécialistes et du CHR.

IV131 : Les heures de travail par semaine étant importantes, nous devrions avoir plus de vacances / « RTT ».

IV118 : Revaloriser le salaire de l'interne me paraîtrait juste, équivalent au niveau d'études.

IV94 : Faciliter l'installation qui doit rester un libre choix de date et de lieu.

Améliorer l'information concernant les démarches administratives au cours de l'internat et à la fin de l'internat.

IV89 : Comme les groupes de pairs, je pense qu'il est indispensable d'instaurer régulièrement des groupes de paroles pour exprimer ses émotions, les comprendre, se sentir non seul face à elles et pour ainsi prendre de la distance pour pouvoir profiter chaque jour pleinement de ce formidable métier le plus longtemps possible.

IV71 : Je propose que les médecins seniors soient plus pédagogues (avoir des connaissances ce n'est pas forcément l'être).

IV37 : Système de parrainage avec réunions entre internes.

IA87 : Garder du temps pour une vie personnelle et activités sportives en dehors du travail pour ne pas être « mangé » par le travail et rester ouvert.

IA86 : Je propose pour réduire les craintes et les accidents que l'on soit formés pour mieux s'organiser, sur les modalités d'exercice et les pièges à contourner dans le cadre d'une installation en ville, entre autre..

IA51 : Moyens à mettre en œuvre : Maximum horaire à instaurer (ex : pas plus de 60h/ semaine ce serait déjà pas mal).

IA47 : Les autres, les patients sont un moteur pour moi. Je suis conscient que cela est parfois lourd psychologiquement et physiquement mais cela me procure beaucoup de satisfaction. Il est essentiel de se « couper » et de faire des pauses !

VA116 : Moyens : une approche personnalisée de l'interne, discuter de l'avenir.

VA79 : - Salle de fitness à l'hôpital

- Petit jardin à l'hôpital avec salle de détente.
- Pouvoir rentrer manger à la maison parfois le midi.
- Ne pas faire plus de 2 gardes par mois.

VA63 : Les internes n'auraient pas de BO si on les valorisait un peu plus et si on ne servait pas d'eux pour « boucher les trous ».

VA34 : Sensibiliser les étudiants en médecine dès le début de leur cursus.

Leur offrir un meilleur encadrement, des débriefings...

Proposer à tout interne ayant été confronté à une situation difficile un soutien psychologique.

Mieux former les étudiants à la gestion des patients, du temps de consultation, à la gestion de l'agressivité...

VA8 : Plus de pédagogie et d'empathie seraient les bienvenues dans notre formation de la part des seniors.

Qu'ils nous considèrent plus comme des futurs confrères auxquels ils ont des choses à apprendre plutôt que comme des élèves à juger.

UV10 : Psychothérapie de soutien, thérapie comportementale avec psychologue privé.

Apprendre à gérer ses angoisses, prise de confiance en soi.

Vacances pour éviter le BO.

Savoir déléguer et savoir dire « NON » si trop de patients ou trop de travail.

NV153 : Intérêt de mise en place de « groupes de parole » entre internes lors des stages prat/SASPAS, pour pouvoir exprimer ses difficultés rencontrées, parler avenir, ne pas se sentir isolé !

NV81 : Début d'internat => pertinence de réévaluer dans 12 à 18 mois pour comparer l'évolution.

NV80 : Je pense qu'il serait préférable

- D'imposer un 2^{ème} stage chez le praticien
- Augmenter les postes de psychiatrie.

NV10 : - Amélioration des conditions de travail notamment aux urgences (travail de nuit régulier => pas de repos, pas rémunéré en conséquence)

- Amélioration de la reconnaissance de notre travail
- Arrêt de travail à la chaîne => ce n'est pas de la médecine !!
- Respect du rythme de travail de l'interne

DA121 : Tout d'abord un soutien psychologique en début d'internat me paraît essentiel. Il y a beaucoup de neuf et nous ne sommes pas assez armés (même si nous le pensons).

Identifier par les chefs de service, les internes en souffrance. Pouvoir leur parler ; agir en conséquence. Diminuer les horaires.

DA107 : Idées : faire des formations pour les seniors encadrant des internes, sur ce sujet, mais à mon avis peu efficace ! (mais certains sont quand même concernés)

DA102 : Plus de compagnonnage entre internes et médecins.

Rythme moins désorganisé et moins soutenu.

Plus de reconnaissance du travail et de la place de l'interne.

⇒ Œuvrer en amont dès l'externat.

DA62 : Etre payé le nombre d'heures effectuées et non par demi-journées car 1380€ pour 70h par semaine...

FA93 : Intérêt d'une visite médicale systématique en prévention du burn out une fois par an ?

FA83 : Aucune prise en charge en médecine du travail.

FA73 : Pour l'avenir des internes :

- Revaloriser le salaire
- Diminuer la charge horaire (ex aux urgences les seniors font 36 à 48 heures).
- Pour la santé : visite en médecine du travail obligatoire à mi-parcours.

PA1 : Sujet très important ; surtout informer les gens +++ ; surtout en début d'internat.

PV33 : Je pense tout à fait comprendre comment on peut basculer en BO. Je me suis renseignée sur les symptômes pour être attentive à cela pendant ma fonction.

Pour évacuer le stress et les doutes, tout ce qui pourrait me faire craquer, je parle beaucoup avec mes chefs, l'équipe soignante et ma famille/ amis et co-internes. J'essaie de maintenir des activités autres (danse, musique...)

JV105 : Se sentir aidé par les seniors plutôt que d'avoir l'impression de les ennuyer quand on les appelle et d'entendre tout le temps que « de leur temps, ils n'avaient pas le repos de garde et s'en portaient bien ».

Respecter les demi-journées de formation par semaine.

Limitier les cours en pleine semaine à la faculté (2h de route aller depuis certains hôpitaux) pour 2h de formation.

GA124 : Rechercher plutôt un bon accompagnement par les seniors, insister sur la confraternité des différents praticiens, le respect des confrères, des soignants et du travail réalisé.

Eviter de placer des internes pour « boucher des trous » mais plutôt pour continuer à se former en plus de pratiquer la médecine dans différentes disciplines.

GA36 : Des RTT comme tous les autres professionnels de santé salariés.

GA35 : - Pourquoi l'interne ne bénéficie-t-il pas de RTT comme toutes les autres professions de santé ?

- Je trouverais intéressant d'organiser des réunions rassemblant les internes pour présenter :
 - 1) Les postes de MG vacants dans le 49, 72, 53, éventuellement 35, 44...
 - 2) Les situations géographiques, conditions d'exercice, type d'exercice de chacun des postes disponibles.
 - 3) Les projets de maisons médicales, les maisons médicales en construction, les projets d'hôpitaux locaux comme celui nouvellement ouvert à Renazé en Mayenne.
 - 4) ...

Afin de préparer ou de donner des idées concernant notre installation future.

- Rendre la demi-journée hebdomadaire de formation OBLIGATOIRE afin que les services nous libèrent. Sinon nous n'avons pas le temps ni d'étudier ni de faire le portfolio.

GA34 : Améliorer le statut des internes (rémunération, diminution de la charge de travail, augmenter la formation, promouvoir la possibilité de grossesse pendant l'internat).

GA28 : Ai déjà un tuteur et c'est bien.

Pas assez de temps libre d'une manière générale ou sinon il faut être très organisé.

GA15 : Mise en place de postes salariés en MG !

LV85 : Suggestions : augmenter le nombre de maître de thèse, faire des listes pour qu'ils soient connus.

LV84 : Essentiel problème à mon sens = non-reconnaissance du statut de l'interne, de son travail par les seniors, les patients et l'équipe paramédicale.

LV66 : Je pense en effet qu'un tuteur peut être utile surtout si on peut avoir confiance en lui.

Il faudrait faire des groupes de parole et surtout diminuer la charge de travail dans certains stages. Mais c'est aussi une question de culture. On doit avoir droit à l'erreur, être plus respecté par les seniors, avoir une reconnaissance de leur part.

LV21 : A Lyon : 1 médecin tuteur « responsable » d'un groupe d'interne servant aussi de contact en cas de soucis.

LV2 : important de mettre en avant les problèmes de santé (mentale) des internes car « on n'a pas le droit d'être malade quand on est médecin ».

LV1 : Mieux qu'une diminution de la charge de travail :

- **Une meilleure répartition du temps de travail en stage.**

- **Nous donner le temps d'approfondir nos connaissances et les pathologies rencontrées => intégration de ce qui doit être acquis pour envisager sereinement notre 1^{er} poste après l'internat.**
- **Nous donner le temps en stage de faire de la biblio (impossible à faire après 10h de boulot) => Entretien de la curiosité médicale.**
- **Avoir une évaluation sérieuse en milieu de semestre pour nous permettre de progresser sur le plan pratique et théorique (= rectifier le tir dans notre façon de travailler, donner des conseils personnalisés, critique des défauts et encourager les qualités soulignées), bref assurer un suivi, ne pas laisser l'interne avancer seul dans le monde médical si colossal.**

BA134 : - Une consultation avec un psychologue 1 fois par semestre devrait être obligatoire.

- Une cellule de soutien psychologique facilement contactable, surtout en 1^{er} semestre devrait exister.
- Le gros problème= qui aller voir si ça ne va pas ? Qui peut comprendre ? un médecin ? une psychologue ? Quelqu'un d'autre ?

BA44 : MOYENS A METTRE EN ŒUVRE= Définir ce que veut dire une demi-journée d'interne. Car en ambulatoire, 9=> 20h, 5 jours par semaine, à 1 h de trajet aller et retour.

MOYENS POUR LA SANTE= Une visite de médecine du travail (normalement obligatoire d'un point de vue légal) par an... je n'ai jamais été convoquée ! Ma dernière visite remonte en PCEM1 (5 minutes).

BA41 : Moyens à œuvrer : Une surveillance tous les semestres avec un psychologue une fois par mois à une fois par semaine.

BA31 : J'envisage de faire de l'activité physique pour rompre avec le rythme infernal de l'internat et pour mieux gérer mon stress.

BM56 : - Augmentation du salaire des internes.

- Augmentation du personnel afin de diminuer la charge de travail.
- Augmentation du numerus clausus et du nombre de médecins.
- Changement du mode de sélection à l'ECN.

BV167 : Suivi psychologique dans les services d'USP, oncologie n'existe presque pas.

BV172 : Je suis réellement passionnée par mon métier. Pour éviter le BOS, je vais choisir des stages plus proches de chez moi et moins prenant, quitte à faire un an supplémentaire. Je veux privilégier mes relations avec mes proches et reprendre mes activités. Je pense que c'est le seul moyen de se préserver. Je n'ai pas choisi ma spécialité mais je pense que grâce à la diversité des DU, je pourrai quand même faire la médecine que j'aime.

BV191 : - Une meilleure reconnaissance de notre filière, au sein des universités, auprès des spécialistes, aiderait moralement. Les internes souffrent énormément du manque de reconnaissance.

- Une accessibilité privilégiée à des postes de clinicien serait un plus.
- Un stage obligatoire de médecine générale pendant l'externat serait à mon sens un gros plus.

BV194 : Pour pas mal de patients... un interne n'est pas un médecin.

Certains chefs nous considèrent comme des externes.

BV194 : Ne pas être seule (famille, amis) aide à tenir le coup. Parler des difficultés relationnelles avec les patients/ soignants/ co-internes aide beaucoup.

BV199 : Augmenter le nombre de cabinet de groupe de médecin généraliste et y associer d'autres spécialités (kiné, assistante sociale ...).

BV210 : Préserver la liberté d'installation.

BV225 : Il faut diminuer le nombre de patients à prendre en charge par interne. Les chefs de service ont des objectifs avec des quotas par semaine à réaliser= c'est l'usine.

Les enjeux économiques prévalent sur la santé des patients et du personnel médical. Ce qu'il faut revoir, ce sont ses objectifs qui mettent la pression !

BV231 : Reconnaissance sociale et financière après 8 ans d'étude post bac me paraît indispensable afin de prévenir du BOS.

BV261 : - Améliorer l'enseignement.

- Mise en place de protocole de soins systématique.
- Diminuer la charge de travail en plaçant des limites.
- Moins de charge administrative.
- Améliorer l'encadrement des seniors en plaçant des limites juridiques de respect à la personne => problème du vase clos.

BV262 : Exercer un contrôle sur les stages mal côtés et sur ceux ne laissant pas aller en cours.

B48 : Du temps libre, avec si possible un bon salaire qui apporterait même si je travaille beaucoup, une aisance.

B45 : Faire plus connaître les groupes de parole entre pairs (je pense aux groupes Balint !)=> Sensibiliser les internes ! Qui ne connaissent pas très bien l'intérêt je pense.

B43 : Parler du BOS !

B41 : Confraternité entre internes importante.

B38 : Travailler là où l'on se sent à sa place.

B37 : Il faudrait harmoniser les stages.
Donner un peu plus d'importance aux internes.
Etre plus à l'écoute des soucis de chacun.

B36 : - Adapter les cours (éviter les cours d'externe : ça prend du temps, ça ne sert à rien)
⇒ Faire des séminaires
- Laisser réellement 2 demi-journées par semaine pour la formation théorique.
- Etre mieux encadré dans le stage (ne pas être là pour faire tourner le service).
- Avoir des stages qui nous aideront dans notre pratique future.

B35 : Diminuer l'impression d'être le petit personnel convenable qui ne doit pas sourcilier.
Responsabiliser les chefs pour l'encadrement des internes et la transmission du savoir qui ne passe pas uniquement par une expérimentation solitaire et rejetée.

B33 : Valoriser le travail des internes : charge de travail énorme, variable selon les services. Définir les missions exactes de l'interne, si besoin faire des audits.
Salaire misérable pour le nombre d'heures travaillées, salaire horaire < SMIC et au bout de 7 ans d'études !!!
Impossibilité d'organiser correctement sa vie (obligatoire de reporter projets de mariage, installation...) à quelques exceptions près.

B31 : La mise en place d'une ligne téléphonique est une excellente idée => Beaucoup trop d'internes se sentent « délaissés » ou pas assez écoutés.

B30 : Il faudrait pouvoir interdire les semaines de 21 jours (2 WE d'astreinte d'affilée) : comment peut-on être efficace ?

B29- Une harmonisation du fonctionnement des services hospitaliers

- Eviter une trop grande inégalité entre chaque stage au niveau des rythmes de travail.
- Mais tout ça me paraît utopique !
- Et aussi une harmonisation au niveau du fonctionnement des facultés notamment ce qui est demandé pour valider le DES.

B28 : Encadrement et charge de travail varient +++ en fonction des stages. Ce sont pour moi les 2 facteurs clé du bon déroulement de l'internat et donc de la prévention du BOS.

B14 : Meilleure reconnaissance de l'interne souvent considéré comme un larbin à l'hôpital. Favoriser la connaissance du milieu libéral (peu connu ce qui occasionne un choc : passage hôpital=> passage à la ville.)

B11 : Je pense qu'une possibilité d'accompagnement psychologique (pas forcément psychiatrique) devrait être proposée systématiquement dans toutes les facs et ce dès la P2 sans attendre l'internat.
Car nous sommes tous soumis à une lourde charge de travail, stress et situations humainement difficiles.
Peut-être même une consultation par an, obligatoire, médicale avec une part d'évaluation psychologique car je pense que les internes sont réticents en général à se soigner et encore plus sur le plan psychologique. (Ex : la « hot line », je pense que personne n'appellerait).
Favoriser les groupes de pairs et de parole dès l'externat et pendant l'internat de façon obligatoire, pour les mêmes raisons.

B10 : Il faut prévenir le BOS plutôt que de guérir.
Souvent il est trop tard quand on prend conscience de ce problème.

B7 : Relater ses difficultés est tabou dans la société.
L'intériorisation des problèmes est délétère pour tous.

BH108 : Aucun suivi psychologique n'est proposé au cours des études, c'est dommage.

VOLUME HORAIRE / CONGES / GARDES :

HH125 : 1^{er} problème : le volume horaire : impossible à concilier avec la vie d'épouse et de mère de famille.

HH126 : Je pense qu'actuellement le problème est global dans la profession médicale généraliste : beaucoup préféreraient travailler moins même s'ils doivent gagner moins, la qualité de vie prime sur l'argent... Mais si tout le monde travaille moins ? La preuve en est le nombre de médecins qui se tournent vers le salariat !

HH151 : Beaucoup d'heures de travail en perspective avec le stress qui l'accompagne. Stress qui vient surtout de l'envie de bien faire et de faire au mieux avec chaque patient malgré les difficultés et la fatigue.

HH160 : Ce métier est un sacerdoce
Faire cela pour la reconnaissance est illusoire.
La démographie médicale ne permettra pas de diminuer la charge de travail.

La médecine c'est une grosse charge de travail : l'internat en est l'entraînement.

TM3 : La durée de temps de travail dans les pays anglo-saxons est passée de illimitée à 72h, à 48h avec jamais plus de 16h de suite. Nous en sommes bien loin.

TV9 : Pour un aménagement du temps de travail afin de préserver du temps libre, et pas uniquement pour la thèse !

TV20 : Mettre en place des mesures limitant la possibilité d'opposer « les obligations de service » aux demandes de congés annuels ou jours de formation des internes.

HH162 : L'internat est difficile dans la **nouvelle prise de responsabilités** avec parfois pendant les gardes le stress de se retrouver seule et la crainte de faire une erreur.

HH199 : Trop d'autonomie lors des gardes, grande source de stress en plus d'une fatigue physique.

TV8 : Ne pas faire de garde où le senior n'est pas « intellectuellement » présent.

SA113 : Je pense qu'il serait bon de rappeler aux administratifs et chefs de service que le repos de garde n'est pas une option mais une loi. Tant pour les internes de médecine générale que chez les internes de spécialité qui subissent une pression qui me semble plus importante due aux différentes contraintes (poste de chef de clinique...).

SA7 : Repos de garde GENERALISE.

XA270 : Faire en sorte que les repos de garde soient appliqués dans certains services du CHU.

EV10 : J'ai effectué mes 2 stages précédents en médecine interne l'un de 80 à 100 heures par semaine (3 gardes par semaine sans repos de garde+WE) et le second =70h/semaine => J'ai rempli la grille MBI selon cette sensation par stage.

SA145 : Des congés supplémentaires seraient les bienvenus !!

SA86 : Le plus difficile reste les horaires avec de longues journées, **spécialement en hors CHU**. Néanmoins avec des chefs sympas qui nous apprennent des choses ; apprendre à gérer des problèmes seuls est très gratifiant.

XA100 : Diminution de la charge de travail (obligatoire < 45h/ semaine).

XA42 : Ce semestre, en plus des 12h travaillées par jour, de la route (1h30 quotidiennement) et des gardes, **j'ai parfois travaillé plus de 100h dans une semaine**. C'est difficile d'avoir une vie personnelle, sociale, et n'imaginons pas familiale... et c'est ce que l'on souhaite après 6 ans d'études et surtout passé 25 ans.

MA178 : Je pense qu'il faudrait réglementer le temps de travail de l'interne ou du moins le reconnaître. En effet en tant qu'interne, il apparaît normal pour les équipes et surtout nos chefs de nous voir trimmer car eux ont trimé avant nous comme s'il s'agissait d'un rite de passage. Personnellement je me sens comme un larbin et peu encouragée dans ce que je réussis et souvent réprimandée dans ce que j'oublie de faire (souvent par manque de temps). Or un peu de soutien ou de reconnaissance m'aiderait à supporter un peu mieux la charge de travail.

KA138 : Moins de charge de travail pour l'interne

KA137 : Moins de surcharge de travail ; avec moins de gardes ou au moins présence de seniors avec DISPONIBILITE ce qui n'est pas toujours le cas.... Ma première garde en tant qu'interne seule aux urgences, le senior ne répondait pas au Bip...

KA116 : Alléger le nombre de gardes dans les hôpitaux périphériques améliorerait la qualité de vie et la qualité du travail fourni.

CV146 : Augmenter le nombre de semaines de vacances (5 / an) !!!
Aucun senior n'en a que 5/an (8 à 14).

CV218 : Indispensable de préserver le repos de garde pour tous les internes (parfois non respecté dans certains services).

Et je trouve INADMISSIBLE de travailler 24h de suite, sans pause ni repas pouvant être pris sans culpabiliser ou sans « geler » la prise en charge des patients au SAU !

OA68 : Pas de possibilités d'anticiper des vacances ou un avenir car on dépend du choix de stage tous les 6 mois. Très frustrant...

WA90 : grosse charge de travail + stress au CHU.

IV184 : Paradoxalement ce qui m'a demandé un effort pendant ce semestre est de ne pas me laisser aller alors que la charge de travail était très faible (environ 2j/ semaine). Je m'interroge sur la notion d'un rapport reconnaissance/ charge de travail.

IA59 : Problème de la surcharge de travail.

IA38 : BO vis-à-vis des gardes ! => fatigue++

VA90 : La RTT pour les internes comme pour tous les autres salariés du secteur hospitalier !

UA45 : Enchaîner les gardes et les WE, c'est épuisant !! L'interne ne doit pas être le tampon entre les médecins du service ou pallier au manque de médecins dans le service.

NV137 : Travail passionnant mais la charge de travail est réhébitorie. Nous demander de faire plus de 40h par semaine (et souvent 24h d'affilée) en étant disponible, à l'écoute, compétent est aberrant. Dans aucun autre métier on ne nous demande ça alors que nous avons parfois la vie de nos patients entre nos mains.

DA106 : Je trouve l'internat pénible à cause des horaires de travail et de la distance avec la plupart des postes qui rendent difficiles la pratique de sport et loisirs.

Je trouve qu'on manque parfois de reconnaissance et de respect par l'équipe médicale.

DA37 : L'internat est une période difficile mais sur une courte durée. Les gardes (surtout dans certains stages) sont parfois le point négatif du stage (car en autonomie complète donc stressant +++).

FA58 : Le plus éprouvant à tous les points de vue= les gardes aux urgences.

FA13 : Je tiens à préciser que je suis en stage prat ce qui explique mon nombre d'heures de travail modéré. Mais je travaille ma thèse en parallèle.

Par contre au CHU, il arrive de travailler près de 80h dans une semaine (garde de samedi + astreinte) et cela est inadmissible et pousse au désintérêt vis-à-vis du patient.

PA20 : Charge de travail trop importante ++ pour un exercice durable de qualité en tant qu'interne.

JV49 : Charge de travail trop importante.

JV46 : Le salaire de l'interne est à revoir= rémunération aux heures, celui de l'externe aussi= on manque d'argent au moment le plus crucial, ce qui rend à terme les médecins vénaux.

HH194 : Rémunération indigne par rapport à la charge de travail et à la responsabilité.

HH125 : 2^{ème} problème : la rémunération inadéquate, très insuffisante par rapport au volume horaire et aux responsabilités (avec le stress qui en résulte).

⇒ PATIENTS MOINS BIEN PRIS EN CHARGE

TV8 : Meilleure rémunération en stage et en garde.

XA265 : Revoir la rémunération des internes à sa juste valeur.

XA121 : Etre plus rémunéré : 1400€ par mois c'est peu.

KA138 : Augmentation des salaires/ Aide aux moyens de transport : aide financière, logement.

VA75 : Paye ridicule des internes après 8-9 ans d'études qui ne peut pas motiver les internes au regard des autres filières avec autant d'études.

VA2 : Je pense que les CHU pourraient augmenter nos salaires car nous sommes autant payés que des IDE « anciennes », et pour les responsabilités que l'on prend c'est pas cher payé !

NV138 : Rémunération pas assez importante lors de l'externat et de l'internat n'aidant pas à l'autonomie.

Trop de charge de travail pas assez valorisée en terme de rémunération et socialement.

NV137 : Rémunération à revoir : Nous sommes payés au SMIC horaire lors des gardes vs pénibilité et compétences demandées !!
Les groupes de parole, le soutien psychologique ou un tuteur ne sont de mon point de vue que des cache-misère pour ne pas s'attaquer aux vrais problèmes de charge de travail et de rémunération.

LV100 : Prise en charge financière des transports.

HH206 : Changement du mode de rémunération des médecins généralistes qui pourrait permettre un allègement de l'emploi du temps.

BH89 : Je me ménage depuis que j'ai vu qu'on est payé au SMIC.
Pour l'hôpital, on ne vaut pas plus.

VIE FAMILIALE / MATERNITE :

HH169 : Ce qui n'est jamais pris en compte dans notre cursus : La vie familiale ; à croire qu'on n'a pas le droit d'élever ses enfants.

TM1 : Désir de maternité difficile à concrétiser durant l'internat car :

- On est déclassée auprès de la DRASS et du coup, on perd le bénéfice de notre travail durant l'externat.
- Beaucoup de pression de la part des autres internes (gardes) et du DUMG (surnombre imposé dans des services qui ne nous plaisent pas !)

TM14 : Il est compliqué d'allier vie de couple et internat par rapport au lieu de stage.

TM18 : Travail + gardes + formation laissant peu de temps à la vie privée / Difficultés.

TM19 : Ma réponse à la question 14 est à prendre avec un peu de recul ; j'avais pris un peu d'avance avant l'internat !... (*Homme de 49 ans*)

TV18 : Epuisement surtout dû au fait que j'ai une jolie petite fille de 7 mois.

TV20 : Faciliter l'obtention des postes en surnombre motivé par des grossesses.

TV50 : Travailler le minimum possible au début pour récupérer une vie sociale normale (mariage, vacances, enfants...)

TV82 : Cette fatigue due au travail et ces horaires à rallonge nuisent à la vie sentimentale, surtout pour les célibataires (manque de temps et d'énergie pour rencontrer des gens puis difficulté de revoir quelqu'un du fait du peu de disponibilités) ; ce qui augmente le ras-le-bol et la dépression.

TV88 : Ce qui est le plus difficile à concilier c'est

- Le temps passé avec la famille, les enfants
- L'argent
- Les activités extra-médecine (sport, vacances)

Médecin c'est tout de même une bonne situation, on le sait tous ; il faut alors savoir dire STOP si on a trop de consultations, et se ménager des temps de répit.

Je ne suis pas inquiète pour mon avenir.

EV26 : Une grossesse ne doit pas induire une dégradation du classement

EV27 : Je ne trouve pas normal qu'une interne enceinte et arrêtée 1 semestre perde le bénéfice de son classement et choisisse en dernière de sa promotion au semestre suivant.

XV5 : Il faut absolument revaloriser le statut de l'interne, ne serait-ce que par un contrat de travail. Aucun droit défini pour les internes enceintes par rapport à d'autres professions.

SA79 : Etre médecin même quand on adore son métier ne doit pas être synonyme d'absence de vie privée (famille, loisirs) ; essentielle pour parvenir à rester un professionnel humain.

XA265 : Améliorer le statut des internes enceintes.

XA239 : J'ai fait 2 enfants pendant mon internat (le 1^{er} au 1^{er} semestre et le 2^{ème} à la place du 3^{ème} semestre). À chaque fois j'ai été défavorisé dans mes choix en suivant mes disponibilités.

Ce qui manque dans ce questionnaire est le critère géographique. Je me sens mieux dans ma peau quand j'ai un stage près de ma famille.

XA238 : Juste une petite précision apportée sur les difficultés d'être mère pendant l'internat avec les horaires souvent importants (sauf stage chez le prat) et fluctuants. Et pas d'aide et de compréhension généralement : éloignement géographique...

XA27 : Difficile de faire des activités extra-hospitalières. Où est la place à la stabilité ?

XA18 : Vous n'évoquez jamais l'éloignement familial ce qui pour moi est un facteur prépondérant !!!

Un environnement familial présent au quotidien vaut mieux que les mesures que vous préconisez (37), pourquoi ne pas lancer une réflexion dans ce sens. L'isolement et la distance accentuent le stress, la dépression, le BOS...

MA94 : Comment serait-il envisageable d'avoir une vie stable (vie de famille...) quand on habite sur Montpellier avec un stage chez le praticien qui sera sûrement à 250 km en vue du classement (3 prat sur Montpellier).

MA71 : Beaucoup d'angoisses par rapport à mon avenir professionnel et à ma capacité à mener de front mon métier et ma vie de famille.

On a parfois l'impression qu'on ne peut mener son internat sereinement que si on est célibataire sans enfant. Comment fait-on pour déménager tous les 6 mois si on est marié avec des enfants en bas âge ?

Les internes ayant des enfants devraient être prioritaires pour le choix.

KA134 : Impossible de se mettre en arrêt de travail/ Impossible de consulter discrètement un service hospitalier...

KA113 : Ne pas perdre le classement à l'internat après un congé maternité. Possibilité d'aménagement des horaires ou des choix de poste chez les internes mères de famille.

KA102 : Ne pas perdre le classement de l'internat après le congé maternité. Améliorer les conditions pour les grossesses des internes.

KA77 : Enceinte du 2^{ème}, mon internat de médecine générale m'a permis de débiter ma maternité rapidement et sereinement avec l'aide de ma famille face aux horaires et la distance travail / domicile. Réussir un allaitement sur 1 an= chose qui je n'aurais jamais pu faire en spécialité.

CV173 : Les internats sont souvent crades et impersonnalisables. Se sentir bien chez soi est très important.

CV183 : Beaucoup de filles médecins=> modifications des horaires, volontés...

CV189 : Peu de regards sur les situations familiales des internes.

CV205 : Difficultés en tant qu'interne en MG à organiser une vie de famille quand le conjoint est éloigné pour raisons professionnelles. Aucune possibilité de faire un inter CHU ayant pour motif un rapprochement de conjoint.

CV207 : Impossibilité de faire un inter CHU pour rapprochement de conjoint : donc difficultés pour concilier vie professionnelle et vie personnelle.

CV209 : Je m'inquiète pour le moment où j'aurai des enfants ; aurai-je le temps de m'en occuper autant que ma vie professionnelle ?

OA93 : Problème pendant l'internat de la grossesse et du déclassement.

OA77 : En relation avec quelqu'un qui vit à 450 km et ce depuis 4 ans. Impression d'être entre parenthèses en tout cas en ce qui concerne la construction affective.

Besoin salutaire de se développer personnellement et pas le temps (aller et retour).

WV43 : Manque de prise en charge de la santé des internes au cours de leur cursus.

Difficultés et inégalités d'approche de l'internat en fonction du sexe.

Les femmes ont / doivent gérer d'autres préoccupations personnelles (maternité...).

WV21 : Précision sur maternité et internat : faisable mais très difficile à gérer quand pas de famille proche. Les difficultés rencontrées tiennent essentiellement à un manque de compréhension des seniors quant à l'adaptation du rythme de travail, et donc aux conséquences psychologiques dues au fait qu'on s'occupe très peu (pas assez...) de notre enfant. Le BOS s'évitera en s'organisant pour concilier travail et présence pour nos patients et vie de famille.

WV11 : Difficultés en ce moment à concilier mon internat et ma vie de famille.

RV137 : Laissez les internes dans leur région d'origine même si le classement de l'ENC ne le permet pas.

RV93 : L'impression générale de mon questionnaire tient beaucoup du fait que j'ai dû changer de région pour mon internat et que 3 ans loin de ma famille et de mon mari sont très difficiles...

RV27 : Il est injuste qu'une femme ayant accouché et non validé un semestre soit de plus déclassée ! C'est de la discrimination.

RV10 : Internat très difficile à vivre pour les jeunes mamans :

- Perte de classement à Rouen
- Donc stages loin lors des choix suivants !

RV7 : Le déclassement des femmes enceintes et arrêt maladie ne me paraît pas juste.

RV3 : Principale crainte : Difficultés à coordonner sa vie professionnelle et familiale.

IV159 : L'internat est tout à fait compatible avec une maternité, une vraie vie de famille, des loisirs ... il suffit de s'organiser !

Les seniors rencontrés lors de mes stages sont loin d'être insensibles aux difficultés que je ressens, j'ai pu en parler librement la plupart du temps.

Un bon équilibre psychique et un bon entourage familial sont essentiels à l'exercice de mon métier.

IV118 : Nécessité de 4 mois validés injuste pour les internes enceintes et surtout déclassement dans la répartition injuste pour tous les internes : réforme nécessaire.

UV86 : Plus de stage sur la ville principale

Beaucoup, beaucoup de route

Pas facile d'entamer une vie de famille.

Etre étudiant entre 25 et 30 ans, un peu marre...

NV149 : Pouvoir accéder aux modes de garde pour les enfants, comme au CHU.

Améliorer les modes de garde pour les enfants.

NV11 : La classe médicale est l'une des classes professionnelles les plus touchées par l'alcoolisme et le taux de divorce est l'un des plus forts.

Explication : la médecine accapare tout le temps que l'on ne consacre pas à nos proches et pour tenir le coup, beaucoup ont recours aux fêtes et tonus où l'alcool devient votre petit moment de bonheur.

Diminuer la charge de travail n'est pas pour autant une solution. Il faut juste se dire que l'internat est un moment difficile à passer, ce n'est que temporaire. Après l'internat, nous pouvons nous reconstruire sur le plan personnel car notre installation nous le permet.

Ce n'est pas le cas de toutes les spécialités ; donc estimons-nous heureux.

Restons optimistes !

DA141 : La vie de famille est très difficile à associer à la vie d'interne.

FA20 : C'est totalement injuste de perdre son classement lorsque l'on est enceinte ; C'est de la discrimination !!

FA19 : Par rapport au problème de la grossesse pendant l'internat, je trouve injuste de perdre son classement dans la promo, c'est limite de la discrimination ; ça veut dire qu'il vaut mieux faire un enfant à la fin de l'internat, on n'a plus le choix !!!

Je n'ai jamais voulu arrêter médecine mais j'avoue que parfois je me sens fatiguée.

FA2 : Ne pas déclasser les femmes enceintes.

PV14 : Arrêter de déclasser les femmes enceintes.

JV105 : Rendre la vie de famille plus simple :

Crèche avec places pour les enfants d'internes dans les hôpitaux.

Choix de stages permettant d'envisager un déménagement et un mode de garde pour les enfants autrement que dans la précipitation.

JV48 : Il est également indispensable de ne pas empêcher l'interne qui a une vie de famille ou des loisirs à côté, de profiter de son temps libre.

JV28 : Les changements de lieux tous les semestres sont difficiles à vivre surtout que dans notre CHU, les périphériques sont très éloignés. Peu compatible avec une vie de famille finalement...

GA116 : Entre le travail en stage, le travail personnel, le travail de thèse, le travail relatif à l'enseignement à la fac, difficile de trouver du temps pour enfin prendre le temps de développer une vie personnelle, sociale.

LV120 : Peur de ne pas avoir assez de temps pour ma propre famille ; Comment emmener les enfants à l'école avec des horaires lourds et non flexibles ?

BV135 : Du point de vue personnel, je trouve difficile de construire sa vie et même d'avoir des enfants dans ce type de vie. Changement de stage tous les 6 mois, temps de transport important et charge de travail. Ce n'est pas un problème car je ne suis pas pressée mais je pense que c'est dur pour beaucoup de gens.

BV250 : Je pense que l'internat n'est pas nécessairement un obstacle à la maternité. J'aimerais d'ailleurs avoir au moins un bébé mais j'appréhende énormément... la fatigue, la charge de travail, le stress...
En clair c'est pas incompatible mais je pense que c'est très difficile probablement.

TM18 : Déplacements fréquents (changement d'établissement, maîtres de stage pas tout à fait proches les uns des autres à l'origine d'une sensation de désarroi).

TM28 : Difficultés de l'internat : éloignement et absence d'installation personnelle.

TV13 : Ce serait vraiment bien même si cela n'est peut-être pas vraiment envisageable, qu'on arrête de nous faire bouger tous les 6 mois...

A 25 ans, on peut avoir l'envie de construire sa vie sans avoir à déménager, ce qui complique un peu les choses.

TV46 : Je pense que le changement de lieu de stage tous les 6 mois est un facteur participant au BO. Cela donne l'impression tous les 6 mois d'être mis à la disposition d'un nouvel hôpital dans une nouvelle ville. Les IMG remplacent des postes vacants, on est envoyé aux 4 coins de la région pour combler le manque de médecins et pas pour être mieux formé.

TV52 : Difficile de faire son internat loin (changer de région) ; avec une région vaste, la difficulté est de refaire son réseau social quand on déménage de 200 km tous les 6 mois.

XA250 : Difficultés financières liées à la mobilité tous les 6 mois car peu de possibilités d'anticiper sur le prochain stage. Difficultés sociales également car déménagement tous les 6 mois.

XA223 : Le principal problème est le nomadisme au cours de l'internat de MG. Impossible de se poser ou de prévoir quand on est mal classé donc d'avoir des projets d'avenir solides.

MA75 : Difficultés du changement de stage tous les 6 mois avec mutation géographique +++

CV173 : Changer très fréquemment de ville peut être déstabilisant.

MAQUETTE DE L'INTERNAT/STAGES :

HH207 : Les réponses sont variables selon les semestres que j'ai effectués :

1^{er} semestre : médecine polyvalente (très grand stress car 1^{er} semestre)

2^{ème} semestre : médecine polyvalente

3^{ème} trimestre : 1^{er} stage praticien ; pas de garde, stage très intéressant et bien encadré => pas de risque de burn out

4^{ème} semestre : urgences en périphériques : stress ++, charge de travail nettement plus importante malgré un stage très intéressant

5^{ème} semestre : Stage SASPAS, intéressant et motivant, charge de travail assez importante en semaine mais pas de garde donc moins de risque de BOS.

HH199 : - En tant qu'interne, je me sens en manque de connaissances PRATIQUES

- Les stages sont trop inégaux en ce qui concerne la charge de travail et le volume horaire.
- Plus on est seniorisé (surtout les 1ers semestres) plus l'on se sent détendu.

HH189 : Maquette de l'internat de médecine générale trop contraignante avec un seul stage libre et le stage d'urgence obligatoire présentant un intérêt modéré pour qui ne se destine pas à être urgentiste.

Peu de prise en compte des projets personnels de l'interne.

HH168 : Le travail en stage est dur mais ce qui use l'interne est de faire sa journée de travail + son travail de faculté (thèse, GEASP...) => Aménager du temps de travail libre pour l'interne pour sa thèse car **l'interne a la double casquette « salarié-étudiant » et donc fait double journée.**

HH156 : Les temps de formation universitaire sont à mon avis très importants pour relâcher la pression et se remettre dans le bain.

TM1 : Terminer l'internat le plus vite possible pour enfin faire ce qui me plaît et avoir terminé les gardes de nuit aux urgences très difficiles (on ne dort pas du tout et on fait les urgences + tous les services de l'hôpital).

TM14 : Les stages d'internat sont très inégaux et le rythme est parfois difficile.

TM18 : Trop peu de temps disponible pour notre formation.

TM28 : DESC : peu d'information ; soit aucune aide, soit obstacle pour les réaliser => Frustration.

TV1 : Exigences du service et des gardes / du DUMG / familiales / personnelles (ce à quoi on s'oblige pour être un bon « médecin ») Liberté ? Repos ?

⇒ Manque de temps

La formation est un obstacle à notre vie personnelle, impossible d'avoir un projet autre que sa formation. Personne ne se rend compte de ce qu'on donne ; le service n'est pas conscient qu'on doit se former aussi dans les livres ; le DUMG n'a pas conscience qu'avoir 2 ½ journées de formation par semaine est souvent impossible ; ma famille s'imagine que puisque j'ai passé le concours maintenant j'ai du temps... Et moi ce que j'aime à part la médecine est mis de côté depuis déjà longtemps... Et mes projets : mariage, enfants... sont sans cesse repoussés. Mais j'aime la médecine et je me soucie de mes patients. Les patients n'ont pas conscience non plus de tout le temps et l'énergie qu'on leur consacre.

TV4 : Il faudrait faire remonter les résultats des questionnaires afin de calmer certains chefs de service. Mettre en place des points de pénalité s'ils nous refusent nos congés ou nos jours de formation. On devrait avoir des jours destinés à la formation OBLIGATOIRE, où soit on est en séminaire soit on peut réviser dans les bouquins si on n'a pas de formation le jour en question. C'est pénible de devoir se battre pour faire un DU ou se prendre des réflexions.

TV 7 : Equilibrage réel de la répartition des internes entre le CHU et les hôpitaux périphériques, pour éviter la surcharge de travail (faire la rotation obligatoire des internes pour chaque semestre).

TV10 : Intérêt ++ je pense de rétablir une évaluation (un point avec nos seniors dans le service 2 à 3 mois après le début de stage pour rassurer sur le fait que l'on n'est pas si nul+ choses à améliorer (dommage que l'évaluation soit à la fin du stage)

TV29 : Je suis contente d'arriver à la fin de mon internat et d'avoir fini mes stages hospitaliers et garde de 24h.

TV31 : Revaloriser la place de l'interne à l'hôpital (on n'est pas des esclaves devant travailler 12h par jour voire plus, en plus des gardes).

Se sentir plus aidé par le DUMG quand on est confronté à un problème (surtout de fac).

TV40 : Difficultés pour les IMG à accéder aux DESC, or la loi nous le permet.

TV48 : Les réponses sont différentes en fonction des semestres. Actuellement, je suis vraiment dans un stage où je suis bien accueillie et où je ne travaille pas le WE donc je suis beaucoup plus en forme qu'au départ. Au 1^{er} semestre, je me suis demandée si le métier de médecin était vraiment pour moi. Je ne voyais aucun intérêt pendant 6 mois, d'aller en stage. Je n'y trouvais aucun plaisir alors que ce métier était un rêve pour moi. 2 semestres plus tard c'est beaucoup mieux car moins de garde et de travail.

TV92 : 6 semestres c'est probablement un peu long (je serais davantage pour 5 semestres).

TV94 : Comme tous les internes, ras-le-bol sur la fin, validation du DES, thèse !!! Etudes longues !!!

EV4 : On a parfois trop d'autonomie.

EV5 : Les rapports de travail tels le portfolio ou autres sont inutiles.

EV35 : Supprimer le portfolio

XV20 : Le vécu dépend beaucoup du stage : Actuellement chez le praticien, je me sens bien mieux qu'au CHU.

Je regrette qu'il soit si compliqué de faire des stages validants à l'étranger ou en inter CHU.

SA84 : Le SASPAS et le stage prat sont moins stressants et très agréables. La première année d'internat est la plus dure.

SA60 : Il faut demander aux chefs de service de respecter le statut de l'interne c'est-à-dire 2 demi-journées de libre par semaine pour le travail théorique et le repos de garde.

SA51 : En stage chez le prat, oui c'est bien plus facile (moins d'heures, moins de responsabilité) que les autres stages.

SA7 : Plus de temps libre pour la formation, la réalisation de la thèse, les loisirs.

XV22 : Le manque de stage chez le prat touche la qualité de notre formation et est stressant car on voit peu ce qui nous attend pour les 35 prochaines années.

XA272 : S'assurer que les journées dédiées à la réalisation de la thèse et/ou portfolio soient attribuées.

XA251 : Actuellement stage très intéressant, pas trop intense donc moral très bon. Le même questionnaire durant mon stage au CHU aurait été moins évalué.

XA250 : Difficultés professionnelles (dans le cadre du DESC notamment).

XA244 : Je trouve que l'internat de médecine est difficile :

- Mobilité tous les 6 mois
- Beaucoup de gardes
- Exigence des services
- Difficulté de réaliser la maquette surtout lorsqu'elle est couplée à celle du DESC.

XA230 : Suppression de la thèse du cursus de médecine générale.

XA201 : J'aimerais plus de retour de nos chefs sur ce qui est bien ou pas bien pour être parfois rassuré, conforté, se sentir reconnu et surtout pouvoir s'améliorer.

⇒ Rendre obligatoire les évaluations de ½ stage voire ¼ de stage.

XA199 : Il faut supprimer l'obligation de passer au CHU en médecine générale !!

XA171 : Durant l'internat il faudrait plus de temps libre pour le portfolio et la thèse.

XA120 : Choix de stage très éprouvant surtout pour les derniers ; intérêt de mettre en place des pré-choix !!
Organisation difficile !

XA100 : Meilleure seniorisation dans certains stages.

Meilleure compréhension de la part des seniors qui eux n'ont pas été épargnés à l'époque.

Facilitation pour rentrer chez soi, WE allongé une fois par mois, subvention pour péage/ train.

Aide à la thèse avec cours sur la façon de s'y prendre (aucune formation là-dessus).

Plus de stages extra-hospitaliers pour les IMG (CEID, CMP, stage prat...), médecine plus adaptée à notre pratique future.

Contraintes administratives moins lourdes pour faire des inter CHU (rapprochement conjoint, découverte d'autres façons de faire de la médecine...)

Stages à l'étranger

Formation psy obligatoire pour tous ++++ (plus que 8 demi-journées en psy au CMP).

XA90 : Le choix des stages est une source de stress avec un logement à trouver à chaque fois, avec le stage en cours qui peut en plus être prenant.

XA65 : Plus de stage chez le praticien (notre future vie professionnelle) et beaucoup moins d'hospitaliers !!!

XA42 : Le passage obligé par le DES de MG peut être difficile à accepter lorsque l'objectif final est de faire un DESC, surtout lorsque son intégration reste incertaine.

De plus être interne sans senior à l'écoute ou « à sa disposition » peut rendre des décisions difficiles à prendre pour un 1^{er} semestre (fin de vie et surtout lors des gardes).

MA93 : Attribution des stages selon le domicile à prendre en compte.

Amélioration du site de la fac notamment pour l'aide à l'installation, conseils financiers, augmentation du nombre de place pour les DESC.

Peut-être repenser l'ordre d'attribution des stages car les internes sont stigmatisés dans leur classement d'internat ; d'où impact sur notre formation ou conséquences émotionnelles.

Informatiser la journée du choix !!! De façon à pouvoir suivre l'évolution de son choix sans avoir à attendre 5h !!

MA89 : J'ai répondu à ce questionnaire en me basant sur l'ensemble de mes stages et pas sur celui actuel qui est quand même moins éprouvant actuellement (je suis chez le prat). Je pense que ce qui manque le plus actuellement c'est la reconnaissance de la plupart des chefs et même des praticiens de médecine générale qui ne réalisent pas que l'on travaille énormément (qui les soulage et permet de faire tourner le service !), qui en demandent toujours plus, et qui souvent remarquent ce qui ne va pas ou n'a pas été fait et non tout ce qui va ou a été fait !!

MA53 : CHU= Horrible

Ambulatoire= Cool

MA17 : Plus de cours théoriques et pratiques sur la prise en charge psychologique.

KA134 : Etat émotionnel stage dépendant.

KA119 : Nos études manquent souvent d'humanité, il suffit de voir la façon dont les seniors nous traitent.

KA77 : La charge de travail est très variable d'un lieu de stage à l'autre (faible à insupportable). Mais aussi d'un interne à l'autre (conscience professionnelle que certains n'ont pas, n'hésitent pas à partir à l'heure voire avant même sachant des problèmes non résolus).

KA64 : Fatigue/ Travail très dépendant des services/ seniors et équipe soignante.

KA61 : Augmenter la possibilité de stage chez le praticien

Facilité d'accès au DESC à améliorer.

KA44 : Je suis interne en premier semestre, mon stage est vraiment cool. Pas de samedi, peu de charge de travail. Du coup les réponses au questionnaire sont un peu biaisées...

CV219 : Trop peu formé tout au long de nos études à être confrontés à la mort et à l'annonce de la fin de vie : pas de questions à ce sujet dans le questionnaire. Difficile parfois de trouver des moyens de décompression même si entourage (famille et amis) sont présents ; on peut se sentir vite isolés et incompris ; Conditions de travail souvent inadmissibles et qu'on ne retrouverait pas dans d'autres métiers.

CV32 : L'internat est quand même plus cool en med gé qu'en spé (chirurgie en particulier).

CV53 : Etant interne en DESC, j'ai l'impression que le DUMG nous met sans cesse des bâtons dans les roues= fermeture de poste, mails injurieux, choix de stage difficiles. Nous sommes clairement des « pions ». Je le vis très mal, c'est du harcèlement.

CV70 : Je pense que souvent la charge de travail de l'interne est importante en médecine polyvalente.

« Mentalité de celui qui travaille le plus »

Chefs qui devraient inciter à un temps de travail plus équilibré, mais eux-mêmes parfois débordés.

CV146 : Améliorer le cursus : Diminution du nombre d'années : 2 ans.

Choix de stage plus vaste. Souvent le choix du 1^{er} stage implique (impose) les autres.

CV189 : D'expérience, la faculté laisse peu de liberté et de créativité de terrain de stage.

Il existe un frein administratif, difficile à motiver ou mobiliser. Peu de soutien pour ces projets.

CV205 : Travail au CHU très éprouvant avec peu de répit.

CV218 : Trop de travail administratif dans les services hospitaliers

Trop de support (papier, informatique).

OA114 : Je pense que les IMG (après avoir effectué tout leur externat au CHU) ne devraient pas avoir à faire de stage au CHU, qui n'est pas du tout le plus formateur pour nous.

OA109 : Améliorer la possibilité d'effectuer des DESC au cours du DES de médecine générale.

⇒ Peu de lieux de stages

⇒ Difficultés à articuler les 2 maquettes

⇒ Manque d'information...

OA44 : Très personne-dépendant.

Certains stages « durs » avec beaucoup de travail laissent de bons souvenirs et se passent bien quand l'équipe médicale travaille dans une ambiance agréable avec des médecins disponibles pour nous encadrer dans notre travail afin que les patients soient pris en charge du mieux possible.

OA42 : L'organisation de certains hôpitaux (surtout le CHU) fait que les services « ne tournent » que grâce aux internes avec des chefs présents environ une fois par semaine, on n'est donc pas médecin en formation, on est médecin de première ligne et souvent seul pour gérer des situations complexes.

OA14 : Très fluctuant d'un semestre à l'autre pour les réponses car pour ma part les réponses auraient été très différentes lors de mon TCEM 1 : 2 stages difficiles, loin de chez moi, nombre d'heures important, alors qu'en TCEM3 stages cool et très intéressants...

WV49 : Plutôt contente d'en être arrivée là ! Ce qui est dur c'est d'être seule, de ne pas être accompagné lors de notre internat, surcharge de travail, garde ou astreinte en service. Sinon internat de Toulouse cool !!

Santé OK, sport difficile à faire sauf ski dans les Pyrénées l'hiver, accessible le WE.

WV47 : Le travail est très prenant, mais, pour l'instant, la reconnaissance était quasiment toujours au RDV, ce qui est stimulant.

De plus on est enfin impliqué dans la vie du service ce qui fait plaisir après 6 ans d'externat.

Après la question du BO est je pense, service-dépendant.

WV5 : BO très dépendant du stage, de l'environnement familial.

Internat très prenant mais en bien et en moins bien => fatigue++

WA49 : Trop abandonnés ou pas assez indépendants. Difficulté à parler des problèmes, peu d'interlocuteurs.

WA2 : Epuisement très variable selon le stage. Difficile pour le moment de me projeter dans le contexte du remplacement. J'ai pris en compte l'état des choses pendant le stage prat actuel.

⇒ Fatigue émotionnelle plus importante en médecine polyvalente.

⇒ Frustration et épuisement plus marqués aux urgences au CHU.

RV96 :1 / Autoriser sans problème les IMG à faire des DESC, DU ou DIU !

2 / Organiser des cours utiles et pratiques !

3 / Considérer les internes autrement que comme des « bouche-trous ».

RV81 : Réforme de la thèse : Pouvoir la passer durant sa vie professionnelle, basée sur une expérience longue et un sujet réfléchi, contrairement à aujourd'hui, où tout le monde trouve un sujet en catastrophe et fait des thèses inutiles.

RV72 : Vive la Lybie libre ! Vive du coup le DUMG libre !

RV58 : J'ai fait médecine par vocation et l'internat est un passage obligatoire. Il faut faire avec même si c'est parfois difficile.

IV208 : Peu d'information sur l'orientation, les DESC, la thèse, ce qui participe à augmenter mon stress.

Les répartitions par classement des stages participent à ma frustration, je sens que je n'ai pas les meilleures chances d'apprentissage à cause de mon classement. Finalement je choisis souvent par défaut et donc je suis moins motivée.

IV181 : Etudes passionnantes mais très longues.

IV123 : Pas de reconnaissance de la « spécialité » médecine générale

Pas de mission spécifique dédiée au médecin généraliste dans les services hospitaliers. Pas de place accordée à l'IMG (ou peu).

A l'inverse, responsabilités trop importantes dans certains services dédiés à la prise en charge spécialisée++

IV118 : Plus de flexibilité dans le choix des stages : validation du CHU obligatoire, inutile pour certains internes.

IV67 : Tout cela dépend de la pression que l'on se met : sa personnalité et ses objectifs

+ Des chefs : personnalité des encadrants

+ Du service : environnement

C'est très différent d'un semestre à l'autre.

IA93 : Bonne problématique

Il pourrait être intéressant de souligner le décalage entre la formation de l'IMG et son exercice futur.

Nous sommes nombreux à ressentir un « ras-le-bol » du milieu hospitalier. (Où, soit dit en passant le travail des médecins généralistes est très souvent dénigré et critiqué).

La fatigue de l'internat est différente de celle de l'externat (moins « bachotage ») mais plus éprouvante.

IA71 : Réponses fortement dépendantes du stage en cours et grande variation entre les stages.

IA62 : Trop de paperasse

Trop de contraintes (cours inintéressants obligatoires - « flicages » - portfolio + thèse, beaucoup de comptes rendus à faire sur le temps de vie personnel.

IA61 : Temps de travail trop important dans certains services

Pas de repos de garde partout

Beaucoup de travail sur le temps personnel (thèse, portfolio, présentation...)

VA118 : Peut être qu'il serait intéressant d'évaluer si la pratique hospitalière pendant notre internat n'entame pas notre moral : sentiment d'être exploité à faire ce qui ne sera pas vraiment notre carrière.

YV75 : J'aimerais pouvoir passer le DIU de MPR qui va s'arrêter à une échéance inconnue (alors qu'il était encore proposé et sûr de perdurer lors du passage de l'internat). Sous prétexte que la médecine physique et réadaptation « pique » des internes à la filière médecine générale classique, les stages de MPR sont systématiquement fermés du choix pour les IMG lors des choix de stage.

Tout le monde ne veut pas forcément faire de la médecine générale ambulatoire, sans pour autant la dénigrer...

L'idée de devoir repasser l'internat au bout de 3 ans d'internat de MG à cause d'une filière qui ferme (le DIU de MPR) en sachant que j'aurai eu actuellement le poste en passant l'internat l'année dernière, me déprime pour rester poli...

Et quand le directeur des études de MG (qui n'est pas un médecin généraliste d'ailleurs) dit que la MPR en MG est un « cryptophénomène », on se dit qu'on n'a que peu d'espoir.

UV17 : L'internat semble être de belles années.

UV8 : Plus on avance dans l'internat plus les conditions sont « faciles » : plus d'autonomie, plus de reconnaissance de la part des patients et des soignants, plus d'expérience pour gérer les situations difficiles (fin de vie, douleur...)

Les stages « lourds » avec de gros horaires, des gardes fréquentes, des morts de patients... entraînent une plus grande « fatigabilité », de l'interne d'où une fragilité accrue.

UV6 : Je pense que le problème remonte en avant de l'internat (pendant l'externat) où les fragilités ne sont pas détectées et où le soutien n'est pas présent pour les gens qui en auraient besoin.

NV138 : Pas assez d'autonomie lors de l'externat. Changement radical entre externat et internat pour ce point.

NV32 : Pouvons-nous avoir une vraie formation de médecin généraliste ?

DA : Je ne regrette pas les études de médecine ni le choix de la médecine générale. Je trouve l'internat de médecine générale certes fatiguant, stressant, éprouvant, mais je pense que la profession de médecin généraliste l'est tout autant.

DA126 : Le ressenti est très variable en fonction des stages dans lesquels on se trouve : CHU vs périphérie.

DA84 : Ce qui me stresse le plus, c'est bien entendu la peur de faire des erreurs médicales mais surtout et actuellement la thèse et le mémoire pour lesquels je trouve qu'on n'est pas assez encadré.

DA83 : Les sensations sont très différentes selon les stages. Le CHU est ce qu'il y a de plus difficile à tenir dû au manque de considération et à la qualité du travail. Il est important de se sentir considéré par les collègues et les patients.

DA81 : Le stage CHU comme interne ne devrait pas être obligatoire, on en fait tellement en tant qu'externe. Finalement mes sentiments de BO ne sont survenus que pendant ce stage.

DA29 : La vie d'interne crée une rupture trop importante par rapport à la vie d'externe : temps plein, beaucoup plus de responsabilités, gardes, prescriptions.

Nous n'y sommes pas assez préparés, ce changement devrait s'effectuer en douceur.

Dans certains stages, on ne nous considère pas comme médecine en formation mais comme collègue où notre charge de travail et nos responsabilités explosent sans accompagnement.

DA14 : Rendre le stage CHU facultatif !!! Car trop prenant, fatiguant et inutile !
Stages en périphérie formateurs et nettement moins éprouvants.

JV115 : J'essaie de terminer toutes obligations (mémoire, thèse) pour ma formation le plus rapidement possible.

L'exploitation des internes par certains chefs de service, le non-soutien des responsables de médecine générale (qui préfèrent maintenir des postes foireux pour soutenir l'augmentation du nombre d'internes) créent un ras-le-bol généralisé des études du 3^{ème} cycle.

Heureusement que la vie en libéral permet de retrouver un peu de confort de vie...

JV110 : Assurer des seniors de « bonne qualité », obligés de faire des formations pour savoir comment nous former, qu'il s'agisse de MG ou de seniors hospitaliers.

JV102 : Semestre agréable chez le praticien.

Très différent en hospitalier, notamment au CHU avec de multiples problèmes (gardes, personnel...).

JV63 : J'ai le sentiment que les perspectives d'avenir et de diversité médicale sont toutes bloquées par le DMG (ex : réalisation de DESC) à l'exception de la voie menant à l'exercice libéral classique.

JV47 : Il s'agit d'études longues au cours desquelles on nous donne beaucoup de responsabilités assez tard mais d'un seul coup (externe=> interne) alors que la longueur de nos études nous infantilise quelque part (famille, enfant, autonomie financière)
C'est une scissure assez difficile à gérer. La charge de travail ajoutée n'arrange pas les choses.

JV46 : La loi doit être respectée = on a droit à 2 demi-journées par semaine à des fins de recherche et 11 sont parfois imposées, ce qui ne laisse pas de temps libre.

Hiérarchie absolue à détruire => il faut changer le procédé de validation pour établir un dialogue en cas d'invalidation.

JV28 : Situation des internes très variables selon les stages. Ce stage-ci s'est bien passé. Si j'avais répondu le semestre d'avant, mes réponses auraient été tout autres.

JV17 : Aucune considération de la part du DMG de Dijon

Regret d'avoir pris médecine générale à Dijon et pas dans une autre ville.

Aucun organisme de régulation et de surveillance du DMG.

Aucune considération de nos représentants vis-à-vis DMG.

GA70 : Quelquefois les patients ne comprennent pas bien ce que sont un interne et son rôle. Et les patients ne sont pas toujours en confiance par rapport à ça. Cette perception ne nous aide pas à bien faire notre travail.

Dans certains CH, on voit la différence entre internes de spécialité et IMG (hiérarchie, notoriété).

L'internat passe très vite.

Plus les semestres avancent, plus on en a marre d'avoir des chefs et on aimerait être plus autonome.

GA48 : Formation trop senior dépendant.

Certains services ne fonctionnent que grâce aux internes.

Mise en place CESP.

GA37 : En stage au CHU actuellement, on me dit que c'est le stage difficile, que la périph' est plus « cool » : j'attends de voir...

Changement d'unité en début de semestre, je n'aurai pas répondu de la même manière à ce questionnaire et je n'aurais probablement pas terminé le semestre en travaillant...

GA23 : Selon les stages plus ou moins de charge de travail.
Lorsque seniors présents, moins d'inquiétude, plus de formation.

LV117 : Difficultés de l'internat :
Choix toujours difficiles quand fin de classement
Trajets +++ en plus des heures de travail
EPUISANT ! et PAS ECONOMIQUE

LV60 : Stress ++ du jour des choix de stage
Faire un pré-choix pour éviter ce stress immense pour certains.

36 : Je suis actuellement dans un stage dit « cool » car je viens d'avoir un bébé et qu'on m'a refusé une disponibilité pour m'occuper de lui à la suite de mon congé maternité. Et pourtant je fais environ 45h / semaine = 10h de plus que la plupart des salariés sans compter les gardes et les astreintes, ni les cours et le travail personnel GEAS, RSCA, mémoire, thèse et DIU.
Je continue par nécessité financière et parce que je ne sais pas quoi faire d'autre sans reprendre des études et je n'en ai pas le courage.

BA81 : Je fais un master en santé publique en plus sur 2 ans.
⇒ Peu de flexibilité, pas d'adaptation.
⇒ Organisation difficile

Aucune facilité pour la vie personnelle :
⇒ Mariage pour moi cette année ; aucun congé supplémentaire prévu.
⇒ Pareil pour les autres événements familiaux.

ON NOUS PREND POUR QUI ?

**BM48 : Je propose de faire une campagne pour le grand public :
« Les urgences c'est pas automatique !!! »**

BV276 : Le fait que l'internat soit moins long que dans les autres spécialités, a participé à ma décision de faire de la médecine générale !

B52 : Actuellement en stage chez le praticien, donc rythme de vie pour ce semestre beaucoup plus cool !!!

B49 : - Plus de postes au choix pour valider la maquette plus rapidement et choisir ce qui nous plaît.
- Valider la pédiatrie / gynéco pour PMI ou médecine de ville.
- Plus de SASPAS disponibles
- Moins de RSCA, cours obligatoires, difficilement compatible avec DES.

B42 : Pitié, ouvrez-nous plus de terrain de stages corrects !
Diminuez le nombre de traces et autres travaux inutiles.

B32 : Pour mon cas, les travaux de la faculté me dépriment par leur charge de travail à faire.
À plusieurs reprises, les choix de postes sont un moment de stress important d'autant plus que souvent les choix ne sont pas disponibles et mis à jour.

B25 : Je pense qu'il est clair qu'il y a un problème d'encadrement des internes. Il n'y a plus de compagnonnage en médecine et nous sommes très souvent laissés seuls avec de trop grandes responsabilités.

B24 : Problèmes : Gardes aux urgences éprouvantes après une journée de travail très chargée.
Impossibilité d'aller aux cours.
Impossibilité de travailler portfolio et thèse.

B22 : Difficile de gérer le travail à l'hôpital ET les travaux MULTIPLES demandés par la fac, entraînant une occupation du seul temps libre qui nous reste.

B16 : Le SASPAS est un stage à part sur la période d'internat. 1^{er} stage où je me suis sentie épanouie. J'aurais répondu très différemment au cours d'un stage hospitalier.

B15 : Installation mixte => libéral + infectiologie à l'hôpital.
Je ne compte pas me tuer à la tâche.
Je veux voir mes enfants grandir...

BH110 : Je suis en 1^{er} semestre dans un stage qui peut-être qualifié de « cool » avec une charge de travail tout à fait acceptable donc certaines de mes réponses peuvent évoluer au fil de mon internat.

Etre médecin est cependant émotionnellement toujours éprouvant et demande de « se blinder » afin de pouvoir affronter chaque jour les patients et les équipes soignantes.

Demande une confiance en ses connaissances : situation difficile à affronter pour ceux qui doutent beaucoup d'eux-mêmes. Comment prendre une décision quand on n'est pas sûr de soi ! Ca questionne tous les jours.

BH62 : Ce qui est dommage en médecine générale à Paris, c'est de ne pas faire de la pédiatrie et de la gynécologie mais de devoir choisir.

On se sent parfois coincé avec les choix de stage qui ne correspondent pas forcément à notre choix d'orientation.

BH42 : Rendre le SASPAS plus accessible géographiquement.

Choix des facs selon son adresse.

Trop de transport pendant l'internat.

INSTALLATION FUTURE :

HH112 : Difficile de savoir en 1^{er} semestre comment ou dans quelles conditions je vais ou non m'installer.

HH160 : Perspective : DESC d'urgence malgré la vindicativité des patients et le dédain des spécialistes.

HH151 : Envie de travail libéral en cabinet de groupe pour ne pas craquer.

TM10 : Désir d'installation dans cabinet avec plusieurs médecins et essai d'organisation pour les horaires en rapport avec les enfants.

TM14 : Dans l'avenir, j'imagine avoir plus de temps pour moi en m'organisant et en ayant mon propre cabinet ce qui n'est pas possible pour l'instant.

TM15 : 1^{ère} résolution pour mon avenir : Ne pas travailler à l'hôpital. Je compte m'installer en semi-rural en cabinet avec plusieurs médecins généralistes.

TM27 : Le fait d'avoir un projet d'installation à la fin de mon internat, dans la ville où j'habite avec mon mari et me permettre une grossesse pendant mon internat m'a, je pense, beaucoup aidée lors de ma première année d'internat très éprouvante physiquement et psychologiquement (2 stages de service dont 1 avec 4 à 6 gardes / mois). En fait d'avoir pu faire le stage prat juste après a certainement aidé. Repos !!!! Et revalorisation de soi avec perspectives du futur exercice plus palpables

TM29 : J'ai l'intention de m'installer en région urbaine en association avec d'autres médecins généralistes. Je ne me vois pas travailler seule, ni en campagne car la charge de travail et la demande permanente des patients seraient trop éprouvantes. J'ai l'intention de profiter de ma vie de famille et de ne pas faire des horaires de folie.

TV7 : Travail en semi-rural dans une maison médicale / documentation et accès facilité aux différentes aides d'installation.

TV 52 : Mon objectif professionnel à court-moyen terme = travailler en mission humanitaire avec MSF (je suis déjà parti le semestre dernier) et faire quelques remplacements entre 2 missions.

Intérêt : - boulot MSF plus humain et valorisant

- Rythme au retour plus calme, beaucoup de repos : PRENDRE LE TEMPS DE VIVRE APRES 10 ANS D' ETUDES

TV72 : L'avenir de la médecine générale réside à mon avis dans la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires. L'idée d'une prise en charge multidisciplinaire de proximité pour les patients, me plaît beaucoup tant au niveau de la diminution de la charge de travail qu'elle peut, voire doit engendrer, mais aussi au niveau des échanges interdisciplinaires, créant une dynamique intéressante et surtout AGREABLE en faveur d'un bien-être personnel et professionnel.

TV82 : Un besoin de faire de l'humanitaire en fin d'internat ou après (mais est-ce un moyen de fuite ??)

TV83 : Difficile de se prononcer en 1^{er} semestre pour l'exercice futur.

TV91 : En 1^{er} semestre, difficile d'avoir assez de recul, mais je pense effectivement que le BO des internes est une réalité. Personnellement, l'installation en médecine libérale me fait peur : peu de préparation, charge de travail... On critique beaucoup les internes « filles » en disant que personne ne veut s'installer mais personne ne nous encourage ! Ou nous rassure !

EV7 : Je suis heureuse d'être en médecine générale mais je ne laisserai jamais mon travail bloquer ma vie privée. Travailler OUI mais pas pour y laisser ma peau. Je ne travaillerai pas autant que mes prédécesseurs.

EV14 : Je compte travailler en libéral. Je crains que la surcharge de travail n'empiète largement sur ma vie privée, et ne participe à un burn out.

EV27 : Cabinet de groupe pluridisciplinaire, milieu semi-rural.

SA6 : DESC d'urgences par conviction et motivation pour mes patients. Jusqu'à quand ?? À force de nous presser de toutes parts, on craque et soit on arrête soit on part dans le privé. Triste politique sociale actuelle !!

XA244 : J'ai choisi la médecine générale mais c'est au cours de mon internat que je me suis aperçu qu'il était difficile d'être médecin généraliste surtout au niveau du temps de travail / investissement personnel, trop peu de temps libre/ exigence des patients.

C'est pourquoi je me suis orientée vers la médecine d'urgence à travers le DESC.

XA171 : Après l'internat il faudrait favoriser les cabinets de groupe et les maisons médicales surtout en secteur rural.

XA141 : Pas de réel projet professionnel à l'heure actuelle.

XA106 : Je suis en 1^{er} semestre, je n'ai pas encore eu le temps de réellement me pencher sur la pratique de mon exercice. J'appréhende un peu la fin de l'internat et le début de l'installation. Lieu ?

MA170 : Objectif : Exercer au mieux la médecine, être compétente pour mes patients et efficace tout en arrivant à avoir une vie privée enrichie.

MA127 : Pouvoir exercer en association et avec solidarité en sachant que les compromis sont au cœur de la préservation de la vie privée de chacun. Savoir garder la distance entre le personnel et le professionnel.

Que mon travail reste synonyme d'épanouissement.

Que ma famille soit l'objectif de ma réussite et non l'outil de ma réussite.

MA4 : À mon avis en ville, on a la chance en tant que généraliste de pouvoir choisir ses conditions d'exercice ; c'est à chacun après l'internat de fixer ses limites.

KA20 : Repasser l'ENC pour avoir une spécialité (hépatogastro-entérologie)

Sinon faire DESC de pathologie infectieuse

CV14 : Médecine générale en cabinet la première année à mi-temps puis en remplacement les premières années puis mon propre cabinet probablement à plusieurs +/- de gardes.

CV74 : Avenir ????? On dirait que tous les vieux MG sont blasés et ceux qui ne le sont pas, c'est qu'ils ont trouvé un moyen de diversifier leur pratique, pour la rendre plus intéressante.

Il y a trop de contraintes, ça fait peur.

CV206 : J'hésite entre centre hospitalier et cabinet de ville et entre salarié ou dans cabinet de groupe type maison médicale.

CV209 : Je ne pense pas avoir la même pratique toute ma vie voire arrêter pour changer.

CV212 : Je pense devenir légiste (DESC) avec une activité hospitalière.

CV218 : Difficultés à l'idée de travailler en libéral alors que notre formation (externe-interne) est salariée hospitalière, avec des problèmes hospitaliers (or UPL et SASPAS existent mais insuffisants). L'expérience dans notre carrière libérale nous aidera mais peu préparés aux problèmes administratifs et « petits problèmes médicaux » de médecine générale.

OA77 : Avenir : Remplacements, pendant quelques années...

OA51 : Je souhaite faire une capacité d'acupuncture ; Ma démarche professionnelle s'orientera justement sur une thérapie d'écoute, d'accompagnement au lieu d'un travail à la chaîne avec les patients.

CV27 : Travail en cabinet médical de groupe

Vie de famille

Plaisir !

OA1 : Travail en ville et pas à l'hôpital. Pas de reconnaissance, beaucoup de travail et une ambiance moyenne.

Dans cabinet de groupe.

WV43 : Peur de l'installation / moment de l'installation.

Peur sur l'entente entre associés si association.

Peur d'un arrêt de travail inattendu (assurance maladie très complexe en tant que médecin thésé).

WA100 : Désir de faire autre chose que de la médecine à un moment de ma carrière.

WA90 : Nécessité de cabinet de groupe pour ne pas travailler tous les jours et/ou prendre régulièrement des vacances.

WA35 : La pratique de la médecine (générale), humaine et exigeante, comme elle devrait l'être, me paraît difficile à concilier avec les impératifs chiffrés qui sont en train d'être mis en place.

Difficile d'associer vie personnelle saine et formation médicale continue.

WA24 : Objectif professionnel : Installation dans les 2 ou 3 ans post-internat en zone semi-rurale ou périurbaine, en cabinet de groupe (3 médecins associés serait idéal). Selon moi c'est l'avenir de la médecine en libéral= travail en groupe, ou en maison médicale (regroupement d'une trentaine de médecins et d'internes en stage dans la région pour assurer les gardes). Des horaires aménagés : ½ journée sur RDV, 1 ½ de repos par semaine, permettent de tenir le rythme soutenu de la médecine exercée en libéral selon moi. Ne pas hésiter non plus à encadrer des internes, avoir un SASPAS qui permette de diminuer la charge de travail et de former des internes.

RV108 : J'ai pour projet de changer de spécialité ; abandon de la médecine générale pour la santé publique : plus calme, moins de garde avec moins de responsabilités.

RV86 : Sans parler de BO, il faut reconnaître que l'impressionnante charge de travail abattue par certains généralistes (notamment en milieu rural/ semi-rural) a de quoi effrayer.

Je n'envisage de toute façon pas de m'installer dans ces zones en solo. Un cabinet de groupe pluridisciplinaire serait plus attractif.

RV3 : Difficultés liées à la charge de travail et responsabilités par rapport aux patients.

Je pense qu'il faut bien aménager son planning et ne pas dépasser ses limites. Un travail en groupe dans une maison médicale permet de confronter nos opinions avec des collègues et d'avoir des journées de libre dans la semaine.

IV199 : Aimerais aller bosser au Canada mais long et cher !

IV197 : J'envisage de faire autre chose que de la médecine générale ; travailler dans un établissement hospitalier par exemple.

IV195 : J'ai eu du mal à répondre à toutes les questions étant donné que je suis actuellement chez le prat et que je veux faire un DESC d'urgences. Conclusion le stage n'est pas des plus prenants mais ne m'intéresse pas et me décourage plus que quand je faisais 60 à 80 h/ semaine aux urgences.

IV181 : Difficultés à se projeter dans une vie future

- 1) Devant le rythme de travail actuel
- 2) Devant le fait d'être toujours considéré comme un étudiant
- 3) Devant le rythme de travail à venir, difficultés à se projeter dans une vie de famille

IV176 : Perspectives d'avenir : Travailler en cabinet médical pour pouvoir organiser son travail et compter sur les autres médecins si besoin.

IV169 : Perspectives d'avenir : Difficile d'évoluer vers un DESC de médecine vasculaire car fermé.

IV166 : Travail en hospitalier, gériatrie car CAPA ou DESC. But travail réseau ville/ hôpital.

IV 140 : Peur de ne pas faire une carrière médicale jusqu'à l'âge de la retraite (arrêt avant ?)

IV122 : J'espère être employé salarié, avoir la sécurité de l'emploi et ne pas me marier à mon travail.

IV 37 : Perspectives d'avenir : DESC et exercice libéral
Stress, poste, acceptation du mi-temps ?

IV13 : Sensation d'être perdu par rapport à l'avenir.
Difficultés de se projeter dans un avenir à long terme.

IV7 : Coursus de DES de médecine générale afin de réaliser le DESC de médecine d'urgence.
Dans ma pratique, je souhaite travailler uniquement en hospitalier, pratique complètement différente de la pratique ambulatoire.

IV6 : Travail libéral, groupe semi-rural.

IA127 : Dans l'avenir je n'envisage pas une pratique autre qu'en groupe pour dégager du temps libre. Temps + loisirs + famille => relâchement des soupapes !

IA59 : Confiance en l'avenir avec augmentation de la population médicale, activité de groupe.

IA 46 : Inquiétude pour mon exercice futur, la difficulté pour poser des congés maternité ou des vacances en étant installé, la couverture maladie moindre par rapport aux salariés, inquiétude quant au statut précaire des remplaçants ; crainte de ne pas trouver de remplacement régulièrement (pas de mutualisation des demandes / offres)

Toujours très passionnée par la médecine générale mais je souhaiterais exercer mon futur métier en tant que salariée (fiscalité me semble très compliquée).

IA36 : **Perspectives variables suivant les mesures législatives prises :**

- **Obligation de déposer les congés = moins de personnes qui iront en milieu rural, idem pour les gardes ; on va se reposer sur quelques éléments qui vont aider en milieu rural.**
- **Mon objectif initial : Travailler en milieu rural sous-doté mais suivant les lois mon objectif peut changer ; si on nous interdit nos congés et si obligations de garde 1 jour sur 2 => annulation du projet rural.**
- **Si mesures coercitives : départ à l'étranger envisagé.**

VA118 : Perspectives d'avenir : M'installer le plus vite possible pour enfin cesser de tout recommencer tous les 6 mois.

VA117 : Souhait d'exercice :

- Cabinet de groupe (2-3)
- Semi-rural (couverture SAMU)
- Exercice compatible avec une vie de famille (au minimum un après-midi de libre, finir à 18h30).
- Peu (ou pas) de gardes

VA107 : J'envisage de me réorienter (PMI, sécurité sociale...) ou de changer complètement de voie, même si la médecine reste une passion.

VA81 : - Médecine générale par défaut

- Internat vécu difficilement
- Eventualité envisagée de partir à l'étranger au terme de mon cursus (démarches en cours).

VA75 : **Perspectives d'avenir sombres pour une filière choisie par défaut.**

VA30 : J'ai surtout des interrogations quant à ma pratique future en médecine générale car je pense que **nos intérêts sont très mal défendus et que nous ne sommes pas très solidaires les uns des autres ce qui permet aux différents gouvernements de nous prendre pour des « cons ».**

UA31 : Peur de l'isolement en médecine générale

Peur des horaires et du burn out

UV60 : L'augmentation de la demande de soin par les patients me fait peur, nous serons de moins en moins nombreux et les gens risquent d'être de plus en plus demandeurs d'une très bonne qualité de vie que l'on ne pourra pas leur offrir (ou à des coûts pharaoniques).

Je ne suis pas sûr de finir ma carrière en France.

UV53 : Je pense qu'il sera indispensable dans mon exercice de réduire mon temps de travail à 3-4 jours par semaine pour :

- Prendre en charge correctement les patients avec l'esprit clair
- Etre disponible dans ma vie de famille pour mon conjoint et mes enfants.

UV40 : Dilemme entre : milieu libéral : intérêt humain et intellectuel (polyvalence) et hospitalier : salariat, soutien structurel, horaires de travail, émulation.

NV153 : Importance pour l'installation en tant que médecin généraliste des cabinets de groupe et maisons médicales.

NV117 : Passage en DES de médecine générale pour passer DESC soins palliatifs et exercer en unité hospitalière.

NV30 : Projet DESC d'urgence : aucune envie de pratiquer en cabinet. Mais places pour le DESC limitées => stress, angoisse tant que je ne suis pas sûr de devenir urgentiste.

NV39 : Travailler au sein d'une maison médicale milieu semi-rural après quelques années de remplacement selon les propositions qui me sont faites.

DA137 : Difficultés à envisager l'avenir sereinement : équilibre charge-temps de travail et vie de famille.

Peu de temps pour voir grandir mes enfants => j'ai peur de le regretter mais métier passionnant.

DA83 : Pour l'avenir j'essaierai de me ménager du temps pour moi.

DA54 : Projet immédiat : Repasser les ECN.

Si malheureusement je devais rester en médecine générale, je finirai mon cursus avec l'intention de partir faire une spécialité en Suisse ou de reprendre dentaire tout en faisant des remplacements pour vivre.

Il est hors de question pour moi d'être médecin généraliste en France !!! Ce n'est plus de la médecine mais du social !!

Les stages hospitaliers de médecine générale sont très mal choisis => la plupart des praticiens sont d'anciens généralistes ayant fait leur spécialité hors CHU, qui ne respectent quasiment jamais les dernières recommandations !

Certains praticiens trop âgés sont dangereux avec leur vision dépassée de la médecine française.

L'avenir de la médecine générale française dépendra de l'accueil du projet du député Laurent Henart, concernant un nouveau métier intermédiaire entre les infirmiers libéraux et les médecins généralistes.

DA33 : Je pense que le travail en maison médicale est un bon moyen pour évacuer les problèmes avec les patients (beaucoup de personnes pour en discuter).

Je n'aurai pas une activité aussi intense que mes anciens confrères et les patients respectent plus la tranquillité du médecin en dehors des heures de travail.

PV66 : Avenir ???

Etudes de médecine décevantes tout au long du cursus.

Eventuellement réorientation future.

PV45 : Peur de ne pas pouvoir assumer les difficultés et les émotions d'un cabinet libéral tous les jours pendant des années.

PV28 : Je souhaite concilier travail et vie de famille.

Il est clair que je ne travaillerai pas autant que nos confrères qui arrivent à la retraite (surtout en milieu rural). Je pense que ce temps-là est révolu ou devrait l'être. Mais malheureusement je crois que ce souhait n'est pas toujours bien compris par la population (pourtant aux 35h) qui nous fait parfois ressentir de la culpabilité. Il en est de même pour les problèmes de démographie médicale (qui sont liés). Il va falloir que ça change !

JV96 : Perspectives d'avenir :

- Médecine générale en groupe dans un cabinet
- 5 enfants
- Voyages 2 fois par an, loin

JV49 : Trop de charges : pas d'installation envisageable.

JV46 : Perspectives d'avenir=

- Gagner du fric, marre d'être sans arrêt sur la corde raide
- Avoir une vie sociale, rattraper le temps que la médecine m'a volé.
- Avoir un cabinet de groupe et travailler 4 jours sur 7.
- Trouver une copine hors de la médecine et construire une famille.

JV37 : Evolution actuelle de la profession médicale préoccupante :

- Patients de plus en plus procéduriers
- Charge de travail qui augmente
- Diminution du nombre de services et de médecins libéraux.

JV22 : Inquiet sur l'avenir de la médecine générale de façon globale.

GA101 : Quid installation ????

Projet ARS- gouvernement ?

Difficultés projections à court terme.

GA70 : Travailler en cabinet de groupe avec secrétariat et salle de pause ; avec des paramédicaux ; max 25 à 30 patients par jour.

GA48 : Concertation ARS / internes en vue future installation.

Création de pôle médical de santé.

GA37 : Je prendrai un semestre de dispo pour allaiter et m'occuper de mon enfant.

Une fois installée, je prendrai sur RDV tous les jours sauf une journée libre.

GA2 : Projet professionnel en cours, bonne écoute de l'équipe soignante, métier formidable mais parfois difficile...

Il faut savoir aménager sa pratique pour qu'elle soit compatible avec son propre mode de vie.

GA1 : Même si la médecine générale était un choix par défaut, mon parcours d'interne, notamment mon stage prat, m'a donné vraiment envie de m'installer en tant que médecin généraliste ambulatoire. Je suis très contente d'en avoir fini avec mes stages hospitaliers.

LV120 : Travail en cabinet de groupe pour faciliter les horaires mais aussi pour aide médicale si doute sur problème de patient.

Travail en semi-rural pour suivi patients et DESC un peu plus spécialisé.

LV109 : Pour l'avenir, je pense qu'il faut pouvoir changer d'activité régulièrement (7-8 ans) ou gagner au loto avant 45 ans.

LV84 : Perspectives : Cabinet de groupe en semi-rural, peu de gardes et astreintes si possible.

LV63 : J'ai choisi la médecine générale dans l'optique de devenir médecin de famille.
Mais je suis en train de réfléchir à un moyen d'exercer dans d'autres disciplines de la médecine générale pendant une partie de ma carrière car j'ai peur de ne pas avoir la force d'exercer en cabinet durant toute ma carrière.

LV57 : Vive le cabinet !
L'hôpital reste loin de ma pratique future et pourtant j'y passe 2 ans ! En plus de l'externat...

LV21 : Bientôt la fin de la vie hospitalière, ouf...
Mais à mon sens, nécessité du travail en cabinet de groupe + FMC qui permettent de discuter.

LV2 : Volonté de faire passer ma vie personnelle avant ma vie professionnelle, tout en étant impliquée dans mon boulot.
Souhait de faire de l'enseignement.

62 : Je prévois à la fin de l'internat de MG un 2^{ème} internat de spécialité médicale (médecine vasculaire ou hépato-gastro-entérologie) à l'étranger (Suisse, Canada ou Belgique).

BA51 : J'envisage de m'inscrire en DESC de gériatrie.
Point négatif : je ne suis pas encore passée chez le praticien donc je n'ai pas vécu d'expérience professionnelle au cabinet médical.
J'ai été convoquée au choix de prat pour le 4^{ème} semestre, mais il ne restait plus de place.

BA70 : J'aime ce que je fais.
J'espère avoir le temps de faire un bébé.
Je souhaite m'installer en cabinet groupé => Je veux garder du temps pour ma famille et être disponible pour les patients.

BV132 : Envie de concilier qualité de vie et carrière professionnelle, comme beaucoup de notre génération.

BV135 : En cabinet médical, j'envisage difficilement mon avenir. Travail seul et isolé ce qui ne correspond pas à ma vision de la prise en charge d'un patient.
J'envisage donc de faire tant que possible des formations me permettant de garder un pied à l'hôpital. L'hôpital permet également de continuer à se former facilement, ce qui est moins vrai en cabinet.

BV152 : Trop long pour avoir une indépendance financière (ex : achat de bien immobilier) et difficile de savoir où s'installer.

BV165 : Perspectives d'avenir : DESC de médecine légale.

BV194 : J'aimerais travailler en centre de santé. Je l'ai découvert à l'occasion du séminaire de mars. C'est ce que j'ai toujours voulu comme type d'exercice : présence d'autres spécialistes, MG, paramédicaux, existence de réunions sur les problèmes ayant eu lieu dans la semaine.

BV200 : Je ne ressens pas du tout de BOS, en revanche une des interrogations sur l'avenir réside sur l'installation, les lois qui s'y rapportent, les aides en zone rurale, les remplacements (donc en fait beaucoup de questions).

BV283 : Désolée d'avoir coché plusieurs cases aux questions d'avenir, j'ai l'intention de faire 2 boulots en mi-temps (soins palliatifs et cabinet groupé) pour justement diversifier mon job et ne pas entrer dans une routine épuisante émotionnellement.

B33 : Perspectives d'avenir : Faire DESC pour avoir une 2^{ème} activité, pas limitée à la médecine générale.
Trop d'isolement au cabinet.

B17 : DESC d'urgences => Sud ouest de la France
70% dans un hôpital de périphérie.

B13 : Remplacement pendant 5 ans pour pouvoir m'occuper de mes enfants.
Elargir ma culture générale par la lecture et les voyages.
Faire des formations continues et réviser les recommandations HAS pour bien soigner mes patients.

B9 : Remplacement permettant de terminer la thèse. Puis tout s'enchaînera par la suite : mariage, etc.

B8 : J'envisage plutôt une activité salariée.

B5 : Poste attaché de gériatrie pour novembre 2011 puis installation libérale en médecine générale.

REPONSES SUR LE QUESTIONNAIRE :

HH208 : Par rapport au questionnaire : réponse différente selon le stage (certains beaucoup plus durs que d'autres)

HH146 : L'échelle MBI est difficile à remplir.

TM26 : Questionnaire trop long.

TV65 : Questions pas toujours très claires ou réponses du QCM pas toujours adaptées. Peu de recul en 1^{er} semestre.

TV92 : Le questionnaire « Echelle MBI » est difficile à remplir et parfois la réponse ne convient pas : ex. question 10.

TV94 : Echelle MBI peu adaptée par moments et réponse difficile notamment 10 et 11 (réponse plutôt oui/non).

EV7 : Je pense que l'évaluation des externes sous antidépresseurs peut être un point d'étude intéressant pour l'avenir.

EV27 : Très bon questionnaire. Le problème est qu'il pose des questions que l'on se pose aussi ! D'où la difficulté d'y répondre. La grille 36 est difficile à remplir. Je trouve que les numéros et leurs valeurs correspondantes ne sont pas adaptés aux questions posées.

EV28 : Je me suis trouvée désappointée devant certaines questions de l'échelle MBI (du type « je peux comprendre ce que mes patients ressentent...). Les réponses dépendent des patients et des situations très variées dans le cadre du stage.

SM11 : Bravo pour cette réflexion.

SA113 : Questionnaire bien réalisé.

SA38 : Questionnaire beaucoup trop long.

XV22 : La question 18 est trop précise. (*Sur l'exercice futur et l'installation*).

XA253 : Grande variabilité des réponses en fonction du stage.

XA99 : J'ai peur que votre catégorisation des questions 1 à 6 question 36 soit un peu contraignante pour répondre spontanément. Néanmoins les items sont extrêmement intéressants et pertinents. Ca donne envie de lire la thèse rien que pour cette partie-là.

XA52 : Questionnaire : difficile de répondre correctement quand on est en 1^{er} semestre car manque de recul donc peu fiable.

MA28 : Questionnaire trop long.

MA4 : Questionnaire parfois difficile à remplir car les stages sont radicalement différents.

KA134 : Mieux classifier la question 36 (points positifs et négatifs).

Interroger sur la prise de médicaments, l'auto-prescription et la consultation de médecin généraliste (il y aurait des surprises) car ce sont les premiers relais de soins !!

KA65 Quelques difficultés pour remplir la partie « études et perspectives », car je suis en DESC de soins palliatifs, avec un projet de carrière hospitalière. Pas de tutorat à Amiens donc réponse 37C sur la base de mes suppositions, idem pour les groupes Balint (37d).

OA30 : Sur le questionnaire : trop de questions

OA27 : Etant actuellement en disponibilité et en cours de remplacement, j'ai essayé de répondre aux questions dans le cadre de mon internat.

OA14 : Questionnaire difficile à remplir, ne rentre pas toujours dans les cases.

OA9 : Questionnaire assez difficile à remplir (trop d'items). Ne permet pas la dérogation au cursus (je fais le DESC MU et je ne me retrouve pas dans les questions).

WV49 : Questionnaire apprécié.

WV32 : Pouvons-nous avoir un retour des résultats de l'étude ? Merci.

WV30 : Le questionnaire semble supposer que nous exercerons une activité de médecine de premier recours ce qui n'est pas mon cas (question 18).

WA87 : Les questions 10 et 11 du questionnaire MBI peuvent également être un atout professionnel et personnel, je pense.

RV48 : Echelle MBI très mal posée.

IV197 : Questionnaire concret.

IV174 : Questionnaire établi lors de mon stage chez le praticien qui s'est révélé exceptionnellement pauvre en charge de travail avec beaucoup de demi-journées libres !
Biais...

IV109 : Commentaires sur le questionnaire
- Trop long => biais de concentration
- Question 36 : => appréciation inadaptée

IV37 : Réponses du questionnaire biaisées par la prise de garde extérieure et par le remplissage du questionnaire à la répartition avec des amis à côté...

IV107 : Questionnaire trop long.

IV28 : Réponses influencées par le stage en cours en l'occurrence aux urgences...

IA74 : Questionnaire et sujet de thèse très pertinents.

IA48 : Questionnaire qui reste très dépendant du stage duquel nous sortons, surtout pour les 2^{èmes} semestres qui ont peu d'expérience.

Je trouve qu'il est difficile de répondre à la question 18 quand un DESC est envisagé.

IA8 : Ce serait très bien si les conclusions de cette thèse étaient rendues publiques ...

VA126 : Difficultés pour répondre à la question 36 car les réponses en terme de quantité ne s'adaptent pas toujours à toutes les questions.

VA96 : Le questionnaire est trop long pour avoir un taux de réponse satisfaisant.

VA63 : La question 36 est difficile à remplir car je trouve les choix multiples peu correspondants.

VA2 : Questionnaire bien agréable à remplir, très rapide à faire même si les 4 pages sont à première vue impressionnantes.

UV67 : Question 36, choix disponibles pas toujours concordants avec le type de question posée.

NV12 : Situation professionnelle : question 7 : manque item arrêt maladie. Car je suis en arrêt pour cette cause d'où items remplis dans les conditions de mon précédent stage (praticien).

NV39 : Questionnaire intéressant, j'aimerais connaître les résultats.

DA107 : Sur le questionnaire : Etendre les questions aux semestres déjà validés= grandes variations entre les stages !
Ex : semestre précédent (urgences périphérie) pour moi= beaucoup de stress, charge de travail +++ (> 100h/ semaine, beaucoup de nuits, de vraies nuits blanches, patients lourds et agressifs.
⇒ BURN OUT, fatigue +++, découragement, sentiment de HAINÉ vis-à-vis de certains patients.

DA81 : La question 7 de la partie 36 est plutôt mal posée.

DA37 : Question 36 : certains items auraient été plus faciles à coter en « jamais, un peu, souvent, toujours ».

FA 22 : Question 36 peu évaluable car réponses « approximatives ».

PA13 : Questionnaire trop long !

PA2 Question 36 à refaire. Réponses peu adaptées pour certaines questions.

PV3 : Le questionnaire ne cible pas les relations entre IMG et chefs, infirmiers ou co-internes, ni des moyens d'affronter rapidement ces problèmes.

GA70 : Le questionnaire est intéressant mais franchement c'est difficile de dire si nous avons eu des problèmes psy.

LV85 : Questionnaire très complet.

19 : Questionnaire trop long.

13 : Le questionnaire est biaisé en fonction du stage dans lequel se trouve l'interne au moment où il le remplit.

BV22 : Dernière question longue.
Questionnaire probablement rempli différemment après un stage en pédiatrie ou au CHU.

BV165 : Question 36 : Les 0, 1, 2, 3, 4, 5 ne correspondent pas toujours au type de réponse que l'on souhaite faire.

BV167 : Questionnaire : Burn out : problèmes sociaux, familiaux, en dehors du travail, transports (vécu de la maladie).

BV194 : **Questionnaire intéressant, quelles idées / solutions avez-vous et aurez-vous une fois tous les questionnaires lus ?**

B51 : Questionnaire trop long !

B47 : Bonne initiative !

B45 : Ajouter la case DISPONIBILITE à la question 7 !

Du coup adapter le questionnaire pour le dernier semestre effectué avant la prise de dispo => parfois on prend une dispo pour faire un BREAK ! ... Burn out ?

B43 : Questionnaire un peu long.

B34 : Questionnaire biaisé car stage chez le praticien en cours => beaucoup plus éprouvant à l'hôpital.

B23 : J'ai réalisé cette évaluation au cours de mon stage chez le praticien, donc stage très cool pour ma part (pas de garde, pas de WE à l'hôpital, après-midi libres...)

Si j'avais réalisé ce test lors de mon 1^{er} semestre au CHU, les réponses auraient été bien moins optimistes !!! Donc un peu biaisé...

B19 : Une simple remarque sur la question 10 :

En stage ambulatoire au cours de ce semestre, le WE se limite au samedi uniquement.

B12 : Item 36 : l'échelle MBI ne correspond pas bien avec certaines questions.

BH109 : Parfois difficile de répondre quand on n'a pas encore effectué le stage chez le praticien.

⇒ Temps de travail voulu après ? lieu d'installation ?

BH108 : Il ne faudrait pas annoncer que ce questionnaire cherche à étudier le BOS car ça influence les réponses.

BH94 : Questionnaire biaisé car je suis actuellement dans le stage le plus « planqué » de Paris !

ENCOURAGEMENTS :

TM14 : Ce questionnaire est une bonne idée.

TM15 : Ce questionnaire est une super idée ! Enfin quelqu'un qui s'intéresse aux internes !

Bon courage pour la thèse

TV91 : Merci et bon courage pour ce travail.

TV92 : Thèse intéressante et ambitieuse mais les 2 qui s'y frottent vont nous faire du bon boulot.

TV94 : Bon courage pour votre thèse.

EV25 : Sujet très intéressant. Bon courage.

EV54 : Bon courage pour votre thèse.

SA113 : Bon courage pour la thèse.

SA45 : Merci de ce que vous faites pour nous.

SA7 : Bon courage.

SA5 : Bon courage pour la finalisation de votre travail.

XA202 : Merci pour ce travail en espérant qu'on tiendra un peu plus compte de notre charge de travail et de notre investissement.

XA102 : Bon courage pour la thèse.

MA177 : Je trouve ce travail très intéressant et je vous remercie de vos efforts en ce sens.

MA160 : Courage à vous pour ce travail titanesque.

MA118 : Bonne idée d'étude- Préoccupant.

MA89 : Bon courage pour votre thèse.

MA3 : Bon courage pour votre thèse.

KA141 : Bon courage à vous 2, à bientôt

KA25 : Bon courage pour votre thèse

KA20 : Bonne initiative pour les internes qui en ont besoin.

CV17 : Très bon sujet !

CV19 : Une idée de thèse très intéressante et un travail NECESSAIRE ! Merci de votre initiative !

CV34 : Bonne initiative.

CV42 : Bon courage pour votre thèse.

CV63 : Très bon sujet de thèse qui pourra être très bénéfique, je pense, pour les actuels et futurs internes.

CV70 : Questionnaire très intéressant.

CV74 : C'est bien de prendre 5 minutes pour remplir ce questionnaire, il est bien.

CV89 : Bon courage !

CV209 : Merci de faire cette thèse.

OA77 : Merci pour ce travail qui fera avancer nos conditions d'apprentissage.

OA51 : Une nouvelle médecine est en train de naître et avec votre thèse, vous contribuerez probablement vers cette direction. Merci à vous. Et bonne route sur le chemin empirique de la médecine.

OA26 : Je félicite ceux qui pensent enfin à la gestion personnelle du travail de l'interne et du statut. J'espère que ces réponses aideront à trouver des solutions.

WV36 : Merci pour votre thèse.

WA54 : Bonne initiative.

WA49 : Questionnaire intéressant, peu de personnes se préoccupent de ce que ressentent les internes. Trop abandonnés ou pas assez indépendants. Difficulté de parler des problèmes, peu d'interlocuteurs.

WA41 : Questionnaire intéressant et utile.

WA6 : Merci pour ce questionnaire et cette thèse parce que ce n'est pas évident d'en parler entre internes.

IV205 : Très bon questionnaire.

IV198 : Très bonne idée de thèse.

IV149 : Bonne thèse à vous.

IV144 : Bonne initiative, bon courage.

IV102 : Merci pour ce questionnaire. C'est une très bonne idée.

IV 7 : Bon courage pour la thèse !!

IA93 : Merci et bon courage !

IA59 : Espère avoir un retour sur les conclusions de cette étude.

IA58 : Bon courage pour la thèse.

IA51 : Très bon questionnaire merci !

IA48 : Bravo pour ce travail d'ampleur nationale et bon courage, je suis impatient d'en voir les conclusions. J'espère que vous les transmettez aux structures locales.

IA31 : Bon courage !

VA119 : Bon courage pour ta thèse.

VA117 : Questionnaire très bien fait, félicitations !

VA1 : Bon courage pour la thèse.

DA121 : très bonne idée de thèse. Sujet trop tabou.
Merci !

DA107 : Sinon bravo de travailler sur ce sujet peu médiatisé et pourtant pas rare à mon avis... et qui risque d'être de plus en plus courant !

DA81 : Bon courage pour la thèse !

FA78 : Excellent sujet de thèse ! Bon courage pour la suite !

FA44 : Questionnaire intéressant, merci !

PV59 : Bon courage !

PV39 : Excellent choix de sujet.

JV110 : Merci pour ce que vous faites !

JV100 : Très bonne idée de questionnaire !

JV91 : Merci pour ce questionnaire !

JV71 : Très beau projet ! Courage !

JV70 : Bon courage pour votre thèse !

JV69 : Très bonne idée de thèse, bon courage à vous!

JV62 : Merci pour ce travail, j'espère qu'on aura des retours.

JV19 : Très bonne idée de thèse !
Bon courage !

JV1 : Bon courage pour votre thèse, ça aussi ça fait du bien perdre du temps auprès de ses proches et ça n'a aucune utilité pour notre pratique.

GA80 : Très bon sujet de thèse !

GA37 : Bon courage pour la thèse car je m'en sens très proche et très sensible !

GA1 : Merci pour ce travail.

LV85 : Bon courage pour la thèse.

BV22 : Bonne idée de thèse.

BA51 : Bon courage pour votre thèse. En fait j'avais pensé à travailler sur le BOS mais voilà c'est déjà en cours !

BA70 : Bon courage !

BA22 : Super questionnaire, merci de faire parvenir une synthèse des résultats aux syndicats. sihp@sihp.fr

BV297 : Bon courage les amis !

BV132 : Bon courage pour la thèse, hâte de voir les résultats !

BV172 : Merci pour ce questionnaire !

BV176 : Bon courage pour votre thèse !

BV247 : Bon courage !

BV258 : Etude intéressante, merci et bon courage !

B39 : Bon courage !

B31 : Bon courage pour la thèse !

B21 : Bon courage.

B16 : Sujet très intéressant !! Bravo.

B7 : Très bonne idée de thèse.

BH109 : Bon courage !

REPONSES SANS LIEN AVEC LA PROBLEMATIQUE :

HH181 : Plus jamais Knysna (*petite ville d'Afrique du Sud qui a accueilli l'équipe de France de foot en 2010 et où elle a refusé de s'entraîner devant les caméras du monde*).

HH101 : Allez les verts.

XA152 : Vivement les vacances.

MA140 : Non, pas tellement, j'ai hésité un moment à poser une question mais je me suis ravisé.

JV1 : Société capitaliste et commerciale de m...

BV124 : L'avenir nous le dira !

ANNEXE 8 : COMPARAISON PAR FACULTE DES PRINCIPAUX ITEMS

	Franc	Amie	Ange	Besa	Bord	Bres	Cler	Dijo	Gren	Lill	Limo	Lyon	Mont	Nanc	Nant	Nice	Pari	Poit	Renn	Roue	Sain	Stra	Toul	Tour
Couple / marié	65.2	66,7	64,3	72,3	69,5	72,2	55,9	64,8	63,6	63	71,3	66,7	58,3	68,5	66,3	59,7	60,7	64,2	62,3	67,3	69,8	76,7	58,4	76,2
Enfant > 0	8.8	9,4	8,6	6,3	6,9	18,7	8,5	10,4	3,6	8	16	7	6,3	9,2	11,2	6,9	10,1	14,7	3,6	7,3	14,5	6,3	6,7	11,1
Moyenne heures travaillées	48.94	45,34	48,34	50,87	51,72	49,48	49,7	49,26	48,6	45,55	51,59	48,92	48,63	48,91	47,77	53,84	49,68	54,02	48,2	47,96	47,58	49,47	45,37	51,04
≥ 50 h / semaine	53	37,3	52	66	61,3	52,9	52,2	47,1	54,6	39,3	56	57,1	53,4	56,4	46,2	78,6	55,2	69,2	53,9	43,9	53,4	56,7	40,7	65
Nombre gardes ≥ 3	49.3	38,1	54,9	60,6	56	62,5	45,2	57,6	34,7	51,9	66,7	45	51,4	52,5	34,5	72,2	43,4	47,9	50,7	47,7	48	65,6	39,5	53,2
Nombre de WE libre ≤ 2	55.1	54	53,7	62,7	49,3	60,6	50,4	37,6	49,1	53,7	48,1	54,3	54,9	53,6	46	70,8	66,6	63,8	56,3	55,7	55,1	66,9	31,1	47,6
Nombre semaine vacances ≤ 2	81.2	83,3	90,5	96,4	54,1	82,7	93,2	68	79	79,7	78,2	84,3	78	90,6	80,7	83,1	92,5	78,5	68,9	95,3	77	91,8	65,3	65,3
Bien entouré	47.3	55,7	45,7	36	38	44,4	42	45,6	46,4	57,3	32,1	47,3	48,3	49	54,8	29,2	48	38,9	44,2	46,7	59,8	49,4	57,7	38,1
Loisirs OK	41.4	41	36,4	37,7	32,7	28,7	35,3	40	55,5	51,7	33,3	41,1	47,8	39,9	53,4	33,3	37,5	33,7	39,9	36,7	48,8	46,3	46,3	35,7
Obstacle maternité: Oui	55.1	46,6	49,5	67	73,3	44,7	61,5	67	52,9	49,7	46	51,6	58,3	60,6	38,8	51	59,4	56,1	45,1	46,6	38,2	53	60,9	58,3
Orientation délibérée	74.9	70,2	76	81,6	74,4	87	77,3	66,4	84,1	74,7	72,8	75,2	81,5	80,4	76,4	58,3	65	76,8	85,5	73,3	74	79,6	82,6	77
Repasser PCEM1	63.6	59,3	70,4	58,9	62,2	72,4	60,2	60,8	63,3	64	53,8	64,5	64	61,4	66,7	49,3	62,4	63	70,8	67,8	68	55,4	72,5	67,5
Quitter médecine svt / reg.	16.7	10	16,7	19,3	13,5	15,2	15,5	16	20,7	17,2	17,3	19,7	16	9,9	16,3	22,5	19,3	8,5	19,3	12	18,9	19,1	12,1	22,6

	Franc	Amie	Ange	Besa	Bord	Bres	Cler	Dijo	Gren	Lill	Limo	Lyon	Mont	Nanc	Nant	Nice	Pari	Poit	Renn	Roue	Sain	Stra	Toul	Tour
Menace BOS	46.5	44,2	46,5	44,6	44,2	50	46,1	53,7	47,5	45,9	44,4	52,7	41,5	41,1	35,2	58,3	50,2	55,9	37,7	49	46,8	45,1	43,9	47,2
OH > 1 / semaine	5.4	3,5	5,5	1,8	5,7	2,8	2,5	12	4,6	6,6	1,3	7	12	2,8	4,5	12,5	3,7	4,2	7,4	4	3,2	6,8	12,2	0,8
Hypnotiques ≥ 1 / mois	9.2	8,6	12,4	10,7	10,4	6,5	10,9	14,5	4,6	7,5	7,5	11,7	8,5	4,9	6,7	8,3	10,8	9,5	13,1	7,4	8,7	7,4	8,1	11,9
Antidépresseurs : oui	6.5	7,1	5,5	7	3,7	6,5	6,7	15,3	7,8	5	5	10,1	6,8	4,2	5,1	2,8	6,4	9,5	5,1	7,3	12,6	4,9	6,1	5,6
Psychiatre	12.1	9,9	14,8	14	6,4	9,3	12,6	16,8	22,4	7,2	6,3	17,1	8,5	7,7	11,2	8,3	13,7	11,6	13,8	11,3	19,7	9,9	14,2	12
Idées suicidaires	6.1	5,7	9,4	4,4	3,4	4,6	8,4	11,2	5,9	7,5	11,4	8,5	4,5	4,2	4,5	6,9	5,8	6,3	5,8	4	4,8	6,2	6,1	6,4
Tentatives de suicide	1.4	1,4	3,9	0,9	0,7	2,8	0,8	3,2	0,9	0,8	2,5	2,3	0,6	0,7	0	4,2	1,1	1,1	0	1,3	2,4	2,5	0	3,2
Accompagnement correct	55.8	49,3	57,9	42,1	50,3	60,7	73,7	54,4	47,9	50,4	46,3	58,6	67	47,2	62,4	46,5	54,3	60	60	58,2	67,5	53,1	79,7	50,8
Reconnaissance globale	21.5	23,1	23,3	17,3	21,3	24,3	37,4	31,7	24,6	22,3	10,8	14,2	24,9	22,4	26,3	10,6	18,2	20,5	27,9	14,1	21	15,1	30	13,5
EE élevé	16	13	16,8	21	15	14,3	13,6	20,9	15,3	14,4	18,2	10,8	11,5	13,6	7,2	22,1	20,8	15,6	12,3	17,6	16,9	20,1	11,1	18,8
DP élevé	33.8	22,7	36	42,7	33,8	27,4	22,3	42,1	32,9	34,9	30,3	30,3	32,4	31,6	25,7	47,8	39,3	30,1	26,1	32,1	30,6	39,2	29,3	39
AP bas	38.9	42	39,8	45,3	43,2	33	20,2	29,9	38,4	44,8	37	32,2	35,7	36,2	42,9	59,1	41,5	33,7	36,2	35,7	35	41,8	28,8	38,8
0 score morbide	41.9	43,7	41,7	35	38,8	48,4	62,7	46	41,5	37,4	46,4	50	46,3	41,3	44,9	29,2	36,2	40,7	46,8	44,4	46,5	38,3	48,5	42,6
3 scores morbides	6.5	4,8	6,7	14	5	6,3	5,9	6	4,8	6,1	7,2	6,1	6,1	1,6	2,6	15,4	8,5	3,5	5,6	5,6	7,9	8,7	3,7	7,4

ANNEXE 9 : COMPARAISONS AVEC LES TRAVAUX PRECEDEMMENT REALISES

Thèse d'exercice du Dr B. Barbarin (Nantes, 2009) :

Un questionnaire anonyme incluant le MBI a été adressé par voie électronique de Février à Avril 2008 aux 197 internes nantais inscrit au DES de médecine générale. 114 questionnaires ont pu être exploités soit un taux de réponse de 57,9%.

Les IMG ont déclaré travailler en moyenne 52,4 h par semaine (56,29 h en stage hospitalier et 34,96 h en ambulatoire). 78,5% estimaient leur travail reconnu par les seniors et 81,5% par l'équipe médicale. 15,8% déclaraient avoir déjà songé sérieusement à arrêter leur internat et 9,6% déclaraient qu'ils ne referaient pas d'études de médecine s'ils devaient recommencer.

Les résultats du MBI :

- EE : score moyen : 19,72, prévalence : 16% des IMG avec un score élevé,
- DP : score moyen : 9,76, prévalence : 35% des IMG avec un score élevé,
- AP : score moyen : 37,38, prévalence : 21% des IMG avec un score bas,
- Chez 43% aucun critère du BOS n'est observé, chez 45% un critère, chez 9% deux, et enfin chez 3,5% l'ensemble des 3 critères.
- 57% des IMG avaient au moins un des critères du BOS,

Chez les internes en 1^{er} semestre 70% présentaient au moins un des critères du BOS.

Les facteurs associés au BOS retrouvés étaient :

- le sexe masculin et la dimension « dépersonnalisation »,
- le célibat,
- être en 1^{er} semestre,
- être en stage hospitalier,
- l'absence de reconnaissance du travail fourni,
- la confrontation à la fin de vie et l'annonce de diagnostics graves,
- le fait de dénoncer une discrimination avec les internes de spécialité,
- le fait de déclarer ses connaissances inadaptées,
- et le désir d'arrêter ses études de médecine.

Thèse d'exercice du Dr M. Ernst (Strasbourg, 2009) :

Un questionnaire anonyme incluant le MBI ainsi qu'une proposition de participation à un entretien oral ont été distribués aux 241 IMG présents au choix de poste de Strasbourg en octobre 2007. 161 questionnaires ont pu être exploités soit un taux de réponse satisfaisant de 67%, 9 entretiens oraux ont été effectués.

30% des participants débutaient leur internat en octobre 2007 et n'avaient donc aucune expérience en tant qu'IMG.

Résultats du MBI :

- EE : score moyen 19,8, prévalence 19,20% des IMG avec un score élevé,
- DP : score moyen 10,4, prévalence 38,50% des IMG avec un score élevé,
- AP : score moyen 37,4, prévalence 21,70% des IMG avec un score bas,

- Chez 45% aucune dimension du BOS est observée, chez 4% l'ensemble des 3 dimensions (nous n'avons pas de données pour les IMG présentant 1 ou 2 dimensions),
- 46% des IMG avec au moins une dimension du BOS,

Les facteurs associés au BOS retrouvés étaient :

- Le stage effectué chez le praticien est un facteur protecteur,
- Aucun lien retrouvé avec le sexe, le statut marital, la parentalité, le nombre de semestres validés.

Résultats de l'enquête qualitative (interviews) :

- Facteurs protecteurs cités : reconnaissance et soutien des seniors, de l'équipe médicale, et de ses collègues IMG, accompagnement de sa famille et de ses amis, temps consacré à la vie privée, maîtrise de son emploi du temps, 1^{ère} expérience avec son futur métier (stage en ambulatoire), qualité de la relation « médecin-malade », participation à des groupes de parole,
- Facteurs de risque cités : rôle de l'IMG mal défini, manque d'accompagnement, difficulté à exprimer ses incertitudes sur le lieu de travail, responsabilités prises incompatibles avec les compétences de l'IMG, discrimination par rapport aux internes de spécialité, harcèlement, surcharge de travail liée aux gardes après une journée de travail, décalage entre attentes professionnelles et réalités du terrain (risque médico-légal, secrétariat, contraintes des services, gestion des difficultés sociales des patients), violence, marchandage, exigence, manque de reconnaissance de la part des patients.

Thèse d'exercice du Dr M. Pittaco (Legay) (Paris, 2009) :

Un questionnaire anonyme incluant le MBI a été distribué à 245 IMG parisiens choisissant un poste dans un service d'accueil des urgences en mai 2007. 205 questionnaires ont pu être exploités soit un taux de réponse satisfaisant de 84%. Parmi les 205 répondants, 71 ont répondu au second questionnaire remis à la fin de leur semestre aux urgences.

Résultats du MBI :

- EE : score moyen : 18,1, prévalence 16% des IMG avec un score élevé,
- DP : score moyen : 10, prévalence 50% des IMG avec un score élevé,
- AP : score moyen : 36,2, prévalence 33% des IMG avec un score bas,
- Aucune donnée sur le nombre d'IMG ayant 0, 1, 2, ou 3 dimensions du BOS.

14% des internes présentaient des critères de dépression selon l'échelle d'auto-évaluation de la dépression (CES D-SCALE).

Facteurs associés au BOS :

- Aucun lien n'a été retrouvé avec l'âge, le sexe, le statut marital, la parentalité ou le nombre de semestres validés,
- Les IMG atteints de BOS sont moins motivés pour apprendre, sont moins aptes à réfléchir sur des cas complexes de leurs patients, lisent moins de revues médicales, et déclarent faire plus d'erreurs médicales dues à leur épuisement et non par manque de connaissance,
- Les IMG atteints de BOS voient moins souvent leurs amis, consacrent moins de temps à leurs loisirs et font peu de projets à long terme,

27% des 92 IMG en BOS sont déprimés selon l'échelle CES-D.

À la fin de leur semestre aux urgences, 71 IMG ont accepté de remplir à nouveau le questionnaire : sur 16 IMG ayant un score faible au début du stage seulement 5 sont restés dans la catégorie faible, 6 ont un score moyen et 5 un score élevé. Parmi les 21 IMG qui avaient un score moyen en début de semestre, 14 ont un score élevé en fin de stage et enfin sur les 34 IMG présentant un score élevé en début de semestre, 30 restent dans cette catégorie.

Thèse d'exercice du Dr M. Guinaud (Créteil, 2006)

Un questionnaire anonyme incluant le MBI a été distribué aux 750 IMG parisiens lors des choix de poste d'avril 2005. 692 questionnaires ont pu être exploités soit un taux de réponse satisfaisant de 92%,

Les IMG déclaraient travailler en moyenne 52,8h par semaine, effectuer 3,7 gardes par mois et avoir 2,1 week-ends libres.

- EE : score moyen : 22,1, prévalence : 24,1% des IMG avec un score élevé,
- DP : score moyen : 10,6, prévalence : 42% des IMG avec un score élevé,
- AP : score moyen : 33,7, prévalence : 48,6% des IMG avec un score bas,
- Chez 43% aucune dimension du BOS est observée, chez 45% une dimension, chez 9% deux, et enfin chez 3,5% les 3 dimensions.
- 57% des IMG avaient au moins une des dimensions du BOS élevée.

- 41,8% ont déjà envisagé une réorientation, 23,1% ont un suivi psychologique, 15% consomment des antidépresseurs, 3,5% ont un antécédent de tentative de suicide.

Facteurs associés au BOS :

- Les femmes ont des scores d'EE plus élevés que les hommes (scores bruts de 22,9 vs 20,8),
- Les IMG qui déclarent n'avoir pas assez de temps libre consacré aux loisirs et à la famille ont des scores d'EE plus élevés 24,3 vs 17,4. On constate la même chose pour les IMG consommant des antidépresseurs 26 vs 21,4, ceux ayant un suivi psychologique 25 vs 21,3, ceux ayant des antécédents de TS 30,3 vs 21,8, (pour rappel un score d'EE est considéré comme élevé à partir de 29),
- Les IMG ayant déjà envisagé de se réorienter ont des scores d'EE et de DP plus élevés respectivement 25,6 vs 19,7 et 11,6 vs 10,6, ainsi que des scores d'AP plus bas 32,6 vs 34,5.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conditions de travail : Un suicide par jour. L'express. 2007 mars 14;
2. Joly J, De Vendeuil, Richard. Le poids des maux au travail. L'express. 2009 oct 8;
3. Legmann M. Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale. France: Conseil national de l'ordre des médecins; 2010.
4. Maslach C, Leiter MP, Légeron P. Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. 2011.
5. Pittaco M. Les internes sont-ils en burnout? 2009.
6. Légeron P, Nasse P. Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail. France: ministère de la santé; 2008.
7. Estryng-Behar M, Leimdorfer F, Picot G. Comment des médecins hospitaliers apprécient leurs conditions de travail. Revue française des affaires sociales. 2010 avr;(4):96.
8. Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique; 2007.
9. Tuinman PR, Oberink HHR, Wieringa-de Waard M, Hoekstra JBL. Difficult consultations rather than difficult patients. Ned Tijdschr Geneesk. 2011;155:A2821.
10. Galam E, Leopold Y. Dossier Burnout. Le concours médical Tome 130. 2008 avr;:393–405.
11. Cedfeldt AS, Bower EA, English C, Grady-Weliky TA, Girard DE, Choi D. Personal time off and residents' career satisfaction, attitudes and emotions. Med Educ. 2010 oct;44(10):977–84.
12. Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes; 2003.
13. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin. 2006;132(3):327–53.
14. Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. J Psychosom Res. 1999 juin;46(6):591–8.
15. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. Fam Pract. 2008 août;25(4):245–65.
16. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 2008 mars 1;336(7642):488–91.
17. Zeter C (médecin). Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. 2004.
18. Baude N, Flacher A, Bosson JL, Marchand O. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir: Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. 2008 mars;:135–40.
19. Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2010.
20. Schernhammer E. Taking their own lives - the high rate of physician suicide. N. Engl. J. Med. 2005 juin 16;352(24):2473–6.
21. A. S. Chocard, B. Gohier, Juan F, Goeb J-L, Lhuillier J-P, Garre J-B. Suicide among physicians. A review. 2003;7(65):23–9.
22. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med. 1998 avr;73(4):403–7.
23. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann. Intern. Med. 2002 mars 5;136(5):358–67.
24. Michels PJ, Probst JC, Godenick MT, Palesch Y. Anxiety and anger among family practice residents: a South Carolina family practice research consortium study. Acad Med. 2003 janv;78(1):69–79.
25. Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ. Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. Med. J. Aust. 2004 oct 4;181(7):357–60.

26. Guinaud M, Compagnon L. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. [Créteil]: Université de Paris-Val-de-Marne; 2006. 79 f. p.
27. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. A Multicenter Study of Burnout, Depression, and Quality of Life in Minority and Nonminority US Medical Students. *Mayo Clinic Proceedings*. 2006 nov 1;81(11):1435–42.
28. Barbarin B(1981-). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale : enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008 [Thèse d'exercice]. [[S.I.]]: [s.n.]; 2009. 26 p.
29. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. [[S.I.]]: Université de Strasbourg; 2009. 114 p.
30. Giet R. Resource: La source d'information de l'union professionnelle des médecins libéraux de Bourgogne. janvier 2002. (1):4.
31. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Champagne Ardenne: URML de Champagne Ardenne; 2003.
32. Jarry C, Sonnevillle A. Etude du burnout chez les médecins généralistes d'Indre et Loire. 2005.
33. El Ouali S. Etude du burnout, ou syndrome d'épuisement professionnel, chez les médecins généralistes libéraux du Cher [Thèse d'exercice]. Université François Rabelais (Tours); 2006.
34. Vaquin-Villeminey C. Prévalence du Burn out en médecine générale :Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles. [Paris V]: Faculté de médecine René Descartes Paris V; 2007. 59 p.
35. Mounier P. Le burn out des médecins libéraux en Limousin. URML; 2010.
36. Jean Luc Maupas, Martinez JL, Marx A. Enquête sur la santé des médecins libéraux de haute Normandie. 2008.
37. Estryng-Behar M, Gasparini C, Simon A. L'Enquête PRESST-NEXT: Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. 2006 mars;
38. Houkes I, Winants Y, Twellaar M, Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*. 2011;11:240.
39. Gleizes M, Razavet A. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2002.
40. Gautier I. Burn out des médecins. Bulletin du conseil départemental de l'ordre des médecins. 2003 mars;
41. Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch. Intern. Med*. 2005 déc 12;165(22):2601–6.
42. Satterfield JM, Becerra C. Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med Educ*. 2010 sept;44(9):908–16.
43. Vega A, Cabé M-H, Blandin O. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes: motivations et stratégies. 2008;
44. EPSE, LMDE. 3ème enquête nationale sur la santé des étudiants: Principaux enseignements. Tours: 2011. p. 12.
45. Jonckheer P, Stordeur S, Lebeer G, Roland M, De Schampheleire J, De Troyer M, et al. Le burnout des médecins généralistes: prévention et prise en charge. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2011.
46. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 18 juin 2009 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. 2009.
47. Faucon F, Coulon A. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. 2010.
48. Décret n° 2010-700 du 25 juin 2010 modifiant le décret n° 2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. 2010.

