



HAL
open science

De l'influence des évènements de vie traumatiques sur le choix d'une carrière médicale : étude descriptive aux Antilles-Guyane

Julien Dezaunay

► To cite this version:

Julien Dezaunay. De l'influence des évènements de vie traumatiques sur le choix d'une carrière médicale : étude descriptive aux Antilles-Guyane. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01208589

HAL Id: dumas-01208589

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01208589>

Submitted on 2 Oct 2015

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.

**De l'influence des événements de vie traumatiques sur le choix
d'une carrière médicale**
Etude descriptive aux Antilles-Guyane

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 30 juin 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Julien DEZAUNAY

Examineurs de la thèse :

Professeur THIERY Guillaume (Président du jury)

Professeur BLANCHET Pascal (Juge)

Professeur DAVID Thierry (Juge)

Professeur HELENE PELAGE Jeannie (Juge)

Docteur FOURNEL Vincent (Juge)

Docteur KANGAMBEGA CHATEAU DEGAT Walé (Directrice de thèse)

Remerciements

Aux membres du jury pour l'intérêt et le soutien qu'ils ont manifesté pour mon travail.

Au Professeur Jeannie HELENE PELAGE, pour son dévouement exemplaire à la Médecine et à notre belle spécialité.

Au Docteur Walé KANGAMBEGA CHATEAU DEGAT, enthousiaste et méticuleuse directrice de thèse, pour avoir eu confiance en mon projet.

Au Docteur Franciane GANE TROPLENT, véritable « *potomitan* », pour sa disponibilité, son énergie, son ouverture d'esprit, et son intégrité.

A Nadine et Joël, mes parents, qui en plus de m'avoir offert la vie, l'ont rendu douce et aimante.

A mon frère et ma sœur, qui malgré la distance, sont bien ancrés dans mon cœur.

A Pangur Ban et Pilou, pour m'avoir tenu compagnie les longues nuits de travail.

A MaElo, grâce à qui la pluie accrochera toujours un sourire à mes lèvres.

Et à la « *petite vie* » à venir.

Sommaire

Résumé	1
Introduction	3
Définitions et généralités	5
A. Événement de vie traumatique (EVT) et état de stress post-traumatique (ESPT)	5
1. Evolution de la définition	5
2. Catégorisation des événements de vie traumatiques	6
3. Définition de l'état de stress post-traumatique	7
B. Facteurs des EVT influençant la sévérité des conséquences	8
C. Signes cliniques des EVT	8
D. Facteurs des EVT	9
E. Epidémiologie des EVT et de l'ESPT	10
Matériels et Méthodes	12
Résultats	14
A. Caractéristiques de la population étudiée	14
1. Effectifs	14
2. Catégories socio-professionnelles	16
3. Les familles	16
4. La population médicale étudiée	17
B. Les facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale	18
1. Représentation des facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale	18
2. Particularités selon les sous-groupes	20
C. Événements de vie traumatiques	20
1. Répartition par type d'EVT	20
2. Impact des EVT dans la population médicale étudiée	22
D. Synthèse des résultats relatifs à l'influence des EVT	25
Discussion	27
Conclusion	31
Serment d'Hippocrate	32
Références bibliographiques	33
Annexe 1 : Le questionnaire de l'étude	35
Annexe 2 : Questionnaire des événements de vie : THQ original	41
Annexe 3 : Détail des catégories socio-professionnelles (CSP)	45
Annexe 4 : Répartition des CSP dans la population générale	46

Résumé

Il n'est pas aisé de répondre à la question : « Pourquoi fait-on Médecine ? ». C'est une décision plurifactorielle.

Certains de ces facteurs seraient des situations stressantes voire traumatogènes et l'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux d'exposition à ces événements de vie traumatiques (EVT) dans la population médicale, ainsi que l'influence de ceux-ci sur le choix de devenir médecin.

Il s'agit d'une étude descriptive menée entre le 1er décembre 2014 et le 1er avril 2015, auprès des étudiants en médecine des six premières années, des internes, des assistants, des chefs de clinique, des praticiens, toutes spécialités confondues, des Antilles et de la Guyane. Le recueil de données a été effectué via un questionnaire anonyme composé en partie du Trauma History Questionnaire : THQ.

Les facteurs favorisant majoritairement rapportés sont l'attrait pour la science (64,2%), l'exercice d'un travail humaniste (55,8%), le besoin de se sentir utile (47%), la bonne qualité de vie du médecin (32,7%), l'aspect financier intéressant (30,9%) et la sécurité de l'emploi (30%).

Le taux d'exposition aux EVT de la population étudiée est de 80,9%, et le nombre moyen de ces situations vécues est de 2,4. Parmi les 138 participants signalant un EVT avant leur entrée en première année de médecine, 28,7% constatent leur influence sur leur choix de carrière. Ces personnes se distinguent par un vécu plus important de maladie et de blessure graves, ou de mort inattendue chez un proche.

L'identification des EVT et un accompagnement favorisant la réflexion sur l'importance et le rôle de ceux-ci dans la vie du médecin, lui permettraient sûrement de mieux se comprendre, de mieux appréhender les décisions concernant son propre bien-être, au sein de sa profession et en dehors, et ainsi, de mieux gérer les difficultés de ses patients

Ces événements, fréquemment rencontrés et impactants, mériteraient donc une considération non exclusivement physiopathologique, car ils sont aussi à l'origine de décisions positives telles que devenir médecin.

“Why do they make medical school?” It comes to a multifactorial decision.

Some of the reasons would be to cope with stressful situations even traumatic and the main objective of this study is to determine the exposure level at these traumatic life events (TLE) in the medical population, as well as the influence of these events for becoming a physician.

This descriptive study was led between the 1^{er} of december 2014 and the 1^{er} of april 2015, with medical students, first to sixth years, interns, chiefs residents, physicians, across all categories, in Antilles and Guyana. The data collection has been made through an anonymous questionnaire partly consisting of Trauma History Questionnaire (THQ).

The main enabler factors identified are the attraction for the science (64,2%), the exercise of humanitarian action (55,8%), the need to feel useful (47%), the physician’s good quality of life (32,7%), the interesting financial aspect (30,9%) and the job security (30%)

The exposure level to TLE of the study population is 80,9%, and the average number of these real – life situations is 2,4. Among the 138 participants mentioning a TLE before they began their course of medicine, 28,7% state that it influenced their choice of career. These people distinguish themselves by a most important knowledge of illness, serious injuries or sudden death of someone close to them.

These events, frequently met and impactants, would merit further consideration than just physiopathologic, because they can lead to positive choice like becoming a physician. Despite this report, quite in favor of the setting up of measures in direction of the TLE, the question of acceptability by these concerned people stay open.

Introduction

Tout individu est confronté chaque jour à des situations nécessitant de faire des choix qui auront un impact plus ou moins important sur son avenir. Et ces choix conditionneront, à plus ou moins long terme son existence.

Son histoire de vie, les événements s'y succédant, ses ambitions, ses compétences, son environnement familial, socio-économique et culturel sont autant de composantes favorisant ses décisions. Il y a autant d'associations de facteurs qu'il y a d'individus. Les choix sont plurifactoriels. Dans notre modèle de société, existe l'opportunité de désigner le métier qui sera le nôtre. Certaines combinaisons des éléments sus-cités influencent l'inclination d'un sujet pour une carrière professionnelle plutôt qu'une autre.

De nombreux articles portant sur le choix des spécialités médicales ont été réalisés. Ces études s'intéressent aux facteurs favorisant au sens large (1, 2), à la corrélation entre personnalité et orientation de carrière (3), à l'évolution de ces choix au cours de la formation médicale (4, 5), ou encore à l'influence de l'environnement éducatif (6, 7).

Par ailleurs, au sein de la population générale, existent de multiples croyances autour du corps médical et sur la nature du praticien. De façon plus ou moins habilement argumentée, sont évoqués, par exemple, son mode de vie, son passé, sa famille, son entourage, son fonctionnement sentimental et sexuel, ses loisirs, ses choix de carrière et modalités d'exercice, ses objectifs, ses motivations...

Ces croyances reposent sur des éléments difficilement quantifiables. En effet devenir médecin, entreprendre des études médicales sont également des décisions plurifactorielles. Il y a autant d'associations de facteurs que de praticiens.

Il ne semble pas aisé de répondre à la question : « Pourquoi fait-on Médecine ? ».

Certaines de ces composantes orientant les prises de décisions seraient des événements de vie dits traumatiques (EVT). Il semble intéressant de s'interroger sur l'importance, l'impact des EVT du médecin en devenir. En effet, ce dernier sera exposé quotidiennement, et de façon itérative, à ceux de ses patients ou à des situations traumatogènes.

Les EVT sont recherchés essentiellement dans les services de psychiatrie, ayant un rôle dans la survenue de nombreuses pathologies (état de stress post traumatique, trouble anxieux, syndrome dépressif, syndrome dissociatif) et une importance dans la prise en charge des patients (8). Ils sont également étudiés dans les populations fortement exposées : soldats (9, 10), secouristes, pompiers, populations de pays en guerre (11), réfugiés (12), etc. Et de plus en plus, on recherche les complications des EVT de type maladies graves potentiellement mortelles, dans les services de réanimation et unités de soins intensifs (13).

En revanche, il semblerait qu'il n'y ait de données ni sur leur prévalence et leur nature au sein de la profession médicale (en dehors de la médecine d'urgence et de catastrophe), ni sur leur influence dans le choix d'effectuer des études de médecine.

L'objectif principal de cette étude est donc de déterminer le taux d'exposition aux événements de vie traumatiques dans la population médicale, ainsi que l'influence de ceux-ci sur le choix de devenir médecin.

Définitions et généralités

A. Événement de vie traumatique et état de stress post-traumatique

1. Evolution de la définition

La définition de l'événement de vie traumatique a évolué au fil du temps et son évolution est liée à l'histoire du diagnostic d'état de stress post-traumatique (ESPT).

L'ESPT apparaît pour la première fois en 1980 dans la troisième version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : le **DSM III** (Diagnostic and Statistical Manual). C'est l'aboutissement d'un long combat d'associations de vétérans de la guerre et de psychiatres pour faire reconnaître le fait que les réactions telles que les troubles du sommeil, les cauchemars ou les images intrusives diurnes, vécues par les vétérans témoignaient d'une souffrance psychologique préoccupante. Cela signifiait également admettre l'existence d'un événement traumatique et des potentielles pathologies résultantes. La définition est alors peu précise : « un événement stressant qui provoque des symptômes évidents de détresse ».

Une nouvelle notion est ajoutée en 1987, après révision du DSM et les travaux précurseurs de Helzer(14). Le patient ne vit plus nécessairement directement l'événement, et peut en être le témoin.

En 2000, le **DSM IV** étend la population concernée en qualifiant un événement de traumatique si les deux éléments suivants sont présents :

- La personne a vécu, a été témoin, ou a été confrontée à un événement, ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être grièvement blessés ou ont été menacés de mort ou de grave blessure, ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui avait pu être menacée,

- La réaction du sujet à l'événement se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Cela exclut, par exemple, les ruptures amoureuses ou les pertes d'emploi, qui, bien que potentiellement stressantes ou à l'origine de détresse, n'impliquent pas directement la notion de confrontation à sa propre mort.

En 2013, avec la parution du **DSM V**, le patient peut avoir appris que cet événement a été vécu par un ami ou par un membre de sa famille proche. Les termes « violence sexuelle » apparaissent enfin dans la définition. Et pour la première fois, le manuel fait une distinction dans les catégories d'âge : les adultes, les enfants de plus de 6 ans et les enfants de moins de 6 ans. Et ce, en ajoutant la notion d'implication d'un des parents ou de la personne responsable de l'enfant lorsque celui-ci a moins de 6 ans.

2. Catégorisation des événements de vie traumatiques

Certains événements sont plus impactants que d'autres et entraînent une plus forte détresse psychologique favorisant l'apparition de pathologies post-traumatiques.

Il existe deux catégories d'EVT : le type I et le type II.

- **Type I** : soudain, inattendu, d'une durée limitée.
Exemple : accident de la route, catastrophe naturelle, accident de travail.
- **Type II** : de longue durée, répétitif, cumulatif, infligé volontairement par un autre individu.
Exemple : violence conjugale, abus physiques et sexuels, torture.

Les conséquences associées à ces deux catégories sont différentes.

3. Définition de l'état de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique est caractérisé par plusieurs critères, dérivés du DSM-IV :

- **Critère A** : la personne a été confrontée à un événement traumatique, durant lequel son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée, et auquel elle a réagi par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou un sentiment d'horreur.
- **Critère B** : la réviviscence de l'événement traumatique,
- **Critère C** : l'évitement persistant de stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale,
- **Critère D** : l'activation neurovégétative.

Le diagnostic d'ESPT suppose que ces perturbations se manifestent durant un mois minimum. On parle d'ESPT aigu lorsque la durée des symptômes est inférieure à trois mois. Un ESPT est chronique lorsque celle-ci est égale ou supérieure à trois mois. Lorsqu'un décalage de six mois minimum est observé entre l'événement et l'apparition des symptômes, on parle d'ESPT à survenue différée.

En plus d'être persistant, l'ESPT est rarement dépourvu d'une pathologie associée. Au regard des personnes sans ESPT, celles souffrant de cette affection présentent davantage de troubles concomitants, tels que les troubles anxieux et dépressifs, les somatisations, ou encore la consommation abusive de substances dangereuses. Approximativement, le taux de comorbidité chez les sujets souffrant d'ESPT est de l'ordre de 80%, contre un taux de 35 à 50% chez les sujets non affectés (15).

B. Facteurs des EVT influençant la sévérité des conséquences

Certains facteurs ont été identifiés comme étant pourvoyeurs de complications plus sévères :

- La répétition de l'événement,
- La sensation de mort imminente,
- Le sentiment d'horreur, d'effroi,
- Le caractère inattendu de l'événement,
- La planification par un tiers,
- Le fait d'avoir subi des blessures physiques,
- L'aspect dégradant physiquement et psychologiquement de l'événement.

Ces facteurs sont davantage rapportés lors des EVT de type II.

C. Signes cliniques des EVT

Pendant l'événement, il existe 3 grandes catégories de réactions péri-traumatiques :

- **Les réactions physiques** : tachycardie, hypersudation, tension musculaire, tremblements, tachypnée, essoufflement, douleur de poitrine, vertiges, nausées.
- **Les réactions émotionnelles** : effroi, peur de mourir ou d'être gravement blessé mais aussi surprise, colère, dégoût, sentiment d'impuissance, confusion, culpabilité, tristesse.
- **La dissociation** : absence d'émotion, perte de contact avec l'environnement, sensation d'être un spectateur qui regarde de loin la scène, distanciation inadaptée, sensation d'irréel, vécu de l'événement au ralenti.

Les jours suivant le trauma (de 2 jours à 4 semaines), sont possibles diverses réactions, appelées réactions de stress aigu. Elles comprennent le plus souvent :

- Les souvenirs intrusifs (reviviscence),
- Les symptômes neurovégétatifs,
- L'évitement,
- Les symptômes dissociatifs,
- L'hyper vigilance,
- Les troubles de concentration,
- Les troubles du sommeil,
- Les troubles décisionnels,
- Les troubles de l'adaptation,
- Et parfois associés : les troubles psychotiques brefs (restitution ad integrum).

Après cette période d'un mois, s'il y a chronicisation des troubles, cela peut évoluer vers l'état de stress post-traumatique, des troubles anxieux, des épisodes dépressifs majeurs, des conduites addictives envers des substances toxiques, des troubles maniaques ou maniaco-dépressifs, des troubles phobiques, des altérations de la personnalité (mental death : déshumanisation, perte d'identité, perte de contrôle de soi, perte de la capacité d'agir, de penser, de comprendre).

D. Facteurs des EVT influençant la sévérité des conséquences

Certains facteurs ont été identifiés comme étant pourvoyeurs de complications plus sévères :

- La répétition de l'événement,
- La sensation de mort imminente,
- Le sentiment d'horreur, d'effroi,
- Le caractère inattendu de l'événement,
- La planification par un tiers,
- Le fait d'avoir subi des blessures physiques,

- L'aspect dégradant physiquement et psychologiquement de l'événement.

Ces facteurs sont davantage rapportés lors des EVT de type II.

E. Epidémiologie des EVT et de l'ESPT

Les études américaines, menées entre 1991 et 1998, obtenaient des résultats des taux d'expositions très hétérogènes (15) : entre 16,3 % et 89,6 % des sujets ont fait l'expérience d'au moins un événement traumatique au cours de leur vie (Figure 1).

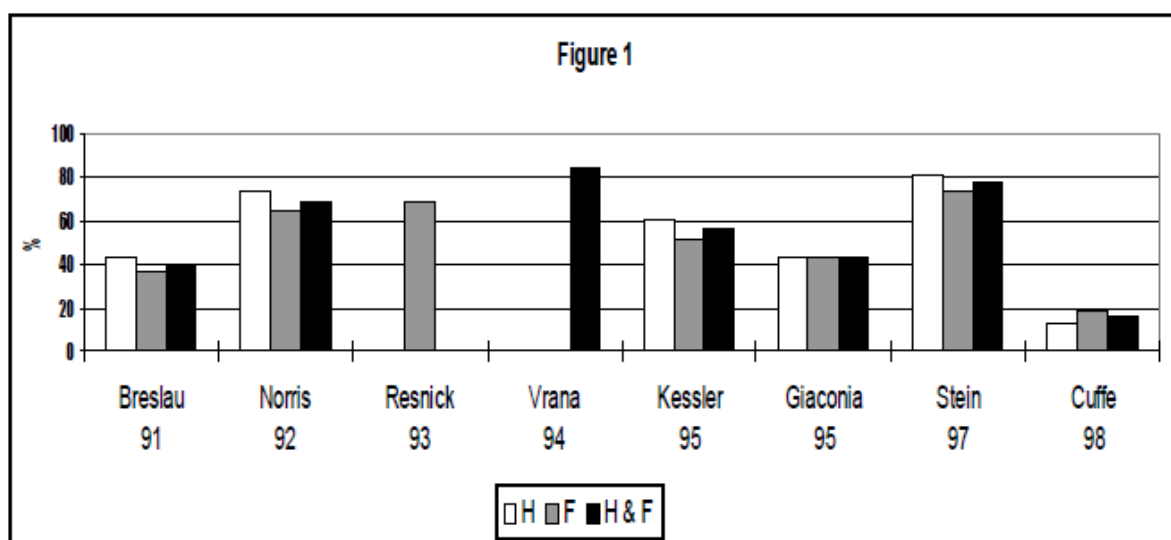


Figure 1. Fréquence d'exposition à un événement traumatique au cours de la vie. Etudes américaines de 1991 à 1998 (15).

Dans l'étude canadienne de Van Ameringen (16), en 2008, près de 76% des gens affirment avoir déjà vécu un événement traumatique. Ces personnes rapportent même en avoir vécu en moyenne deux au cours de la vie.

Les événements traumatiques les plus fréquemment cités sont la mort soudaine et inattendue d'un proche, le fait d'être témoin d'une agression ou de la mort et d'être victime d'une agression violente. Les femmes rapportent davantage de viols et d'agressions sexuelles, tandis que les hommes sont plus souvent menacés avec une arme, victimes d'agressions et d'accidents et témoins d'agressions et de mort (Tableau 1).

En population générale la prévalence vie entière du stress post-traumatique a été estimée à 5-6% chez les hommes et 10-14% chez les femmes aux Etats-Unis (17) tandis qu'elle était estimée à 1 à 3% en Europe (18). L'enquête Santé mentale en population générale, menée en France métropolitaine entre 1999 et 2003, a fourni une estimation de la prévalence instantanée d'un ESPT complet de 0,7%.

La prévalence peut devenir très importante au sein des populations impliquées au décours des événements catastrophiques et peut concerner 25 à 75% des victimes directes au cours de l'année qui suit l'événement et 5 à 40% des membres des équipes de secours intervenus sur l'événement (19).

Cette prévalence élevée peut persister longtemps après l'événement. Elle atteint 12,4% des membres des équipes de secours intervenus sur le site du World Trade Center 2 à 3 ans après l'événement et 15% des survivants qui ont évacué la tour (20).

De même en France, le suivi de cohorte mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans les suites de l'explosion de l'usine AZF le 21 septembre 2001 à Toulouse a montré que cinq ans après cette catastrophe industrielle, 13% (18%) des travailleurs(euses) proches du site présentaient encore des symptômes de stress post-traumatique.

TYPES D'EXPOSITIONS ET D'ÉVÉNEMENTS	HOMMES (%)	FEMMES (%)
AGRESSIONS VIOLENTES		
Viol	3	19
Agression, abus ou attouchement sexuel	10	33
Avoir été battu sévèrement	9	10
Avoir été menacé avec une arme	21	11
Avoir été kidnappé	1	2
Témoin d'une agression ou de mort	41	24
AUTRES TYPES D'ÉVÉNEMENTS		
Accident de voiture mettant la vie en danger	23	13
Accident grave au travail	14	3
Catastrophe naturelle	18	14
APPRENDRE QU'UN ÉVÉNEMENT EST SURVENU À UN PROCHE		
Événement traumatique survenu à un proche	16	18
Mort soudaine et inattendue	40	42
n=2991, pourcentages arrondis		

Tableau 1. Types d'événements traumatiques selon l'étude canadienne de Van Ameringen et al. (2008).

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive. Les données ont été recueillies du 1^{er} décembre 2014 au 1^{er} avril 2015.

La population étudiée est composée d'étudiants en médecine des six premières années communes, d'internes, d'assistants, de chefs de clinique, de praticiens, toutes spécialités confondues, résidant et exerçant sur le territoire des Antilles et de la Guyane, ou issus de celui-ci.

Le recueil de données a été effectué via un questionnaire anonyme composé de plusieurs parties (Annexe 1) :

- **Informations générales** : l'âge, les catégories socio-professionnelles des parents, des frères et sœurs, le nombre de frères et sœurs, la place dans la fratrie, la participation à la formation médicale continue, la vie associative, la spiritualité.
- **Les facteurs favorisants**. Les items de cette partie ont été constitués à partir d'un questionnaire préliminaire anonyme distribué à 35 personnes volontaires. Ce questionnaire comportait une seule question ouverte : « Pourquoi avez-vous fait le choix d'une carrière médicale ? ». Les réponses étaient de type rédactionnel.
- **Les événements de vie traumatiques**. Les items sont issus d'un questionnaire validé en psychiatrie, le THQ (Trauma History Questionnaire). Il a été adapté dans sa forme pour les besoins de l'étude, afin d'en faire un questionnaire à choix multiples et non plus un questionnaire rédactionnel. Rendant ainsi la participation moins fastidieuse, et le traitement des données moins sujet à l'interprétation.
- **L'influence des événements vécus sur le choix de réaliser des études médicales.**

Ce questionnaire a été distribué sur support papier et via internet (logiciel de création de questionnaire en ligne).

Les questionnaires sous format papier, ont été remis directement aux participants. Ceux-ci les remplissaient soit sur place, dans une pièce isolée, soit les remettaient après quelques jours. Dans les 2 cas, le formulaire était recueilli dans une enveloppe cachetée et placé au hasard dans une boîte avec les autres. Les enveloppes ont été ouvertes à la fin de la période de recueil pour traitement des réponses sans possibilité de recoupement, préservant ainsi l'anonymat.

Les questionnaires dématérialisés, pouvant être remplis sur internet via un lien reçu par mail, ont été réalisés suite à une importante demande des participants. Ces derniers pouvaient consulter les résultats provisoires sur une page accessible après la validation de leur formulaire. Les données des réponses apparaissaient sous forme de graphique donnant des proportions sur les différents items. Il était impossible d'effectuer des recoupements, respectant une nouvelle fois l'anonymat. Une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a été faite.

L'analyse statistique a été effectuée en utilisant le test t de Student, le test de Chi² avec correction de Yates ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5.

Résultats

A. Caractéristiques de la population étudiée

1. Effectifs

Le nombre total de réponses est de 330, dont 63 via formulaires sous format papier et 267 sous formulaires en ligne. Les participants sont, pour 234 d'entre eux, actuellement en Guadeloupe, 37 en Martinique, 23 en Guyane, et 36 hors région. La population est essentiellement féminine avec 208 femmes (63,0%) pour 122 hommes (37,0%) et la moyenne d'âge est de 28,6 ans [17 ; 69] (Tableaux 2 et 3).

Caractéristiques de la population étudiée	n	%
Localisation géographique		
Guadeloupe	234	70,9
Martinique	37	11,2
Guyane	23	7,0
Hors région	36	10,9
Sexe		
Féminin	208	63,0
Masculin	122	37,0

Tableau2. Description de la population étudiée (n=330).

Caractéristiques de la population étudiée	n	%
Niveau d'étude		
PCEM1/PACES	22	6,7
PCEM2/DFGSM2	42	12,7
DCEM1/DFGSM3	53	16,1
TCEM1	40	12,1
TCEM2	25	7,6
TCEM3	27	8,2
TCEM4	2	0,6
TCEM5	5	1,5
Autre	1	0,3
Durée d'exercice		
Moins d'1 an	18	5,5
1 à 5 ans	14	4,2
5 à 10 ans	16	4,8
10 à 20 ans	26	7,9
20 à 30 ans	10	3,0
Plus de 30 ans	7	2,1
Niveau d'étude / durée d'exercice inconnu	22	6,7
Médecin remplaçant	17	5,2
Médecin installé	86	26,1
Spécialités		
Cardiologie et maladies vasculaires	2	0,6
Dermatologie et vénéréologie	1	0,3
Endocrinologie et métabolismes	2	0,6
Gastro-entérologie et hépatologie	1	0,3
Hématologie	2	0,6
Médecine interne	1	0,3
Médecine nucléaire	2	0,6
Médecine physique et de réadaptation	3	0,9
Néphrologie	1	0,3
Neurologie	3	0,9
Oncologie	1	0,3
Pneumologie	1	0,3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	4	1,2
Rhumatologie	1	0,3
Médecine générale	108	32,7
Chirurgie orthopédique et traumatologie	10	3,0
Chirurgie urologique	2	0,6
ORL	1	0,3
Anesthésie - réanimation	5	1,5
Pédiatrie	5	1,5

Gynécologie - obstétrique	5	1,5
Biologie médicale	2	0,6
Psychiatrie	4	1,2

Tableau 3. Caractéristiques de la population médicale étudiée (n=330).

2. Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles (CSP) majoritaires chez les parents sont, pour le père, celle de « Cadres, professions intellectuelles supérieures » (47,9%) et celles de « Cadres, professions intellectuelles supérieures » (33,3%), d' « Employés » (23,6%) pour la mère (n=330).

Pour les frères et sœurs, ce sont celles de « Cadres, professions intellectuelles supérieures » (41,2%) et « Autres sans activité professionnelle » (26,6%) (n=624). Les autres CSP sont représentées en plus faibles proportions (Tableau 4 et Annexe 3).

CSP	Père (%)	Mère (%)	Frère(s)/Sœur(s) (%)
Agriculteurs exploitants	3,6	0,9	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	14,6	7,3	4,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	47,9	33,3	41,2
Professions intermédiaires	10,9	15,8	9,8
Employés	11,5	23,6	13,9
Ouvriers (y compris agricoles)	3,9	1,5	0,8
Inactifs ayant déjà travaillé	5,5	9,1	1,6
Autres sans activité professionnelle	2,1	8,5	26,6
	n=330	n=330	n=624

Tableau 4. Catégories socio-professionnelles des parents et de la fratrie des participants à l'étude.

3. Les familles

Les participants font partie de familles avec en moyenne 2,88 enfants [1 ; 9] et sont le plus souvent les aînés pour ceux ayant des frères et/ou des sœurs (44,2% contre 26,4% pour les enfants du milieu et 29,4% pour les derniers nés). Vingt-sept sont « enfant unique ».

4. La population médicale étudiée

Dans notre étude, 66% sont des étudiants. Les 4^{ème}, 5^{ème}, et 6^{ème} années ne sont pas interrogées car absentes de nos régions. Cette partie du cursus s'effectue en effet sur le territoire métropolitain.

Certaines spécialités n'ont pas de participant à l'étude, soit par absence de représentant dans notre région, soit par abstention malgré sollicitation. Elles sont les suivantes : anatomie et cytologie pathologiques, génétique médicale, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie de la face et du cou, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive, médecine du travail, santé publique et médecine sociale.

Concernant les formations, 35,2% ont suivi des diplômes universitaires ou inter-universitaires, 12,4% sont détenteurs d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires, et 3,3% ont validé une capacité. Parmi les participants, 103 personnes participent à la formation médicale continue. Sur l'ensemble de la population étudiée, 30,3% sont abonnés à une revue médicale, à 90% dans leur spécialité. Quarante-cinq pour cent de la population médicale participe à la vie associative. Pour 35% dans le domaine de la médecine et 16% sans rapport avec celui-ci.

Sur le plan spirituel, les personnes interrogées sont croyantes pour 54,5% d'entre elles, athées pour 37,6% et autres pour 7,9% (le plus souvent agnostiques).

B. Les facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale

1. Représentation des facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale.

Le nombre moyen de facteurs favorisants cochés par les participants est de 6,2.

Les facteurs favorisants (Tableau 5) majoritairement rapportés sont l'attrait pour la science (64,2%), l'exercice d'un travail humaniste, relationnel, dans l'aide à autrui (55,8%), le besoin de se sentir utile (47%), la bonne qualité de vie du médecin (32,7%), l'aspect financier intéressant (30,9%), la sécurité de l'emploi (30%).

Viennent ensuite, dans des proportions équivalentes, la pratique d'une profession gratifiante (28,5%), la notion de vocation dans le sens où c'est dans la nature du soignant, un sentiment profond (28,5%), l'opportunité de voyage qu'offre la profession (27,3%), les défis et challenges rencontrés (26,1%), l'envie de transmettre des connaissances (25,5%), la valorisation par la famille et l'entourage (24,8%), le fait d'être « son propre patron » en profession libérale (23,9%), l'étendue des compétences usitées en médecine (23,3%), les nombreuses modalités d'exercice et possibilités de reconversion (20,6%), et l'environnement familial dans le domaine médical ou scientifique (20%).

Moins fréquemment, sont cités, l'évolutivité de la profession, la continuité de la formation (17,3%), le souhait de faire des études longues (15,5%), la représentation de la notoriété des médecins (14,8%), la participation à la recherche médicale (12,7%), le hasard (12,4%) et le vécu d'un ou plusieurs événements de vie traumatiques (11,2%).

Enfin, sont plus rarement évoqués la notion de vocation au sens de désignation religieuse, de destinée (5,8%), le choix par défaut suite à un échec dans une autre filière (4,2%), le changement de filière par « absence de débouchés » (3,6%), la peur de la mort, des maladies et la nécessité de mieux les comprendre (2,7%), les aventures sexuelles facilitées par le cadre professionnel (2,4%), la volonté de faire pareil que des amis (1,5%), la possibilité de favoriser les rencontres sentimentales (0,6%), et la pression familiale (0,6%).

Les facteurs favorisant « autres » (1,8%) sont la possibilité de travailler sur les maladies orphelines, d'avoir une profession scientifique au contact des enfants, d'exercer dans des conditions spécifiques (humanitaire, guerre, ethnologie), et enfin d'avoir un métier aux Antilles.

Facteurs favorisants	% population totale N=330	% femmes N=208	% hommes N=122	p « hommes-femmes »
Faire pareil que des amis	1,5	1,4	1,6	1,00
Changement de filière, manque de travail	3,6	2,9	4,9	0,91
Attrait pour la science	64,2	59,1	73,0	0,17
Par défaut, après échec dans une autre filière	4,2	4,8	3,3	0,98
Travail humaniste, relationnel, dans l'aide à autrui	55,8	59,6	49,2	0,49
Goût de la pédagogie, transmission des connaissances	25,5	20,2	34,4	0,08
Volonté de voyager, profession en offrant l'opportunité	27,3	24,0	32,8	0,56
Aimer se sentir utile	47,0	49,0	43,4	0,91
Par hasard	12,4	12,0	13,1	1,00
Par vocation (religion, destin...)	5,8	4,8	7,4	0,92
Par vocation (sa nature, sentiment profond...)	28,5	31,3	23,8	0,72
Suite à un ou des événements traumatiques	11,2	10,1	13,1	0,95
Profession évolutive, avec formation continue	17,3	16,8	18,0	1,00
Profession avec défis, challenges	26,1	26,0	26,2	1,00
Souhait de faire des études longues	15,5	14,4	17,2	0,98
Nombreuses façons d'exercer, possibilité de reconversion	20,6	21,6	18,9	0,99
Aspect financier intéressant	30,9	26,0	39,3	0,17
Valorisation par la famille et l'entourage	24,8	20,2	32,8	0,16
Sous pression familiale, contre volonté	0,6	0,0	1,6	0,53
Valorisation de la notoriété des médecins	14,8	13,0	18,0	0,82
Profession libérale, être son propre patron	23,9	23,1	25,4	0,99
Favoriser les rencontres sentimentales	0,6	0,5	0,8	1,00
Favoriser les aventures sexuelles	2,4	0,5	5,7	0,07
Famille, proches dans le milieu médical et/ou scientifique	20,0	19,2	21,3	0,99
Sécurité de l'emploi	30,0	26,9	35,2	0,64
Bonne qualité de vie	32,7	28,8	39,3	0,43
Nombreuses compétences requises	23,3	22,1	25,4	0,98
Participer à la recherche médicale	12,7	12,5	13,1	1,00
Par peur de la mort et des maladies, mieux les comprendre	2,7	3,4	1,6	0,95

Profession gratifiante	28,5	26,4	32,0	0,89
Autre	1,8	1,9	1,6	1,00

Tableau 5. Facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale dans la population totale et par genre.

2. Particularités selon les sous-groupes

L'analyse en sous-groupe considérant le niveau d'étude et la durée d'exercice, met en évidence certaines différences entre les étudiants des 3 premières années et le reste de la population étudiée. Ils expriment davantage l'aspect financier intéressant de la profession ($p=0,0007$), et leur représentation positive de la notoriété du médecin ($p=0,02$). Leur choix est moins souvent consécutif à un échec dans une autre filière ($p=0,01$).

Il n'y a pas de valeurs significativement différentes concernant les facteurs favorisant entre les genres.

C. Événements de vie traumatiques

1. Répartition par type d'EVT

Le taux d'exposition aux EVT de la population étudiée est de 80,9%. Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les genres : les femmes ont un taux à 73,9% et les hommes à 84,4% ($p=0,94$; $n=330$).

Le nombre moyen d'EVT vécus est de 2,4 dans la population totale, et est plus important chez les hommes (2,7) que chez les femmes (2,2) ($p=0,04$; IC 95% [-1,0492 ; -0,0213]).

Les événements traumatiques les plus fréquemment rapportés sont le fait d'apprendre qu'un proche soit gravement malade, blessé ou mort de façon inattendue (37,3%), le vol d'affaires personnelles (35,8%), la présence d'un intrus au domicile en l'absence de l'occupant (24,8%), le vol par la force ou la menace (20,3%) (Tableau 6).

Les hommes sont plus souvent exposés au vol avec usage de la force ou de la menace ($p=0,0003$), au vol d'affaires personnelles ($p=0,02$), à des situations où ils ont été grièvement blessés ($p=0,04$) et aux agressions physiques sans arme ($p=0,025$). En comparaison, les femmes ne sont pas significativement plus exposées à certains types d'EVT.

Type d'EVT	Population totale (n = 330)	Femmes (n = 208)	Hommes (n=122)	<i>p</i> hommes-femmes
Dépossédé de quelque chose par la force ou la menace	20,3	12,5	33,6	0,0003
Vol d'affaires personnelles	35,8	28,8	47,5	0,02
Introduction domicile en mon absence	24,8	26,4	22,1	0,94
Introduction domicile en ma présence	7,6	8,7	5,7	0,92
Accident grave au travail, sur voie publique	10,3	9,6	11,5	0,99
Catastrophe naturelle	12,1	11,5	13,1	1,00
Catastrophe causée par l'homme	2,1	1,9	2,5	1,00
Exposition produits chimiques, radioactivité	0,9	1,0	0,8	1,00
Autres situations où j'ai été grièvement blessé	2,7	0,5	6,6	0,04
Situations où j'ai craint d'être grièvement blessé/tué	10,9	9,1	13,9	0,77
Vu quelqu'un blessé/tué occasionnant un choc, stress	12,1	11,1	13,9	0,96
Vu ou manipulé des cadavres occasionnant un choc, stress	8,5	7,7	9,8	0,98
Famille ou proche assassiné ou tué par tiers	7,9	9,1	5,7	0,87
Conjoint / amoureux / enfant mort	1,8	2,4	0,8	0,93
Maladie grave ou potentiellement mortelle	4,2	3,4	5,7	0,90
Proche : maladie grave, blessure grave, mort inattendue	37,3	40,9	31,1	0,54
Combattre région en guerre	0,6	0,0	1,6	0,53
Contact sexuel non consenti	8,5	11,1	4,1	0,31
Attaqué avec une arme	6,7	4,3	10,7	0,29
Attaqué sans arme	8,2	4,3	14,8	0,03
Battu, fessé, poussé occasionnant une blessure	5,5	4,8	6,6	0,98
Situations stressantes non évoquées	8,8	8,7	9,0	1,00

Tableau 6. Répartition (%) par type d'EVT dans la population totale et selon le genre.

2. Impact des EVT dans la population médicale étudiée

Quarante-cinq (13,6%) des 330 participants déclarent avoir effectué des études médicales, en partie, suite au vécu d'EVT qui auraient eu un rôle important dans leur orientation professionnelle.

Si l'on considère les 138 participants (41,8%, n=330) signalant le vécu d'un EVT avant leur entrée en première année de médecine, 39 de ceux-ci (28,7%, n=138) affirment avoir été influencés par ces événements dans leur choix de carrière. Dans cette sous-population, il n'y a pas de différence significative sur le type d'événement traumatique vécu entre ceux déclarant avoir été influencés (n=39) et ceux affirmant ne pas avoir été influencés (n=99).

Cependant, les participants « influencés » se distinguent par un vécu plus important d'une maladie grave, d'une blessure grave, et/ou d'une mort inattendue chez un proche ($p=0,001$) (Tableau 7).

Six autres personnes ont répondu ne pas avoir vécu d'EVT avant leur entrée dans les études médicales, mais avoir été influencées par certaines situations, ce qui pose une difficulté pour interpréter ces réponses : 6 ont appris qu'un proche était gravement malade ou blessé ou mort, 4 ont été victimes de vol avec violence et menace, 3 se sont fait voler leurs affaires personnelles, 2 ont connu des catastrophes naturelles au cours desquelles ils ont craint d'être blessés ou tués, 2 ont eu des accidents graves sur la voie publique ou au travail, 2 ont subi des contacts sexuels non consentis et enfin 2 ont rapporté d'autres événements à type de suicide dans leur famille. Devant l'incohérence temporelle, ces 6 réponses n'ont pas été utilisées pour l'ensemble des analyses portant sur les EVT.

Type d'EVT	Population influencée (n=39)	Population non influencée n=285	p
Dépossédé quelque chose par la force ou la menace	17,9	19,6	1,00
Vol d'affaires personnelles	41,0	34,7	0,96
Introduction domicile en mon absence	15,4	26,3	0,70
Introduction domicile en ma présence	7,7	7,0	1,00
Accident grave au travail, sur voie publique	23,1	8,1	0,07
Catastrophe naturelle	7,7	12,3	0,95
Catastrophe causée par l'homme	2,6	2,1	1,00
Exposition produits chimiques, radioactivité	2,6	0,4	0,56
Autres situations où j'ai été grièvement blessé	5,1	2,5	0,85
Situations où j'ai craint d'être grièvement blessé/tué	10,3	10,9	1,00
Vu quelqu'un blessé/tué occasionnant un choc, stress	23,1	10,5	0,28
Vu ou manipulé des cadavres occasionnant un choc, stress	12,8	7,7	0,88
Famille ou proche assassiné ou tué par tiers	17,9	6,3	0,16
Conjoint / amoureux / enfant mort	2,6	1,8	0,97
Maladie grave ou potentiellement mortelle	37,7	3,9	0,82
Proche : maladie grave, blessure grave, mort inattendue	66,7	31,9	0,001
Combattre région en guerre	2,6	0,4	0,56
Contact sexuel non consenti	10,3	7,7	0,99
Attaqué avec une arme	7,7	6,3	0,99
Attaqué sans arme	10,3	8,1	0,99
Battu, fessé, poussé occasionnant une blessure	5,1	5,3	1,00

Situations stressantes non évoquées	20,5	6,7	0,07
-------------------------------------	------	-----	------

Tableau 7. Répartition (%) des EVT dans les populations dites « influencée » et « non influencée » dans leur choix d'une carrière médicale.

Parmi les différents types d'EVT, certains participants ont précisé des « situations stressantes non évoquées », elles sont les suivantes (propos laissés tels que rédigés par les personnes interrogées) :

Pour certaines personnes dites « influencées » par les EVT

- « Mort subite du nourrisson chez un frère »
- « Harcèlement moral »
- « Décès de mon père quand j'avais 11 ans »
- « Mon père a eu un accident vasculaire cérébral quand j'avais 6 mois, et était depuis paraplégique entre autre. Il est décédé récemment »
- « Suicide dans la famille... »
- « Deux membres de ma famille ont déjà essayé de mettre fin à leur jour »
- « Rien de tous les items proposés par le questionnaire. Ceci étant dit mon père a perdu un œil du fait de l'incompétence d'un ophtalmologue. Personne ne mérite cela, donc en devenant moi-même ophtalmologue, je réduirai le pourcentage de mauvais praticiens dans cette spécialité »
- « Décès du parent avec lequel je vivais lorsque j'étais mineur. Accompagnement et décès de l'autre parent »
- « Longue maladie invalidante de ma mère depuis mon enfance, maladie en lien avec la naissance de mon jeune frère »

Pour certaines personnes dites « non influencées » par les EVT

- « Pathologies psychiatriques familiales »
- « Harcèlement moral »
- « Dépression »
- « Harcèlement au travail »
- « Agression physique par un patient. 2 mois d'arrêt. Séquelles encore aujourd'hui »
- « Médecin humanitaire dans des situations de guerre ou catastrophes naturelles »
- « Agression verbale sur le lieu de travail »
- « Le bac »
- « Interruption volontaire de grossesse »
- « Mon petit ami a fait un AVC à 19 ans »
- « Quelqu'un a déjà été verbalement très violent envers ma famille et moi »
- « Décès d'un parent et accompagnement en fin de vie »
- « Relations inter-parentales conflictuelles, stressantes et dévalorisantes pour les enfants. Relations sentimentales conflictuelles et dévalorisantes »

D. Synthèse des résultats relatifs à l'influence des EVT

Trente-cinq participants ont signalé comme facteur favorisant le choix d'une carrière médicale, avoir vécu certains événements de vie marquants, voire traumatisants, personnels ou familiaux, et avoir été orientés par ceux-ci. Parmi ces personnes, 20 confirmeront l'influence des EVT sur leur orientation professionnelle, après réponse à la partie dévolue aux EVT, tandis que 15 considèreront finalement que les EVT tels que décrits dans le THQ n'ont eu aucun rôle dans leur décision de devenir médecin (Figure 2).

Au total, c'est tout de même 39 participants qui répondent avoir été influencés par un EVT après avoir rempli le THQ. Soit 19 qui n'avaient initialement pas identifié leurs EVT comme facteurs favorisants, mais qui après consultation de ce questionnaire évaluant le vécu de situations jugées traumatogènes, considèrent qu'elles ont eu un impact sur leur choix d'effectuer une carrière médicale.

En dehors de cet item concernant les EVT, les participants « influencés » expriment les mêmes facteurs favorisants que les participants non influencés.

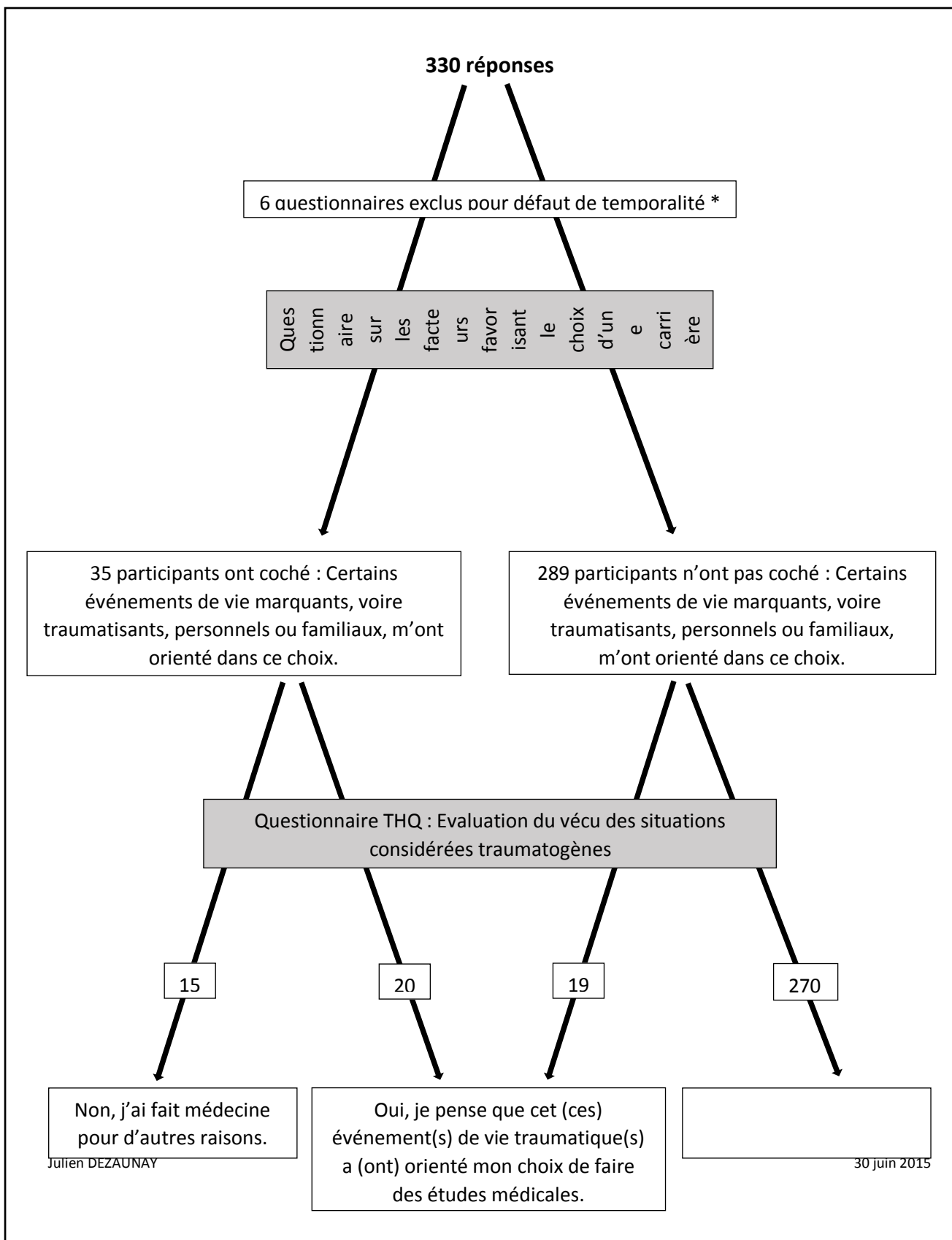


Figure 2. Synthèse des résultats relatifs à l'influence des EVT.

*Les 6 questionnaires exclus correspondent aux participants déclarant ne pas avoir vécu d'EVT avant leur entrée dans les études médicales, mais avoir été influencés par ceux-ci.

Discussion

Le taux d'exposition de la population étudiée ainsi que le nombre moyen d'EVT vécus sont importants. Le milieu médical ne semble pas préservé. Dès lors qu'ils ont eu lieu avant le début des études, c'est près d'1 personne sur 3 qui atteste de leur impact sur le devenir professionnel. Et un peu plus d'1 médecin sur 10 dans l'ensemble de la population médicale étudiée. Il est également retrouvé, dans nos résultats, que la survenue d'une maladie grave, d'une blessure grave, et/ou d'une mort inattendue est un facteur favorisant caractéristique du praticien en devenir. Il semblerait que les accidents graves au travail ou sur la voie publique soient également fortement exprimés. Par contre les EVT de nature sexuelle, sont moins représentés dans notre étude.

Certains éléments peuvent être critiqués dans notre étude.

D'abord, il est possible que les valeurs obtenues soient une sous-estimation de la réalité.

Premièrement, parce que la composition de la population étudiée aux Antilles-Guyane n'est peut-être pas assez représentative ou en tout cas différente de celle de la France hexagonale. En effet, l'âge moyen est de 28,6 ans contre 40,9 ans dans la population générale française, soit une population plus jeune avec un temps restreint d'exposition à un potentiel EVT.

Deuxièmement, le recueil de données dépend grandement de la volonté du participant à évoquer des situations parfois douloureuses ou considérées comme intimes, voire taboues.

Ce deuxième point a été l'une des difficultés majeures dans le recueil de données. En effet, malgré la méthodologie utilisée afin de préserver l'anonymat, certaines personnes ont refusé de remplir ou de remettre le questionnaire, par peur que les informations soient utilisées à mauvais escient. Il est d'ailleurs probable que des informations intéressantes aient été ainsi perdues. Le formulaire en ligne a permis de contourner une partie de ce problème. Le caractère dématérialisé et le fait de ne pas

être en la présence d'un de ses pairs, ont probablement eu pour effet de rassurer les participants et permis un taux de réponse bien meilleur. Les conditions offertes par ce mode de diffusion sont peut-être aussi plus favorables. Le professionnel a pu le remplir à un moment qu'il jugeait opportun, avec le temps, le calme et la solitude souvent nécessaires pour aborder ce type de sujet. Conditions que l'on peine davantage à réunir au cours de sa journée de travail. Mais cet outil a aussi pu rebuter certains médecins moins exercés à son utilisation.

Ensuite, la synthèse des réponses relatives aux EVT nous permet de constater qu'il y a d'importantes fluctuations de positionnement des participants vis-à-vis de l'influence que ces situations ont pu avoir sur eux, au fur et à mesure du remplissage du questionnaire. Certains pensent initialement avoir entrepris des études médicales en partie suite au vécu d'événements stressants et traumatiques, puis finalement excluent cette hypothèse. Ils n'avaient peut-être pas la même définition des EVT que celle fournie par le THQ. Ce dernier est possiblement trop exhaustif. Ou les participants ont simplement changé d'avis. D'autres ont eu un raisonnement inverse et semblent reconnaître, en fin de formulaire, des situations influentes qu'ils n'avaient au préalable pas identifiées. Le THQ leur aurait alors permis une analyse de certains éléments de vie et du rôle de ceux-ci sur leur devenir. Ou bien pour finir, ces discordances sont dues à des réponses trop hâtives et des oublis. Bien sûr, une grande majorité est restée fidèle à ses réponses du début à la fin. Concernant les 6 personnes exclues pour discordance dans les réponses, l'influence désignée correspond-elle au vécu d'EVT chez une tierce personne qu'il ne considère pas proche ? Ou s'agit-il d'une volonté de ne pas caractériser le type d'EVT vécu ? Ou dernièrement, cela est-il dû simplement à une erreur de remplissage du questionnaire ?

Par ailleurs, le recueil de données sur les formations suivies par les membres du corps médical ne permet pas d'interprétation objective quant aux thèmes choisis. En effet, il est difficile de déterminer si les formations complémentaires, comme par exemple, les soins palliatifs, la victimologie, la psychotraumatologie, sont préférentiellement suivies par les personnes pour qui les EVT ont eu une influence sur le choix de carrière.

Vingt-deux personnes ont précisé de façon qualitative ce qu'elles considèrent être des « situations stressantes non évoquées » par le THQ. A l'analyse de ces réponses, on constate différents éléments. Premièrement, bien que le questionnaire proposait certaines situations pouvant correspondre, certains participants « influencés », ont eu la nécessité ou la volonté d'exprimer, par écrit et à leur façon, les situations vécues. Celles-ci font toutes références à un EVT chez un proche. Le caractère inattendu, brutal, de courte durée ou prolongé y est parfaitement exprimé. Ces éléments donnent une dimension importante des faits, que nous n'avons pu que partiellement explorer avec le THQ

modifié. Le Trauma History Questionnaire, dans sa forme originale (Annexe 2), est utilisé en entretien individuel, et interroge sur les dates, les fréquences, l'identité des personnes impliquées et le ressenti de la victime pour chaque type d'événement. Il eût été intéressant de réaliser des entretiens individuels avec les sujets volontaires, mais le caractère anonyme semblait important pour permettre une participation sereine vis-à-vis de thèmes parfois considérés intrusifs. Deuxièmement, parmi les personnes « non influencées », certaines expriment une souffrance au travail due à différents types d'EVT lors de leur pratique. Il est depuis peu admis que les événements stressants et traumatiques ont un rôle important dans le processus de burnout et que ces éléments devraient être intégrés aux efforts pour prévenir cette complication (21).

Enfin, certaines spécialités n'ont pas ou peu pris part à notre étude. L'objectif pour approfondir ce travail, serait d'effectuer une enquête sur un territoire plus étendu.

La population médicale, comparativement à la population générale des études nord-américaines, ne semble pas préservée à la première lecture des résultats. Mais le THQ, contrairement aux questionnaires utilisés pour les travaux cités précédemment, considère comme potentiellement traumatogènes les événements à type de vol ou d'intrusion au domicile. Si l'on ne tient pas compte de ces situations, le taux d'exposition serait de 67,3% et le nombre moyen d'EVT vécus serait de 1,5. Bien qu'un peu moindre que dans l'étude de Van Ameringen, cela reste dans les valeurs habituellement relatées dans les écrits scientifiques médicaux.

Autre élément notable, les contacts sexuels non consentis comprenant les viols et les agressions, abus ou attouchements sexuels sont beaucoup moins exprimés dans la population étudiée que dans les travaux menés sur les populations générales des Etats-Unis ou du Canada. Ici, 11,1% pour les femmes et 4,1 % pour les hommes. L'exposition à ce type d'événement semble moindre pour les professionnels de santé de notre étude. Ceux-ci sont, pour la majorité, issus de familles avec des parents cadres ou exerçant des professions intellectuelles supérieures, qui offrent possiblement un environnement protecteur (Annexe 4). Certains facteurs relationnels ont été associés à un plus grand risque chez les enfants d'être victimes d'agression sexuelle, dont les plus rapportés incluent : la faible supervision des parents, la consommation de drogue ou d'alcool et/ou des problèmes de santé mentale chez ceux-ci et la présence dans la famille d'un conjoint qui n'est pas le père de l'enfant (beau-père) (22, 23). Même si l'on peut admettre que ces proportions soient moins importantes qu'en population générale, il reste difficile d'écarter formellement le fait qu'elles ne soient pas sous-estimées, par la difficulté des individus à signaler avoir été confronté à des événements de cette nature.

Il est fort intéressant que ce projet ait permis à 34 personnes, à minima, d'avoir une réflexion sur leur vécu, sur la nature et les conséquences de celui-ci. On peut alors s'interroger sur l'utilité de mettre en place des outils de ce type pour le praticien. Les conclusions qu'il pourrait en tirer, lui permettrait sûrement de mieux appréhender sa démarche à devenir un soignant, d'améliorer sa gestion des situations ou des patients le renvoyant à sa propre histoire de vie et enfin de le prémunir contre les complications éventuelles de l'exposition aux EVT, qu'ils soient les siens ou ceux des autres.

Les EVT devraient être pris en compte avant, pendant et après le cursus universitaire pour le bien-être des praticiens, la bonne orientation de ceux-ci, l'amélioration de la relation médecin-patient de par la bonne gestion des situations pouvant faire résonance à l'histoire personnelle du soignant, et finalement repérer les possibles complications. Ne pas les méconnaître serait utile pour définir des facteurs de vulnérabilité voire des profils psychologiques, permettant d'orienter les soignants dans leur vie professionnelle ou du moins leur éviter un choix inadapté de spécialité ou d'une carrière les mettant en difficulté. Sans que les raisons soient clairement déterminées, un nombre non négligeable d'étudiants en médecine arrêtent leur formation au cours des six premières années, notamment dans nos régions. Accorder davantage d'intérêt aux motivations et au vécu de ces futurs praticiens, via des groupes de discussion ou des entretiens, et comprendre les difficultés rencontrées, favoriserait-il l'aboutissement de leur cursus ? Dans une profession où la recherche d'un travail humaniste semble si importante, se préoccupe-t-on suffisamment de l'humain derrière chaque thérapeute ? S'autoriser ces temps d'analyse serait un premier pas vers la discussion du bien-être du praticien.

Dans les pays anglo-saxons, ces outils sont largement utilisés afin d'orienter les étudiants vers une carrière médicale ou chirurgicale, et les praticiens vers des structures adaptées à leur personnalité et à leur vécu. Ces modèles étrangers pourraient-ils convenir à la mentalité médicale française ? La question de l'acceptabilité par les institutions et la population concernée reste posée.

Conclusion

Les facteurs favorisant influençant le choix d'une carrière médicale, majoritairement exprimés par l'ensemble du corps médical, tous âges et toutes spécialités confondus aux Antilles-Guyane sont : l'attrait pour la science (64,2%), l'exercice d'un travail humaniste, relationnel, dans l'aide à autrui (55,8%), le besoin de se sentir utile (47%), la bonne qualité de vie du médecin (32,7%), l'aspect financier intéressant (30,9%), la sécurité de l'emploi (30%).

Parmi les participants ayant vécu un EVT avant d'entreprendre les études médicales, 28,7% affirment avoir été influencés par ces situations traumatogènes survenant majoritairement chez leurs proches. Ces situations sont donc un facteur important voire caractéristique, au même titre que les éléments sus-cités, dans le choix d'entreprendre une carrière médicale. Cette démarche professionnelle est-elle une forme de résilience ? Est-ce un travail de réparation suite au vécu d'un traumatisme ?

Ces événements mériteraient une considération non exclusivement physiopathologique, car ils permettent aussi, par des stratégies propres à chaque individu, de prendre des décisions que l'on peut estimer positives, telles que devenir médecin.

UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE BASTARAUD

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de 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 leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne 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.

Références bibliographiques

1. Deutsch T, Lippmann S, Frese T, Sandholzer H. Who wants to become a general practitioner? Student and curriculum factors associated with choosing a GP career - a multivariable analysis with particular consideration of practice-orientated GP courses. *Scand J Prim Health Care*. 2015 Mar; 33(1):47-53.
2. Seyoum N, Biluts H, Bekele A, Seme A. Medical students' choice of specialty and factors determining their choice: a cross-sectional survey at the Addis Ababa University, School of Medicine, Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2014 Jul; 52(3):129-35.
3. Drosdeck JM, Osayi SN, Peterson LA, Yu L, Ellison EC, Muscarella P. Surgeon and nonsurgeon personalities at different career points. *J Surg Res*. 2015 Feb 18.
4. Maisonneuve JJ, Pulford C, Lambert TW, Goldacre MJ. Career choices for geriatric medicine: national surveys of graduates of 1974-2009 from all UK medical schools. *Age Ageing*, 2014 Jul; 43(4):535-41.
5. Svirko E, Lambert T, Brand L, Goldacre MJ. Career choices for emergency medicine: national surveys of graduates of 1993-2009 from all UK medical schools. *Emerg Med J*, 2013 Apr 10.
6. Mahendran R, Lim HA, Verma S, Kua EH. The impact of the educational environment on career choice and attitudes toward psychiatry. *Med Teach*, 2015 Feb 19:1-4.
7. Stagg P, Prideaux D, Greenhill J, Sweet L. Are medical students influenced by preceptors in making career choices, and if so how? A systematic review. *Rural Remote Health*. 2012; 12:1832.

8. Evans M, Vacher E, Lamy S, Seridi H, Jan M, Debien C, Sigward JM, Jehel L. First stage in identifying traumatic profil in patients hospitalised in psychiatry in Martinique. *Sante Ment Que.* 2014 Fall;39(2):253-69.
9. Xue C, Ge Y1, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, Zhang L. A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans. *PLoS One.* 2015 Mar 20; 10(3):e0120270. eCollection 2015.
10. Bojahr LS, van Emmerik AA. Traumatic Events and Trauma-Related Psychopathology in Former Drug Cartel Soldiers in Rio de Janeiro: A Pilot Study. *Psychol Trauma.* 2015 Jan 19.
11. Résumé des déclarations du porte-parole du HCR William Spindler : une étude sur les traumatismes a été menée en Syrie, Palais des Nations Unies à Genève, 22 janvier 2008. Site de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés : <http://www.unhcr.fr/4acf41de24.html> Consulté le 14/01/2015.
12. Cleveland J, Rousseau C. Psychiatric symptoms associated with brief detention of adult asylum Seekers in Canada/Symptômes Psychiatriques Associés À la Brève Détention De Demandeurs D'asile Adultes Au Canada. *Canadian Journal of Psychiatry.* Vol. 58, No. 7 , July 2013.
13. Favrole P, Jehel L, Levy P, Descombes S, Muresan IP, Manificier MJ, Alamowitch S.J. Frequency and predictors of post-traumatic stress disorder after stroke: a pilot study. *Neurol Sci.* 2013 Apr 15;327(1-2):35-40.
14. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med.* 1987 Dec 24;317(26):1630-4.
15. Jolly A. Evénements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico-Psychologiques.* 2000, 158(5), 370-378.
16. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008 Fall;14(3):171-81.
17. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. *Arch Gen Psychiatry.* 1995;52(12):1048-60.
18. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project 1. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):38-46.
19. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91.

20. Perlman SE, Friedman S, Galea S, Nair HP, Eros-Sarnyai M, Stellman SD et al. Short-term and medium-term health effects of 9/11. *Lancet*. 2011;378(9794):925-34.
21. Mather L, Blom V, Svedberg P. Stressful and traumatic life events are associated with burnout-a cross-sectional twin study. *Int J Behav Med*. 2014 Dec;21(6):899-907.
22. Black D, Heyman R. Risk factors for child sexual abuse. *Aggression & Violent Behavior*. 2011; 6(2-3), 203-229.
23. Putnam PD. Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of American Child Adolescence Anonymat* 2003; 42(3), 269-278.

ANNEXE 1

N° _____ I _____

Questionnaire

Je m'appelle Julien DEZAUNAY, je suis interne en Médecine Générale. Je m'intéresse aux différents facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale. Il n'y a que peu d'écrits sur le sujet, et les résultats des questionnaires préliminaires donnent des orientations qu'il paraît intéressant d'approfondir. Je vous propose donc, dans le cadre de ma thèse, de remplir ce questionnaire anonyme. Je compte sur votre participation pour rendre ce travail intéressant et vous remercie par avance.

Les pages sont en recto-verso.

A. Informations Générales

- Age :
- Sexe : F M
- Code Postal du lieu de résidence :
- Profession de vos parents :

Père

Mère

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants | <input type="checkbox"/> Agriculteurs exploitants |
| <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise | <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures | <input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures |
| <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires | <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires |
| <input type="checkbox"/> Employés | <input type="checkbox"/> Employés |
| <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) | <input type="checkbox"/> Ouvriers (y compris agricoles) |
| <input type="checkbox"/> Inactifs ayant déjà travaillé | <input type="checkbox"/> Inactifs ayant déjà travaillé |
| <input type="checkbox"/> Autres sans activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Autres sans activité professionnelle |

- Nombre de frères et sœurs :
 - ↳ Frère(s) :
 - ↳ Sœur(s) :
- Je suis :

- L'ainé(e)
- L'enfant du milieu
- Le (la) dernier(e)-né(e)

- Professions des frères et sœurs (vous pouvez cocher plusieurs cases s'ils sont dans des catégories socio-professionnelles différentes) :

- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- Cadres, professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers (y compris agricoles)
- Inactifs ayant déjà travaillé
- Autres sans activité professionnelle

B. Formation et Profession Médicale

- Je suis étudiant en :

- | | | |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> PCEM1/PACES | <input type="checkbox"/> TCEM 1 | <input type="checkbox"/> TCEM 4 |
| <input type="checkbox"/> PCEM2/DFGSM 2 | <input type="checkbox"/> TCEM 2 | <input type="checkbox"/> TCEM 5 |
| <input type="checkbox"/> DCEM1/DFGSM 3 | <input type="checkbox"/> TCEM 3 | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |

- Je suis interne ou docteur en médecine dans la spécialité suivante :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anatomie et cytologie pathologiques | <input type="checkbox"/> Chirurgie infantile |
| <input type="checkbox"/> Cardiologie et maladies vasculaires | <input type="checkbox"/> Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie et vénéréologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie de la face et du cou |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie et métabolismes | <input type="checkbox"/> Chirurgie orthopédique et traumatologie |
| <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie et hépatologie | <input type="checkbox"/> Chir. plastique reconstructrice/esthétique |
| <input type="checkbox"/> Génétique médicale | <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Hématologie | <input type="checkbox"/> Chirurgie urologique |
| <input type="checkbox"/> Médecine interne | <input type="checkbox"/> Chirurgie vasculaire |
| <input type="checkbox"/> Médecine nucléaire | <input type="checkbox"/> Chirurgie viscérale et digestive |
| <input type="checkbox"/> Médecine physique et de réadaptation | <input type="checkbox"/> Oto-rhino-laryngologie |
| <input type="checkbox"/> Néphrologie | <input type="checkbox"/> Anesthésie - réanimation |
| <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Pédiatrie |
| <input type="checkbox"/> Oncologie | <input type="checkbox"/> Médecine du travail |
| <input type="checkbox"/> Pneumologie | <input type="checkbox"/> Santé publique et médecine sociale |
| <input type="checkbox"/> Radiodiagnostic et imagerie médicale | <input type="checkbox"/> Gynécologie - obstétrique |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologie | <input type="checkbox"/> Gynécologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Médecine générale | <input type="checkbox"/> Biologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Neurochirurgie | <input type="checkbox"/> Psychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Ophtalmologie | |

Pour les Docteurs en Médecine

- J'exerce depuis :
 - Moins d'un an
 - 1 à 5 ans
 - 5 à 10 ans
 - 10 à 20 ans
 - 20 à 30 ans
 - Plus de 30 ans

- Je suis :
 - Médecin remplaçant
 - Médecin installé
 - ↳ Lieu d'exercice (structure, commune) :

Pour les Etudiants et Docteurs en Médecine

- J'ai suivi la formation :
 - D'un ou plusieurs Diplôme(s) Universitaire(s) ou Inter-Universitaire(s) (DU/DIU)
 - ↳ Préciser :
 - D'un ou plusieurs DESC
 - ↳ Préciser :
 - D'une ou plusieurs Capacité(s)
 - ↳ Préciser :

- Je participe à la Formation Médicale Continue (FMC ou DPC) Oui Non
 - Si oui, avez-vous des thèmes préférentiels ?
 - ↳ Préciser :

- Je suis abonné à une ou des revue(s) médicale(s) Oui Non
 - De ma spécialité
 - D'une autre spécialité

- Avant médecine, j'ai fait d'autres études Oui Non
 - ↳ Préciser :

- J'ai fait d'autres formations non citées Oui Non
 - ↳ Préciser :

- Je fais ou j'ai fait partie d'une association :
 - En rapport avec le domaine médical.
 - ↳ Laquelle ou lesquelles ?
 - Sans rapport avec le domaine médical.
 - ↳ Laquelle ou lesquelles ?

▪ Spiritualité

Je suis croyant

Je suis athée

Autres :

C. Facteurs favorisant le choix d'une carrière médicale

Cochez la ou les propositions qui vous correspondent le mieux.

J'ai choisi une carrière médicale pour la ou les raisons suivantes :

- Pour faire la même chose que mes amis.
- J'ai changé de filière. Ma filière initiale n'offrait pas de « débouchés professionnels » ou me laissait une incertitude sur mon avenir.
- J'aime la science (biologie, anatomie, physique, etc.).
- Par défaut, après un échec pour entrer dans une autre filière.
- J'ai choisi de faire un travail humaniste, dans l'aide à autrui, dans le relationnel.
- J'aime transmettre des connaissances, un savoir-faire. J'aime la pédagogie.
- J'aime voyager et cette profession m'en offre l'opportunité.
- J'aime me sentir utile.
- J'ai fait médecine un peu par hasard.
- Par vocation : une entité, une force supérieure (religion, destin, etc.), me prédestinait à ce rôle.
- Par vocation dans le sens où c'est dans ma nature. C'est un sentiment profond.
- Certains événements de vie marquants, voire traumatisants, personnels ou familiaux, m'ont orienté dans ce choix.
- Je voulais exercer une profession évolutive, avec une continuité de la formation tout au long de la pratique.
- Cette profession offre des défis permanents, une notion de « challenge ».
- Je souhaitais faire des études longues.
- Il y a un large choix dans la façon d'exercer, ce qui permet des reconversions faciles au cours d'une carrière.
- J'ai fait ce choix parce que l'aspect financier est intéressant. « On y gagne bien sa vie »

- La profession médicale est valorisée par ma famille, par mon entourage.
- J'ai fait ce choix sous la pression familiale, de l'entourage. Je n'en avais pas envie.
- J'aime la notoriété qu'ont les médecins.
- Je voulais exercer une profession libérale. Etre mon propre patron et développer une activité me plaît.
- Ce milieu professionnel facilite les rencontres sentimentales.
- Ce milieu professionnel facilite les aventures sexuelles.
- Mes parents ou des proches sont dans le milieu médical ou scientifique. Ils m'ont donné l'envie de faire de même.
- J'ai fait ce choix pour la sécurité de l'emploi. Il n'y a pas de médecin au chômage.
- Etre médecin permet d'avoir une bonne qualité de vie.
- Cette profession fait intervenir de nombreuses compétences dans des domaines variés.
- Je souhaite participer à la recherche médicale.
- J'ai peur de la mort et/ou des maladies. J'ai eu besoin de mieux les connaître ou d'y être confronté.
- Je trouve cette profession gratifiante, elle me confère une satisfaction psychologique.

Autres : _____

D. Evénements de vie (d'après THQ modifié)

Les questions qui suivent concernent des événements de vie graves ou traumatiques. Ces types d'événements surviennent avec une certaine régularité, même si nous aimerions croire qu'ils sont rares. Nous serions intéressés d'apprendre si ces événements se sont produits pour vous. Cochez la ou les propositions qui vous correspondent le mieux.

Agressions, Intrusions

- Quelqu'un a déjà essayé de me prendre quelque chose directement en usant de la force ou par la menace de la force (braquage, vol à main armée, agression, etc.).
- Quelqu'un m'a déjà volé mes affaires personnelles ou tenté de le faire.
- Quelqu'un s'est déjà introduit chez moi par effraction en mon absence, ou a tenté de le faire.
- Quelqu'un s'est déjà introduit chez moi par effraction alors que je m'y trouvais, ou a tenté de le faire.

Catastrophes, Accidents, Maladies et Confrontations à la mort

- J'ai déjà eu un accident grave au travail, sur la voie publique ou ailleurs
- J'ai déjà vécu une catastrophe naturelle (cyclone, inondation, tremblement de terre, etc.), au cours de laquelle j'ai craint de mourir ou d'être blessé(e) physiquement.
- J'ai déjà vécu une catastrophe causée par l'homme, (accident de train, effondrement d'immeuble, braquage de banque, incendie, etc.) au cours de laquelle j'ai craint de mourir ou d'être blessé(e) physiquement.
- J'ai déjà été exposé à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité, ayant pu menacer ma santé.
- J'ai déjà vécu une ou plusieurs autres situations, dans lesquelles j'ai été grièvement blessé(e).

- J'ai déjà vécu une ou plusieurs autres situations, dans lesquelles j'ai craint d'être tué(e) ou grièvement blessé(e).
- J'ai déjà vu quelqu'un de grièvement blessé ou tué et cette situation m'a choqué(e), perturbé(e), stressé(e).
- J'ai déjà vu des cadavres (en dehors de funérailles) ou été contraint(e) de manipuler des cadavres pour quelque raison que ce soit, et cette situation m'a choqué(e), perturbé(e), stressé(e).
- J'ai eu un ami proche ou un membre de ma famille qui a été assassiné, ou tué par une tierce personne lors d'un accident (chauffard ivre par exemple).
- J'ai eu un conjoint, une relation amoureuse ou un enfant, qui est mort.
- J'ai déjà eu une maladie grave ou potentiellement mortelle.
- J'ai déjà appris qu'un proche avait une maladie potentiellement mortelle, une blessure grave, ou était mort de façon inattendue.
- J'ai eu à combattre dans une région en guerre.

Expériences physiques et sexuelles

- J'ai déjà vécu une situation dans laquelle une autre personne m'a forcé à avoir un contact sexuel non consenti ou a tenté de le faire.
- Quelqu'un, y compris des membres de ma famille ou des amis, m'a déjà attaqué(e) avec une arme (fusil, couteau, etc.).
- Quelqu'un, y compris des membres de ma famille et des amis, m'a déjà attaqué(e) sans arme.
- Quelqu'un dans ma famille m'a déjà battu(e), « fessé(e) » ou poussé(e) assez brutalement pour entraîner une blessure.

Autres événements

- J'ai vécu une ou plusieurs autres situations ou événements extraordinairement stressant qui n'ont pas été évoqué ci-dessus (harcèlement par exemple). Précisez s'il vous plaît : _____

Si vous avez vécu un ou plusieurs de ces événements, certains ont-ils eu lieu avant votre entrée en première année de médecine (P1)

Oui

Non

Pensez-vous que votre choix de devenir médecin, a été influencé, même seulement en partie, par le vécu de cet (ces) événement(s) de vie traumatique(s) ?

- Oui**, je pense que cet (ces) événement(s) de vie traumatique(s) a (ont) orienté mon choix de faire des études médicales.

Non, j'ai fait médecine pour d'autres raisons.

Une fois le questionnaire rempli, le mettre dans l'enveloppe. Sceller l'enveloppe.

Merci pour votre participation.

QUESTIONNAIRE DES EVENEMENTS DE VIE (THQ)

Les questions qui suivent concernent des événements de vie graves ou traumatiques. Ces types d'événements surviennent en fait avec une certaine régularité, même si nous aimerions croire qu'ils sont rares. Nous serions intéressés d'apprendre si ces événements se sont produits pour vous, parce que nous pressentons que cela nous aidera à comprendre comment les gens gèrent les stress courants de leurs vies, et nous appuiera dans le développement de meilleurs services rendus à nos patients. Le questionnaire est divisé en questions recouvrant les questions sur les catastrophes, les événements traumatiques, celles concernant des expériences physiques et sexuelles et de crime.

Pour chaque événement, indiquez (entourez), s'il vous plaît, et dans le cas où il s'est produit, le nombre de fois et votre âge approximatif lorsqu'il a eu lieu (donnez votre meilleure estimation si vous n'êtes pas sûr). Notez aussi la nature de votre lien avec la personne concernée, et le type d'évènement, selon le contexte.

	<i>Au cours de la vie</i>	<i>Nombre de fois</i>	<i>Age approx.</i>
Événements liés à une agression			
1. Quelqu'un a-t-il déjà essayé de vous prendre quelque chose directement en usant de la force ou par la menace de la force, comme lors d'un braquage (vol à main armée) ou d'une agression?	Non / Oui		
2. Quelqu'un vous a-t-il déjà volé(e) ou tenté de le faire (c'est-à-dire: voler vos affaires personnelles)?	Non / Oui		
3. Quelqu'un s'est-il déjà introduit chez vous, ou a-t-il tenté de le faire,			

par effraction, en votre absence?	Non / Oui		
4. Quelqu'un s'est-il déjà introduit chez vous, ou a-t-il tenté de le faire, par effraction, alors que <u>vous vous y trouviez</u> ?	Non / Oui		
<p style="text-align: center;">Catastrophes et événements traumatiques</p> <p>5. Avez-vous déjà eu un accident grave au travail, dans une voiture ou ailleurs? <u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît: </p>	Non / Oui		
<p>6. Avez-vous déjà vécu une catastrophe naturelle telle qu'une tornade, un ouragan, une inondation, un tremblement de terre, etc., où vous avez ressenti que vous ou vos proches étiez en danger de mort, ou d'être blessé physiquement? <u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît: </p>	Non / Oui		
<p>7. Avez-vous déjà vécu une catastrophe causée par l'homme, telle que un accident de train, un effondrement d'immeuble, un braquage (vol à main armée) dans une banque, un incendie, etc., où vous avez ressenti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou d'être blessé physiquement? <u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît : </p>	Non / Oui		
	Au cours de la vie	Nombre de fois	Age Approx.
8. Avez-vous déjà été exposé à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité, ayant pu menacer votre santé?	Non / Oui		
<p>9. Vous êtes-vous déjà trouvé(e) dans toute autre situation, dans laquelle vous avez été grièvement blessé(e)? <u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît: </p>	Non / Oui		

<p>10. Vous êtes-vous déjà trouvé(e) dans toute autre situation, dans laquelle vous avez craint d'être tué(e) ou grièvement blessé(e)?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>11. Avez-vous déjà vu quelqu'un de grièvement blessé ou tué?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>12. Avez-vous déjà vu des cadavres (en dehors de funérailles) ou été contraint de manipuler des cadavres pour quelque raison que ce soit?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>13. Avez-vous déjà eu un ami proche ou un membre de votre famille qui a été assassiné, ou tué par un chauffard ivre?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît votre lien à cette personne (par ex.: mère, petit-fils, etc.):</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>14. Avez-vous déjà eu un conjoint, une relation amoureuse ou un enfant, qui soit mort?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît votre lien à cette personne:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>15. Avez-vous déjà eu une maladie grave ou potentiellement mortelle?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez s'il vous plaît:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		

<p>16. Avez-vous déjà appris qu'un proche avait une maladie potentiellement mortelle, une blessure grave, ou était mort de façon inattendue?</p> <p><u>Si oui</u>, indiquez s'il vous plaît la nature de l'événement et votre lien à cette personne:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>17. Avez-vous déjà eu à combattre, durant votre service militaire, dans une région en guerre ou guérilla?</p> <p><u>Si oui</u>, précisez où, s'il vous plaît:</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
	Au cours de la vie	Nombre de fois	Age approx
<u>Expériences physiques et sexuelles:</u>			
<p>18. Quelqu'un vous a-t-il déjà imposé une relation sexuelle contre votre gré?</p> <p><u>Si oui</u>, indiquez s'il vous plaît votre lien à cette personne (par ex.: inconnu, ami, parent plus ou moins éloigné).</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>19. Quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps ou vous a-t-il fait toucher les siennes, par la force ou la menace?</p> <p><u>Si oui</u>, indiquez s'il vous plaît la nature de votre lien à cette personne (par ex. : inconnu, ami, parent plus ou moins éloigné).</p> <p>.....</p>	Non / Oui		
<p>20. A part les incidents mentionnés dans les questions 18 et 19, y a-t-il d'autres situations dans lesquelles une autre personne a tenté de vous forcer à avoir un contact sexuel non consenti?</p>	Non / Oui		
<p>21. Quelqu'un, y compris des membres de votre famille ou des amis, vous a-t-il déjà attaqué(e) avec un fusil, un couteau ou toute autre arme?</p>	Non / Oui		
<p>22. Quelqu'un, y compris des membres de votre famille et des amis, vous a-t-il déjà attaqué(e) <u>sans</u> arme et blessé(e) sévèrement?</p>	Non / Oui		
<p>23. Quelqu'un dans votre famille vous a-t-il déjà battu(e), « fessé(e) » ou poussé(e) assez brutalement pour entraîner une blessure?</p>	Non / Oui		

Autres évènements			
24. Avez-vous vécu toute autre situation ou événement extraordinairement stressant qui n'a pas été évoqué ci-dessus? <u>Si oui</u> , précisez s'il vous plaît:	Non / Oui		

D'après le THQ de Green BL (1996) in BH Stamm & EM Varra (Eds.) Measurement of stress, trauma and adaptation., Lutherville, MD : Sidran Press ; adaptation française par L. Jehel, E. Ménager, A Brunet et col.2000

Catégorie socioprofessionnelle (CSP)
Agriculteurs exploitants
Agriculteurs sur petite exploitation
Agriculteurs sur moyenne exploitation
Agriculteurs sur grande exploitation
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
Artisans
Commerçants et assimilés
Chefs d'entreprise 10 salariés ou plus
Cadres, professions intellectuelles supérieures
Professions libérales
Cadres de la fonction publique
Professeurs, professions scientifiques
Profession de l'information, des arts et des spectacles
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
Professions intermédiaires
Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
Professions intermédiaires de la santé et du travail social
Clergé, religieux
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
Techniciens
Contremaîtres, agents de maîtrise
Employés
Employés civils et agents de service de la fonction publique
Policiers et militaires
Employés administratifs d'entreprise
Employés de commerce
Personnels des services directs aux particuliers
Ouvriers (y compris agricoles)
Ouvriers qualifiés de type industriel
Ouvriers qualifiés de type artisanal

Chauffeurs
Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
Ouvriers non qualifiés de type industriel
Ouvriers non qualifiés de type artisanal
Ouvriers agricoles
Inactifs ayant déjà travaillé
Anciens agriculteurs exploitants
Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprises
Anciens cadres
Anciennes professions intermédiaires
Anciens employés
Anciens ouvriers (y compris agricoles)
Autres sans activité professionnelle
Chômeurs n'ayant jamais travaillé
Élèves ou étudiants
Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans
Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans ou plus

CSP	Population générale (%) INSEE 2013	
	Hommes	Femmes
Agriculteurs exploitants	1,6	0,5
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	5,0	1,8
Cadres, professions intellectuelles supérieures	11,6	7,1
Professions intermédiaires	13,9	13,2
Employés	7,9	23,5
Ouvriers (y compris agricoles)	20,6	4,7
Inactifs ayant déjà travaillé	28,9	34,5
Autres sans activité professionnelle	10,5	14,5
Nombre moyen d'enfants en France en 2013 = 2,01 enfants par femme		

Thèse réalisée par : Julien DEZAUNAY

Sujet de la thèse :

De l'influence des événements de vie traumatiques sur le choix d'une carrière médicale
Etude descriptive aux Antilles-Guyane

Thèse : Médecine

Qualification : Médecine Générale

Année : 2015

Numéro d'identification : 2015AGUY0862

Mots clés :

événement de vie traumatique - THQ - trauma history questionnaire - médecin - choix - profession - carrière - Antilles-Guyane.

Il n'est pas aisé de répondre à la question : « Pourquoi fait-on Médecine ? ». C'est une décision plurifactorielle.

Certains de ces facteurs seraient des situations stressantes voire traumatogènes et l'objectif principal de cette étude est de déterminer le taux d'exposition à ces événements de vie traumatiques (EVT) dans la population médicale, ainsi que l'influence de ceux-ci sur le choix de devenir médecin.

Il s'agit d'une étude descriptive menée entre le 1er décembre 2014 et le 1er avril 2015, auprès des étudiants en médecine des six premières années, des internes, des assistants, des chefs de clinique, des praticiens, toutes spécialités confondues, des Antilles et de la Guyane. Le recueil de données a été effectué via un questionnaire anonyme composé en partie du Trauma History Questionnaire : THQ.

Les facteurs favorisant majoritairement rapportés sont l'attrait pour la science (64,2%), l'exercice d'un travail humaniste (55,8%), le besoin de se sentir utile (47%), la bonne qualité de vie du médecin (32,7%), l'aspect financier intéressant (30,9%) et la sécurité de l'emploi (30%).

Le taux d'exposition aux EVT de la population étudiée est de 80,9%, et le nombre moyen de ces situations vécues est de 2,4. Parmi les 138 participants signalant un EVT avant leur entrée en première année de médecine, 28,7% constatent leur influence sur leur choix de carrière. Ces personnes se distinguent par un vécu plus important de maladie et de blessure graves, ou de mort inattendue chez un proche.

L'identification des EVT et un accompagnement favorisant la réflexion sur l'importance et le rôle de ceux-ci dans la vie du médecin, lui permettraient sûrement de mieux se comprendre, de mieux appréhender les décisions concernant son propre bien-être, au sein de sa profession et en dehors, et

ainsi, de mieux gérer les difficultés de ses patients

Ces événements, fréquemment rencontrés et impactants, mériteraient donc une considération non exclusivement physiopathologique, car ils sont aussi à l'origine de décisions positives telles que devenir médecin.

Présidente du jury

- Professeur Guillaume THIERY (Réanimation)

Membres du jury

- Professeur Pascal BLANCHET (Urologie)
- Professeur Thierry DAVID (Ophtalmologie)
- Professeur Jeannie HELENE-PELAGE (Médecine Générale)
- Docteur Nicolas FOURNEL (Psychiatrie)

Directrice de thèse

- Docteur KANGAMBEGA CHATEAU DEGAT Walé (Médecine Générale)