



HAL
open science

Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort

Jessica Garling

► **To cite this version:**

Jessica Garling. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01293220

HAL Id: dumas-01293220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01293220>

Submitted on 24 Mar 2016

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.

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

2015

THÈSE

**Phénoménologie du stress des jeunes
internes de garde aux urgences**

La confrontation à l'impuissance et à la mort

GARLING Jessica

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE
2015

THÈSE

Pour l'obtention du diplôme d'état de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 29 avril 2015

Par **GARLING Jessica**

Née le 28/06/1983 aux Sables d'Olonne

Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences

La confrontation à l'impuissance et à la mort

Membre du jury :

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Madame le Professeur Isabelle POURRAT

Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

Monsieur le Docteur Georges MALATRASI

Président du Jury

Directrice de Thèse

Assesseur

Assesseur

Assesseur

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel	M. LALANNE Claude-Michel
M. BLAIVE Bruno	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOQUET Patrice	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOURGEON André	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BOUTTÉ Patrick	M. LE BAS Pierre
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE FICHOUX Yves
Mme BUSSIERE Françoise	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
M. DARCOURT Guy	M. MATTEI Mathieu
M. DELMONT Jean	M. MOUIEL Jean
M. DEMARD François	Mme MYQUEL Martine
M. DOLISI Claude	M. OLLIER Amédée
M. FREYCHET Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. GÉRARD Jean-Pierre	M. SCHNEIDER Maurice
M. GILLET Jean-Yves	M. TOUBOL Jacques
M. GRELLIER Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M. HARTER Michel	M. ZIEGLER Gérard
M. INGLESAKIS Jean-André	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépto Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie - Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Guilja	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)

Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie -Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)

Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie Moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé

À mon père,

À Lionel,

Remerciements :

À Monsieur le Professeur Jacques Levraut, pour avoir accepté de présider ce jury, permettez- moi de vous exprimer mon profond respect et ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Philippe Hofliger, pour avoir accepté de juger mon travail et pour votre dévouement aux internes de médecine générale, je vous prie de recevoir ma plus grande reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jean-Baptiste Sautron, pour votre implication permanente dans la formation des internes de médecine générale, et pour avoir pris soin de mes beaux-parents depuis 30 ans, soyez assuré de toute ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Georges Malatrasi, pour tous vos riches enseignements pendant les geasp, je suis très honorée que vous fassiez partie de ce jury.

À Madame le Professeur Isabelle Pourrat, pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci de m’ avoir guidée tout au long de ce projet. Merci pour votre patience et votre disponibilité. Merci pour tous vos conseils et corrections.

À ma famille,

Maman, mes premières pensées sont pour toi. Merci pour tout l'amour que tu nous as apporté à Clara et à moi. Merci de nous guider sur le chemin de la vie. C'est grâce à toi si je suis en arrivée là aujourd'hui. Merci pour ton soutien et ta confiance pendant ces longues années d'études. Merci de m'avoir enseigné la médecine, oui la médecine, la médecine que l'on n'apprend pas à la faculté, la médecine qui écoute, qui prend la main, qui sourit, qui accompagne, qui apaise.. C'est grâce à tous tes précieux conseils que je vais devenir un bon médecin.

Clara, merci pour ta bonne humeur, ton grand cœur, ton admirable dévouement à la famille. Je suis fière de toi et fière que l'on puisse être là l'une pour l'autre dans les bons comme dans les mauvais moments. Même si la distance nous éloigne, je serai toujours là pour toi. **Matthew** merci d'être venu assister à mon travail.

Mamie Ginette, ma mie, merci pour tout l'amour que tu nous as donné. Je n'oublierai jamais tous les bons moments passés chez toi.

Mamie Lucienne, nous serons toujours à tes côtés.

Tonton, l'homme de la famille, merci de ton soutien dans les moments difficiles et merci d'égayer les bons avec tes blagues et contrepèteries sur un petit air de Jazz en clé de Fa, accompagné des chants de **Marie**, notre artiste bretonne préférée.

À mon amour,

Guillaume, merci de partager ma vie et de m'aimer chaque jour. Merci de ta présence et de ton soutien dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci de me faire rire chaque jour, avec toi la vie est à la fois douce et pétillante. Merci pour ton optimisme sans faille qui m'aide à avancer quand je doute. Merci de m'accompagner dans les projets de la vie. Et merci bien-sûr pour ta patience pendant ce long travail de thèse, pour m'avoir aidé à faire la mise en page et ce beau schéma.

À ma belle-famille :

Dominique et Raymond, merci pour votre gentillesse à mon égard et pour les nombreux services que vous nous apportez quotidiennement. Merci Dominique pour vos avis pertinents sur ce travail.

Martine et Véro, les plus cool des taties, merci pour les nombreuses relectures et corrections d'orthographe.

Papi et Mamie, merci pour votre accueil à chaque fois chaleureux à Bailly.

À mes amis :

Aux Vendéens : Mélanie, Aurélie, Lydie, et les autres, c'est toujours un plaisir de partager un moment ensemble non loin de la corniche de Sion. Alain, merci pour les séances de sport et vacances passées ensemble, merci d'être là aujourd'hui.

Aux Nantaises : Julie, Mathilde, Gwladys et Chloé, merci pour toutes ces années partagées sur les bancs de la fac.

Aux Niçois : À Vaness pour ton côté astro-artiste tellement charmant, pour avoir osé me battre au tennis, pour les soirées passées ensemble dans le vieux Nice et pour ton canapé... À Marlène, Anne, Virginie, pour avoir passé ce premier semestre mémorable ensemble. À Sarah, car grâce à elle, j'ai pu supporter ce fameux semestre. À Anne-Gaelle et Ellada pour ce semestre passé ensemble à Pasteur. À Charles, Olivier & Delphine, Baptiste & Fanny et les autres.

Aux Varois : Grâce à Guillaume j'ai eu la chance de vous rencontrer : Juju & Cindy, Benoit & Aurelie, Matthieu & Léa.

Aux médecins qui m'ont beaucoup appris : Dr Chan, Dr Lagarde, Dr Maltrasi, Dr Baldin, Servane et Jérôme.

À tous les externes et les internes.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ECN : Examen National Classant

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GEASP : Groupe Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

RSCA : Récit de Situation Complexe et Authentique

« À vouloir enseigner trop de médecine, on n'a plus le loisir de former le médecin. »
Jean Hamburger

« Il n'est pas de bonne pédagogie qui ne commence par éveiller le désir d'apprendre. »
Francois de Closets

« De l'externat à l'internat, on passe de rien ni personne à tout »
Une interne interviewée.

Sommaire:

INTRODUCTION.....	18
1. INTERETS DU THEME.....	18
1.1. <i>Expérience personnelle.....</i>	18
1.2. <i>Opinion publique</i>	19
1.3. <i>Le stress au travail, quid du monde médical ?</i>	20
2. GENERALITES	21
2.1. <i>Le stress</i>	21
2.2. <i>Les jeunes internes.....</i>	22
3. LES ENJEUX DE CETTE ETUDE.....	23
4. QUESTION ET OBJECTIFS.....	24
MATERIEL ET METHODE	25
1. LE CHOIX DU TYPE DE L'ENQUETE.....	25
2. CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON	26
3. RECRUTEMENT	27
4. RECUEIL DES DONNEES.....	28
4.1. <i>Le guide d'entretien.....</i>	28
4.2. <i>Déroulement de l'entretien</i>	29
4.3. <i>Analyse des données</i>	30
5. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.....	31
RESULTATS	32
1. RESULTATS QUANTITATIFS.....	32
1.1. <i>Présentation de la population (cf tableau 1)</i>	32
1.2. <i>Les entretiens</i>	34
2. RESULTATS QUALITATIFS	35
2.1. <i>La transition brutale du statut « externe-interne ».....</i>	37
2.1.1. <i>La disproportion entre les compétences insuffisantes et les responsabilités.....</i>	37
2.1.2. <i>Une identité floue.....</i>	38
2.1.3. <i>Le manque de repères</i>	39
2.2. <i>La confrontation à la mort.....</i>	40
2.3. <i>Le soutien hiérarchique</i>	41
2.3.1. <i>Le sentiment de solitude</i>	41
2.3.2. <i>Le jugement</i>	41
3. L'IMPACT DU STRESS : LE RECOURS AU TIERS.....	43
DISCUSSION.....	44
1. LE SENTIMENT D'IMPUISSANCE	44
1.1. <i>La disproportion des responsabilités.....</i>	44
1.2. <i>L'externat : une formation insuffisante.....</i>	45
1.3. <i>Le changement identitaire</i>	46
1.4. <i>Empowerment et réflexivité</i>	49
2. LA CONFRONTATION A LA MORT	51
2.1. <i>La confrontation directe à la mort.....</i>	51
2.2. <i>La confrontation indirecte : l'annonce du décès à la famille.....</i>	52
3. VALIDITE DE L'ETUDE	54
3.1. <i>Points forts.....</i>	54
3.2. <i>Limites et biais de l'étude</i>	55

CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	62
ANNEXE 2 : GRILLE DE CATEGORISATION DES RESULTATS	63
<i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i>	64
RESUME	65

Introduction

1. Intérêts du thème

1.1. Expérience personnelle

Ma première garde était un vendredi soir.

Lors de ma première garde, j'ai dû courir dans la nuit noire au chevet d'un patient.

Lors de ma première garde, j'ai dû réanimer un patient.

Lors de ma première garde, j'ai dû constater le décès d'un patient.

Lors de ma première garde, j'ai dû annoncer à une famille que leur proche était décédé.

Cette étude est née tout d'abord du constat de mon expérience personnelle. Le souvenir de mes premières gardes aux urgences est encore frais et le stress vécu pendant ces gardes encore palpable. Après avoir passé deux concours difficiles et six longues années d'études de médecine à la faculté de Nantes, j'attendais avec impatience de découvrir ma nouvelle vie d'interne. Je ressentais un mélange d'excitation et d'appréhension, les gardes se sont enchaînées et l'excitation du départ s'est muée peu à peu en stress. Ensuite le constat s'est étendu à mes co-internes, je me suis rendue compte que je n'étais pas la seule à vivre des situations anxiogènes pendant les gardes. En effet après chaque garde, les internes témoignaient de leurs difficultés, du stress vécu pendant la garde. Malheureusement ces témoignages étaient exposés soit à l'indifférence, soit au traditionnel commentaire « tout le monde est passé par là ». De là est venue l'idée de cette thèse, j'ai donc décidé d'écouter ces internes en souffrance.

1.2. Opinion publique

L'opinion publique commence à se préoccuper des conditions de travail des internes de médecine en France depuis la publication des résultats de l'enquête de l'Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux en octobre 2012, « Internes en Médecine : Gardes, Astreinte et temps de travail »¹.

Les médias se sont emparés de ce sujet, comme en témoignent les titres de journaux français parus en 2012 : « Le grand surmenage des internes à l'hôpital »², « Les internes en médecine, « bouche trous » de l'hôpital en crise »³, « Interne en médecine : bac+10, 80h/semaine, 2000€/mois »⁴.

Cette soudaine prise de conscience est survenue, malheureusement, suite au suicide d'un interne du CHU de Tours au sortir d'une de ses gardes, en 2011. Il avait mentionné dans une lettre d'adieux les difficiles conditions de travail qui l'avaient poussé à mettre fin à ses jours⁵.

En 2013 est paru le film « Hippocrate » réalisé par Thomas Lilti, médecin généraliste et réalisateur. Ce film expose au grand public la souffrance des jeunes internes. Il y est bien relaté les difficultés rencontrées et les responsabilités souvent très lourdes lors de leurs gardes aux urgences et dans les étages d'un jeune interne. Cet interne prend des décisions concernant la fin de vie d'une patiente âgée, commet des erreurs médicales, est envahi de doutes et de culpabilités.

Sans en arriver jusqu'à des issues aussi dramatiques, beaucoup d'internes stressent à l'idée d'une garde à venir, stressent pendant la garde et stressent parfois plusieurs jours après.

1.3. Le stress au travail, quid du monde médical ?

Le stress au travail est au cœur de nombreux débats organisationnels et politiques, cela prouve qu'il est un enjeu de santé publique. D'un point de vue organisationnel, l'employeur a une obligation de prévention envers ses employés afin de promouvoir la santé et la sécurité au travail (articles L.4121-1 à L.4121-5 du Code du Travail). Quant aux débats politiques, le Ministre du Travail Xavier Darcos a présenté, lors d'une séance exceptionnelle au Conseil des Ministres en octobre 2009, le deuxième Plan Santé au Travail⁶ 2010-2014 avec son plan d'action d'urgence⁷ dont le but était de développer une politique de prévention active des risques professionnels où figuraient en bonne place les risques psychosociaux.

Dans son rapport de 2002, l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail indiquait que le stress au travail affectait 28% des individus. Le stress au travail est étudié dans différents secteurs d'activités mais peu d'études se sont intéressées au stress au travail des médecins et encore moins au stress au travail des internes pendant leurs gardes. Pourtant le 31 juillet 2012, il a été demandé par la Direction Générale de l'Offre de Soins aux Agences Régionales de Santé d'accompagner des projets sur l'évaluation et la prévention des risques psycho-sociaux dans les établissements publics et privés de santé.

Je n'ai trouvé qu'une seule étude européenne, l'étude PRESST - NEXT qui a étudié la situation de travail et de vie des personnels soignants ainsi que les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur métier; cette étude n'inclut pas dans sa population les médecins ni les internes⁸.

Une seule étude française, l'enquête SESMAT, qui a interrogé 3996 médecins sur leurs insatisfactions au travail engendrant un stress⁹. Madeleine Estryng-Behar, médecin du travail à l'AP-HP, et à l'origine de cette enquête, a regretté l'absence de participation des internes à ce travail^{10, 11, 12}.

2. Généralités

2.1. Le stress

Hans Selye, endocrinologue canadien d'origine autrichienne (Vienne 1907 - Montréal 1982) fut un des premiers chercheurs à s'être intéressé au stress dans la première moitié du XXème siècle. Il définit le stress comme l'ensemble des moyens physiologiques et psychologiques mis en œuvre par une personne pour s'adapter à un évènement donné. Le changement brutal survenant dans les habitudes d'une personne, jusque-là bien équilibrée, est susceptible de déclencher un bouleversement dans sa structure psychique et même somatique¹³.

L'être vivant doit constamment réagir aux sollicitations de son milieu et s'adapter aux conditions dans lesquelles il se trouve. Le stress est donc une réaction psycho-physiologique d'adaptation à un changement environnemental. Au niveau biologique, le stress se traduit par des réactions neuro-endocriniennes : activation de la voie hypothalamo-hypophyso-surrénalienne avec décharges d'adrénaline et de corticostéroïdes.

La vie est donc faite de stress, qu'il s'agisse de bon stress ou *eustress* en anglais, en rapport à des événements de vie positifs comme par exemple la réussite, une embauche, la naissance d'un enfant ou qu'il s'agisse de mauvais stress ou *distress* en rapport à des événements de vie négatifs comme la maladie, le chômage, la perte d'un être cher. L'organisme répond aux stimuli afin de maintenir un état d'équilibre ou homéostasie, c'est-à-dire la constance ou la stabilité des paramètres de l'organisme.

Selye formule sa théorie du stress comme théorie du syndrome général d'adaptation, ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Ce syndrome général d'adaptation évolue selon trois stades successifs : la « réaction d'alarme » pendant laquelle les moyens de défense sont mobilisés puis le "stade de résistance" qui reflète l'adaptation à l'agent "stressant" et le "stade d'épuisement" si l'agent stressant perdure longtemps, le pouvoir d'adaptation d'un être vivant étant toujours limité.

Selon Legeron, le rapport qui existe entre l'intensité de la réaction de stress et l'adaptation de l'individu à la situation, et donc son niveau de performance, n'est pas linéaire. Dans un

premier temps, niveau de stress et performance croissent ensemble, puis le stress continuant d'augmenter, la performance chute. Entre les deux extrêmes (trop de stress/pas de stress), il existe un niveau optimal de fonctionnement qui nous permet de nous mobiliser suffisamment pour faire face le plus efficacement possible aux situations rencontrées, sans mettre en péril notre santé¹⁴.

En terme d'efficacité et d'équilibre individuel, une réaction de stress activée à un niveau élevé, si elle est répétée, sans possibilité de récupération, ou si elle est chronique, pousse à leur extrême nos réactions biologiques et psychologiques de façon néfaste. Toutefois, nous serions incapables de nous adapter en l'absence totale de stress¹⁵.

2.2. Les jeunes internes

Les jeunes internes sont des internes de premier, voire deuxième semestre d'internat, soit la première année du troisième cycle d'études médicales de médecine générale ou de spécialités médicales. L'internat fait suite à l'externat, le deuxième cycle des études médicales.

3. Les enjeux de cette étude

L'enjeu principal de ce travail est de comprendre le vécu des gardes grâce à l'analyse de l'origine du stress ressenti afin de participer à l'amélioration de la vie des jeunes internes.

Il serait bénéfique que les gardes aux urgences ne soient pas vécues comme des expériences émotionnellement négatives redoutées voire traumatisantes mais qu'elles deviennent un moment privilégié d'apprentissage, riche en enseignement, attendues et stimulantes.

Par ailleurs, cette étude pourrait amener les médecins responsables des jeunes internes à se questionner sur leur accompagnement pédagogique. En effet, un interne complètement dépassé par son stress n'est pas dans les meilleures conditions d'apprentissage.

L'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale aurait les éléments pour dépister les situations à risque de stress pour les jeunes internes.

L'interne tétanisé par le stress n'est pas en mesure de prodiguer les soins aux patients de manière rapide et efficace. De nouvelles conditions de formation des jeunes médecins permettraient d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences.

4. Question et objectifs

Au terme de l'analyse du contexte de cette étude, je me suis donc posée la question suivante : quels sont les déterminants du stress des jeunes internes lors des gardes aux urgences ?

L'objectif principal de cette étude est de recueillir les expériences personnelles vécues comme émotionnellement stressantes des jeunes internes lors de leur garde aux urgences.

J'ai fait le choix de rencontrer des internes de premier semestre, et cherché à comprendre leurs expériences : Qu'ont-ils ressenti avant, pendant et après leurs premières gardes ? Quelles ont été les situations qui ont provoqué le plus de stress chez les jeunes internes ? Qu'ont-ils mis en œuvre pour faire face à ces situations stressantes ? Quelles conséquences ces situations stressantes ont-elles engendrées ?

En effet, ce n'est qu'une fois ces difficultés mises en lumière que nous pourrions réfléchir à ce qui peut être entrepris pour y remédier : que pouvons nous proposer pour améliorer le vécu des gardes aux urgences des jeunes internes ?

Matériel et méthode

1. Le choix du type de l'enquête

La première étape de ce travail, après avoir déterminé l'objectif, a été de décider du type d'enquête¹⁶ qui permettrait au mieux de recueillir et de comprendre les difficultés rencontrées par les jeunes internes en gardes occasionnant un stress. Le but de cette étude étant de comprendre un phénomène subjectif tel que le vécu d'une émotion^{17, 18}, mon choix s'est porté sur une étude qualitative^{19, 20}.

La phénoménologie est l'approche scientifique des expériences vécues. Telle qu'elle a été initiée par Husserl au XXème siècle, la phénoménologie apparaît comme une tentative pour dépasser les limites de la recherche scientifique traditionnelle²¹.

La phénoménologie permet de comprendre la signification des phénomènes subjectifs, sans les dénaturer, à partir du récit de la personne. Elle donne le primat au vécu de l'individu, à ses perceptions, à son histoire.

La méthode phénoménologique a pour objectif de décrire le sens accordé à un phénomène. Décrire le phénomène, c'est saisir son unification par la personne, le sens que celle-ci lui donne et comment elle le lui a donné. Ainsi les données subjectives ne sont plus un biais, mais bien le matériel narratif que la méthode sollicitera et analysera.

J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés. Les internes ont été interrogés un par un, plutôt qu'en groupe afin de faciliter la liberté de parole en éliminant la crainte du jugement négatif d'autrui et l'évocation des émotions m'a paru plus aisé en face à face. Les entretiens étaient semi-directifs dans le sens où l'entretien s'appuyait sur un guide composé de questions ouvertes mais autorisait le développement d'autres idées sur le sujet non abordées de prime abord par les questions.

2. Constitution de l'échantillon

L'objectif d'une enquête qualitative n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée mais de constituer un échantillon permettant de refléter la diversité de cette population donnée^{22, 23}.

J'ai déterminé les caractéristiques de mon échantillon grâce à plusieurs études.

Dans une étude nationale réalisée sur le stress au travail, il apparaît que la seule différence notable en terme de niveau de stress concerne le sexe : 36% des femmes sont à des niveaux très élevés de stress, contre 21% des hommes²⁴.

Dans son étude, Barbarin retrouve une corrélation entre le premier semestre et l'épuisement professionnel²⁵ et, selon Maslach, l'expérience professionnelle constitue un facteur protecteur de burn out, c'est à dire que celui-ci apparaîtrait plutôt en début de carrière²⁶.

J'ai donc considéré le sexe, l'âge et le nombre de garde effectué comme des éléments discriminants.

Ensuite, les caractéristiques de l'échantillon se sont précisées au fil de l'enquête grâce au phénomène « boule de neige » produit lors du recrutement. Le Compte et Peissle abordent la question de la constitution de l'échantillon en le situant comme une opération stratégique, évolutive²⁷. L'échantillonnage effectué pendant l'étude traduit la volonté du chercheur de vérifier ses interprétations naissantes. Sur cette considération, j'ai enrichi mon échantillon des caractéristiques suivantes : « la faculté d'origine », « le lieu de vie », « l'activité post-ECN (Examen National classant) ».

J'ai donc finalement stabilisé mon échantillon en tenant compte des caractéristiques suivantes :

- le sexe et l'âge des participants
- le nombre de garde déjà effectué
- la faculté d'origine
- le lieu de vie
- l'activité post-ECN

3. Recrutement

Dans un premier temps, le recrutement a rencontré un obstacle administratif. Les agents administratifs des hôpitaux ont refusé de me communiquer les coordonnées des internes de premiers semestres travaillant chez eux. Je suis donc passée par le biais des doyens des internes des hôpitaux auxquels j'ai envoyé un mail leur expliquant le sujet de ma thèse et en leur demandant qu'ils le transmettent aux jeunes internes. Deux internes ont répondu pour participer à l'étude grâce à ce canal.

Par ailleurs, ma directrice de thèse a également recruté une interne intéressée par le sujet. Ensuite, le recrutement s'est fait grâce au phénomène boule de neige, les internes qui avaient participé à l'étude contactaient d'autres internes susceptibles d'être intéressés par le sujet.

Les internes répondant de manière positive étaient recontactés pour fixer la date et le lieu où se déroulerait l'entretien selon leur convenance.

4. Recueil des données

4.1. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien a été créé à partir des recommandations relatives aux enquêtes qualitatives retrouvées dans l'ouvrage de Gotman et Blanchet²⁸ et celles disponibles sur le site du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants.

Je me suis également appuyée sur les questionnaires quantitatifs étudiant le stress au travail référencés par l'Institut National de Recherche et de Sécurité au travail (INRS)^{29, 30}. J'ai sélectionné plusieurs de ces questionnaires et me suis basée sur ceux qui analysaient le stress en fonction de la perception de la situation vécue au travail en particulier celui de Karasek, questionnaire le plus connu. J'ai également considéré des questionnaires plus transversaux qui analysent les symptômes et les situations de stress comme par exemple celui du « Vécu au travail » élaboré par des médecins du travail de l'INRS³¹.

Une première version du guide contenait 18 questions ouvertes visant à étudier l'ensemble des causes potentielles de stress lors des gardes aux urgences. Après 2 entretiens, le nombre de questions a été réduit pour respecter un ordre logique et laisser plus de liberté à la parole de l'interviewé. Une première partie explorait les appréhensions des jeunes internes avant leur première garde aux urgences, une deuxième partie le vécu d'une situation stressante et les émotions qui en découlaient et une troisième partie les conséquences de ce stress.

Ce guide a été testé sur deux internes avant de démarrer les entretiens, afin de s'assurer de sa clarté, de sa compréhension et de sa pertinence.

Il se compose d'une première partie avec sept questions servant de guide au déroulement de l'entretien et d'une deuxième partie composée de questions de présentation de l'interviewé afin de définir la population étudiée (consultable en annexe 1).

4.2. Déroulement de l'entretien

J'ai choisi d'interviewer les internes dans l'endroit de leur choix (lieu de travail, domicile ou lieu public) afin de favoriser un climat de confiance.

Pour chaque entretien, je présentais brièvement le sujet de ma thèse et en expliquais le déroulement. J'insistais sur le caractère anonyme de l'enquête afin que les internes puissent se confier sans craintes d'éventuelles conséquences.

J'ai choisi de mener moi-même les entretiens. En effet, se confier à un pair qui a vécu les mêmes situations me paraissait plus approprié. Les propos personnels des internes, voire leurs confidences, étaient facilités par l'empathie que je leur témoignais.

Pour mener l'interview, la communication verbale se basait sur la trame du guide d'entretien et concernant la communication non verbale, toute aussi importante, je me suis aidée des préconisations de Vermesch sur l'entretien d'explicitation³².

Les entretiens étaient enregistrés par enregistreur vocal numérique après obtention de l'accord des internes.

4.3. Analyse des données

Les internes ont été interrogés un par un et les résultats analysés au fur et à mesure des entretiens. La saturation des données (moment où un nouvel entretien n'apporte plus d'éléments nouveaux), a permis de déterminer le nombre d'entretiens requis, six, et deux entretiens supplémentaires ont été réalisés dans le but de vérifier cette saturation.

Les entretiens ont été retranscrits ad integrum avec le logiciel de traitement de texte Word. J'ai repéré chaque phrase ou partie de texte porteuse de sens pouvant répondre à la question posée. Chaque partie repérée a été codée, la reliant à une signification plus précise. L'objectif était de dégager des éléments de conversation signifiants puis des les organiser en catégories. Les catégories ont été elles-mêmes regroupées en thèmes plus généraux. Afin de vérifier la validité de ces résultats, ce travail a été réalisé en parallèle par une psychologue, puis les éléments d'intérêt ainsi extraits ont été comparés et discutés afin de s'assurer de leur pertinence. Cette double analyse a pour but d'assurer la validité interne de l'étude, et se nomme triangulation. Une grille de catégorisation des résultats a ainsi été créée (Annexe 2).

5. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée avec les bases de données Pubmed avec les mots clés : « student », « distress » et « emergency » ainsi qu'avec le moteur de recherche Google Scholar dont les mots clés en français étaient : « interne », « stress » et « urgences ».

Des thèses de médecine générale se rapprochant du sujet ont également été consultées par le biais de la bibliothèque inter-universitaire de santé de Paris Descartes.

Ces recherches ont été complétées par des articles de revues retrouvées via Science Direct notamment la revue Pédagogie Médicale et la Revue Française de Pédagogie.

Résultats

1. Résultats quantitatifs

1.1. Présentation de la population (Cf tableau 1)

Parmi les huit participants interrogés, 5 étaient des femmes et 3 des hommes, âgés de 24 à 27 ans.

Les internes de premier semestre avaient déjà effectué entre 1 et 3 gardes.

Deux internes étaient issus de la faculté de médecine de Nice, 2 de la faculté de Lille et les autres internes provenaient des facultés de Créteil, Dijon et Lyon.

Durant l'été post-ECN, 4 internes étaient en grandes vacances, 2 étaient en stage d'été, et 1 était FFI.

Cinq internes étaient logés à l'internat tandis que 3 internes vivaient en appartement.

Tableau 1 : Descriptif de la population

Sexe, Age	Nombre de gardes effectué	Faculté d'origine	Activité été post-ECN	Lieu de vie
Fille, 27 ans	3	Lille	FFI	Appartement
Fille, 24 ans	2	Lille	Stage	Appartement
Garçon, 25 ans	2	Créteil	Vacances	Internat
Fille, 25 ans	1	Nice	Vacances	Internat
Garçon, 26 ans	2	Dijon	Vacances	Appartement
Garçon, 24 ans	3	Nice	Vacances	Internat
Fille, 25 ans	2	Nice	Vacances	Internat
Fille, 26 ans	3	Lyon	Stage d'été	Internat

1.2. Les entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 10 novembre et le 20 décembre 2014. Trois entretiens ont eu lieu dans les bureaux des internes des services hospitaliers, 3 entretiens ont eu lieu à l'internat, 1 au domicile et 1 dans un restaurant.

Concernant la durée des entretiens, le plus court a duré 16 minutes et le plus long 1 heure et 3 minutes soit une médiane de 39 minutes.

2. Résultats qualitatifs

Mon idée préconçue sur l'origine du stress ressenti par les jeunes internes lors des gardes aux urgences, était que celui-ci était lié à un manque de soutien et d'accompagnement de la part des médecins seniors. Les résultats de cette étude montrent que le phénomène est bien plus complexe.

En effet, le comportement des médecins seniors jouent un rôle dans le niveau de stress ressenti mais n'en est pas une cause à proprement parler. Le soutien hiérarchique peut être comparé à une sorte de curseur ou de variable modératrice qui augmente ou diminue le niveau de stress ressenti par les internes.

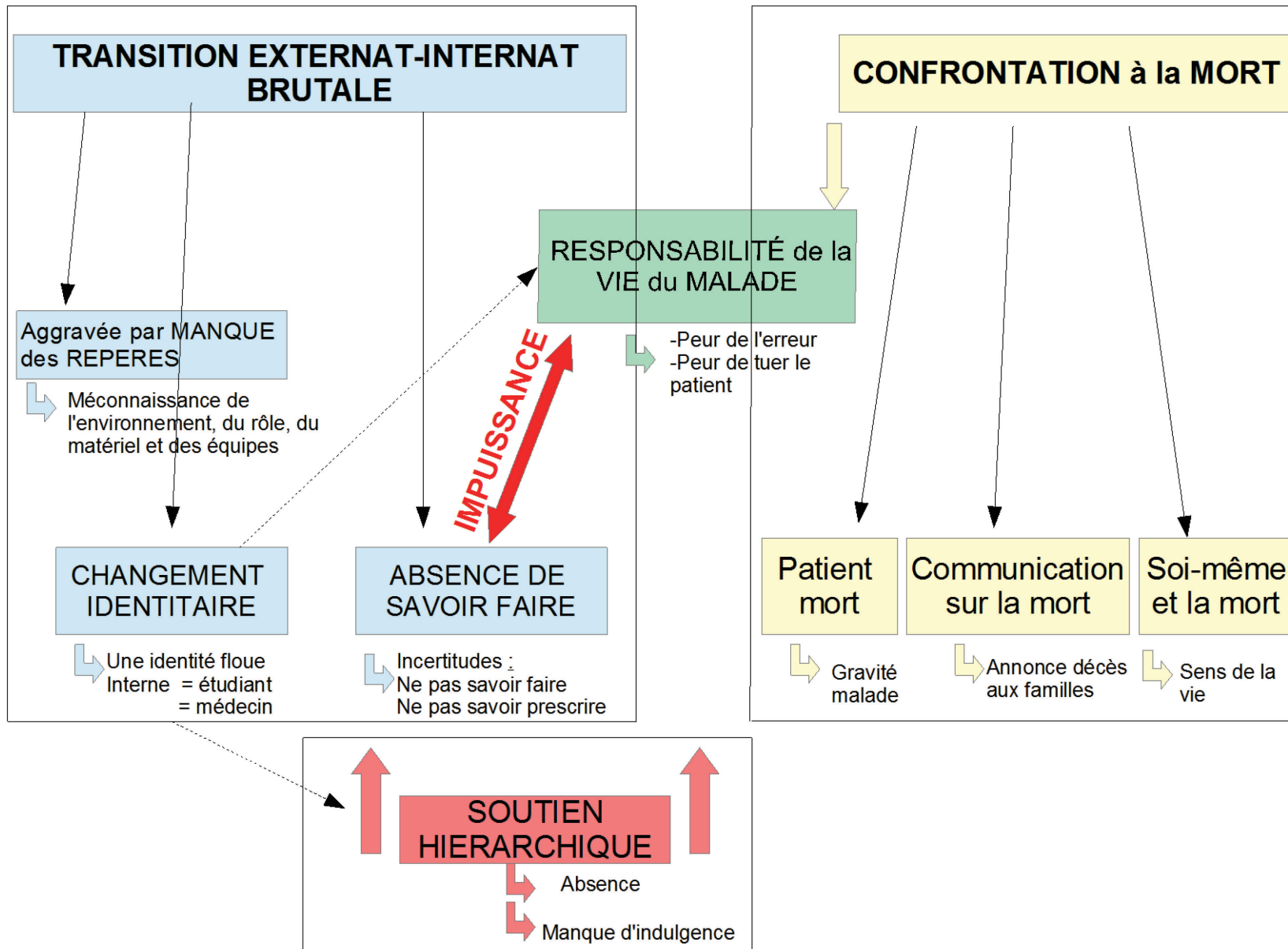
Ce stress vécu lors de leurs gardes aux urgences est composé de plusieurs facteurs présentés en deux grandes parties :

- La transition brutale du statut « externe-interne »
- La confrontation à la mort

Le schéma ci-après permet d'appréhender la vision globale des résultats, et montre l'interconnexion de tous les éléments.

Les paroles des internes sont indiquées en italique.

Schéma : L'origine du stress des jeunes internes lors des gardes aux urgences



2.1.La transition brutale du statut « externe-interne »

Les internes ont tous rapporté sans exception qu'une des causes majeures de stress ressenti pendant les gardes était liée à la transition brutale du statut externe-interne : « *on passe de rien ni personne à tout, à celui qui doit savoir faire* ». Les internes ont qualifié cette transition externe-interne de : « *brutale* », « *énorme* », « *un vrai fossé* ».

Ils reprochent de manière générale une insuffisante préparation pendant l'externat pour faire face à leur fonction d'interne : « *on passe de la théorie à la pratique de manière trop brutale* », « *on est focalisé sur la préparation de l'ECN et on ne se préoccupe pas de la prise en charge du malade* », « *on ne sait pas à quoi s'attendre en tant qu'interne car quand on est externe, on n'est pas là tout le temps, on ne voit pas le devenir des patients, on ne voit pas tout le côté administratif, on ne voit pas les familles* », « *on n'apprend pas les posologies, ce n'est pas au programme mais quand on devient interne on doit savoir prescrire* ».

Ils reconnaissent cependant un bon enseignement de la clinique : « *On est bien préparé à la sémiologie mais c'est tout* », « *la clinique on en fait de la P2 à la D4* ».

2.1.1. La disproportion entre les compétences insuffisantes et les responsabilités

Les externes reprochent également le manque de responsabilités confiées « *aux urgences on ne peut pas se préoccuper du suivi des malades car on doit voir le plus de dossiers possible, encore et toujours rédiger l'observation et on passe au suivant, et encore, quand on n'est pas coupé toutes les 5min pour nous demander de faire des ECG ou des tests d'hypotension orthostatique...* ».

De ce manque naît un sentiment de dévalorisation : « *on est des larbins* », « *des gratte papiers* », « *on n'est pas suffisamment formé à autre chose qu'à pousser le chariot et remplir des observations* » et entraîne une absence de savoir-faire dans certains domaines.

Cette absence entraîne de nombreuses incertitudes quant à leur prise de décision médicale et ces incertitudes sont génératrices de stress élevé : « *j'ai peur de ne pas savoir, de ne pas savoir prescrire* », « *j'ai peur de ne pas savoir quoi faire ou de faire une erreur* », « *on a peur de tuer le patient* ». Ces réflexions reflètent bien la conscience qu'ont les jeunes internes de leurs lourdes responsabilités envers la vie du malade.

L'absence de savoir-faire face à une situation qui implique sa responsabilité envers la vie du malade entraîne chez l'interne un sentiment d'impuissance : « *c'était un choc cardiogénique, je ne savais pas quoi faire, j'étais vraiment impuissant* » ou encore « *c'était un patient de 95 ans qui faisait un arrêt, je ne savais pas quoi faire, j'ai appelé la réa mais ils ne sont pas venus tout de suite, je me suis senti un peu con face aux infirmières qui me demandaient quoi faire, j'avais l'impression d'être inutile, de ne pas être à la hauteur de ce qu'attendent les autres* ».

Ce sentiment d'impuissance entraîne une mauvaise estime de soi qui, se surajoutant au stress, déclenche une grande souffrance chez le jeune interne : « *c'était trop stressant, je ne savais pas quoi faire, je ne sais pas si j'ai pris la bonne décision, c'était trop dur, j'ai eu besoin de sortir, j'ai pensé à me barrer, je me suis dis j'arrête médecine, c'est terminé, bon je ne l'ai pas fait, mais pendant deux ou trois jours je n'ai pas arrêté de penser à ce patient* ».

2.1.2. Une identité floue

Le changement de statut est d'autant plus stressant que l'identité du nouvel interne est floue. L'interne est toujours un étudiant quand il entame le 3^{ème} cycle de ses études médicales. Nous pourrions donc nous attendre à ce que son absence de savoir-faire soit palliée par un soutien hiérarchique adéquat et des responsabilités mesurées afin que son autonomie s'installe progressivement.

Toutefois l'interne est également considéré comme médecin, celui qui pratique, qui soigne. C'est cette confusion entre étudiant et médecin qui biaise le regard porté sur l'interne. L'oubli du statut étudiant au profit du statut médecin engendre deux conséquences : un soutien hiérarchique plus faible qu'il ne devrait et des responsabilités trop lourdes.

2.1.3. Le manque de repères

De nombreux internes au moment des choix de leur spécialité choisissent de quitter leur lieu d'origine et d'être rattachés à une nouvelle faculté. Ils découvrent ainsi une nouvelle ville, un nouvel hôpital, de nouveaux collègues. Ils évoluent dans un contexte de vie tout à fait nouveau.

Lors des premières gardes, la méconnaissance de l'environnement médical « *c'est stressant au début de ne pas connaître les locaux* », la méconnaissance du matériel, du logiciel « *tu vois quand tu es habitué aux urgences là où tu as fait tes gardes d'externes, ici, de ne pas savoir où se trouve l'ECG, les plâtres... Et de devoir demander à chaque fois, c'est pénible* » ainsi que la méconnaissance de l'équipe « *au début on a l'impression d'être l'intrus* » aggravent le stress ressenti.

Heureusement, ces facteurs de stress sont très transitoires, les internes faisant preuve d'une capacité d'adaptation remarquable.

2.2. La confrontation à la mort

L'externe n'est que rarement confronté à la mort d'un patient dans son stage de deuxième cycle. Soit l'externe n'est pas présent, soit, lorsqu'il est présent, il est souvent prié de sortir car sa présence est ressentie comme gênante « *on encombre* ». Il est tenu à distance et ne peut donc prendre conscience de la gravité du malade et des responsabilités que cela implique.

Sans transition, ce même étudiant devenu interne et par extension médecin prend en charge des malades au pronostic sombre, assiste à des décès. L'interne se retrouve au plus près de la mort et de la souffrance des proches, c'est alors qu'il prend conscience brutalement de sa propre responsabilité face à la vie et la mort du malade « *mon premier décès cela venait de se passer, je fais quoi je masse je ne masse pas, bon on ne masse pas au vu du contexte et des comorbidités, mais après je me suis dit ai-je bien fait ? J'aurais peut-être dû masser ? J'ai tué le patient ! Est ce que je l'ai tué ?!* », « *Lors de ma première garde, j'ai eu mon premier avis grave, on savait qu'elle allait mourir dans la nuit, je ne me sentais pas de décider de mettre de l'hypnovel^R toute seule, en plus les posologies de l'hypnovel^R ...* ».

Quant à la communication avec les familles, l'interne n'est nullement préparé à ce type d'entretien. Il donne des nouvelles des patients « *moi quand une famille demande à me voir, ça me stresse, je relis le dossier avant d'y aller pour ne pas avoir l'air hésitante et je prépare ce que je vais dire, la communication c'est pas innée, surtout qu'on a passé plusieurs années la tête dans les livres on n'est pas forcément doué pour communiquer* ».

Le rôle de l'interne est aussi d'annoncer les décès aux proches « *quand j'étais externe je n'ai jamais parlé aux familles* ». L'externe n'est pas impliqué dans le suivi du malade, il est mis de côté « *je n'avais jamais rencontré les familles* ». Il assiste rarement à une annonce de pronostic grave ou de décès, étant considéré comme trop jeune ou de trop dans cette situation délicate et bouleversante pour tous.

Donner des nouvelles est une chose, annoncer un décès en est une autre. C'est une expérience traumatisante pour ces jeunes « *la première fois que j'ai dû faire un avis grave puis un avis de décès, j'étais trop mal, je ne savais pas quoi dire, quand j'ai eu fini je tremblais* ».

2.3. Le soutien hiérarchique

Le soutien hiérarchique, c'est à dire l'aide apportée par les médecins seniors aux jeunes internes en difficulté, a un rôle de curseur sur le niveau de stress ressenti par l'interne. En effet, plus le soutien hiérarchique est important plus le niveau de stress de l'interne diminue et inversement : *« c'est très senior dépendant, il y en a qui sont très pédagogues, il y en a d'autres qui te laissent tout seul donc voilà, c'est toi avec ta chance, ça dépend des gardes »*. Le niveau de soutien varie en fonction du regard de l'équipe sur le statut de l'interne : si l'équipe considère que l'interne est un médecin comme les autres cela impliquera un plus faible soutien que s'il est considéré comme un simple étudiant : *« on nous demande de gérer des trucs graves alors qu'on est des bébés »*.

2.3.1. Le sentiment de solitude

Il arrive que l'interne se retrouve seul face à des situations qu'il ne maîtrise pas. Soit de manière temporaire, lorsque le médecin senior est présent mais indisponible *« je n'avais jamais géré de fausse couche hémorragique, j'étais toute seule car le chef était dans le box d'à côté occupé avec une réa, j'étais très stressée car j'étais toute seule et que si je ne gérais pas bien à tout moment cela pouvait mal se passer »*. Soit de manière plus continue lorsque l'interne est seul dans les étages et que l'aide du senior se fait uniquement par téléphone *« les étages c'est vraiment stressant car tu es vraiment tout seul, toi et ton guide thérapeutique »*. Ce faible soutien hiérarchique entraîne un fort sentiment de solitude qui aggrave le stress de l'interne.

2.3.2. Le jugement

Depuis le début des études, du concours de première année à l'ECN en sixième année, l'étudiant est sans arrêt dans une ambiance de compétition qui crée une obligation de réussite. Même aux urgences cet esprit persiste : *« moi j'ai peur de décevoir les chefs, qu'ils me disent que je ne suis pas bon, j'ai peur d'être mauvais globalement »*. Cette attitude des étudiants est

un frein à la demande d'aide lorsqu'ils sont en difficulté. *« C'est stressant de se dire : je ne sais pas quoi faire, il faut que je demande à un chef, mais il va penser que je suis un boulet ».*

Ce ressenti est aggravé par le manque d'indulgence de certains médecins à l'égard de ces jeunes internes, ce qui rajoute à la peur du jugement, la peur de déranger : *« j'étais tout seul, je ne savais pas quoi faire et c'était stressant de savoir que le médecin qui est au téléphone n'a pas envie d'être réveillé. Si tu l'appelles pour pas grand chose, il t'engueule « ne me réveille pas pour de la merde ! » »* ou encore *« je n'ai pas osé appeler la réa parce qu'on avait été briefé en début de stage comme quoi ils étaient trop sollicités pour des choses qui n'étaient généralement pas de leur ressort, du coup je n'ai pas osé téléphoner, ils auraient refusé ma patiente, ça m'a vraiment stressé de savoir que je ne pouvais appeler personne ».*

3. L'impact du stress : le recours au tiers

Tous les internes ont confié avoir ressenti le besoin de parler de la situation qui les a stressés. Afin de se rassurer sur le côté médical, plusieurs internes ont pu bénéficier d'échanges avec les infirmières immédiatement après la situation stressante : *« après j'en ai parlé aux infirmières, elles m'ont rassuré », « j'ai discuté avec l'infirmière du service d'en face qui était plus posée et j'ai demandé : « j'ai pas fait une connerie ? » C'est horrible de devoir te justifier auprès des autres et d'essayer de se rassurer mais bon ».*

Le lendemain de la garde, certains ont pu en discuter avec les médecins de leur service pour avoir leur avis : *« cette patiente qui m'avait posé problème, le lendemain j'en ai parlé aux médecins de mon service, ils m'ont dit que j'avais fait ce qu'il fallait, ça m'a rassurée. ».*

Tous les internes ont sollicité leurs co-internes, ceci était encore d'autant plus facilité par la vie à l'internat : *« le lendemain matin j'ai pris le petit déjeuner avec mes co-internes, ça m'a fait du bien de discuter avec eux, de leur parler de ma garde », « j'en ai parlé avec mes co-internes, pour avoir leur avis, pour savoir comment ils auraient réagi, pour savoir comment ils auraient fait et ça m'a rassuré sur le fait que personne n'aurait fait franchement mieux, ils étaient plutôt abasourdis par cette situation et ils m'ont dit que s'ils avaient eu le même problème que moi, ils auraient été stressés autant que moi. »*

Afin de se rassurer sur le plan personnel, quelques uns ont même appelé leurs parents : *« c'est un truc bête mais le lendemain j'ai appelé ma mère tout de suite en sortant de la garde, je lui ai expliqué un peu tout ça, elle m'a rassurée, ça fait du bien ».*

Discussion

L'étude a mis en évidence plusieurs facteurs de stress des jeunes internes pendant les gardes. Le sentiment d'impuissance et la confrontation à la mort sont les résultats retrouvés les plus importants. Dans la première partie sur le sentiment d'impuissance, je vais développer les notions de disproportion de responsabilités, du changement identitaire et du soutien hiérarchique. Une deuxième partie abordera la confrontation à la mort, avec les notions de confrontation directe au corps mort et la communication sur la mort.

1. Le sentiment d'impuissance

1.1. La disproportion des responsabilités

Le sentiment d'impuissance ressenti par le jeune interne pendant les gardes est la résultante de la transition brutale du statut externat-internat. En effet, cette transition brutale entraîne une disproportion entre le savoir-faire insuffisant et les responsabilités trop lourdes confiées à l'interne.

Comme l'a montré Legeron, psychiatre et directeur d'un cabinet de conseil sur le stress professionnel (cabinet STIMULUS) qui a étudié le stress au travail des salariés, la non adéquation des compétences au poste, ici en l'occurrence la sous-qualification, est un facteur de stress fréquemment retrouvé¹⁴. D'ailleurs cela figure dans l'étude de Ernst sur le syndrome de burn out des internes en médecine générale strasbourgeois qui déclaraient se poser des questions quant à leur légitimité à prescrire et à donner des ordres³³.

Selon Cherniss, docteur en psychologie américain spécialisé dans le domaine du stress, le stress perçu provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu³⁴. Ceci conduit à une réponse émotionnelle à ce déséquilibre, une tension qui s'exprime dans un premier temps par une fatigue physique, un épuisement professionnel et de l'anxiété. L'étape suivante est marquée par des changements d'attitudes et de comportements, en particulier une réduction des objectifs initialement fixés, le développement d'attitudes détachées, un certain cynisme, c'est ainsi que peut se manifester le burn out.

1.2. L'externat : une formation insuffisante

A l'origine de cette transition externat-internat brutale, une des causes retrouvée dans notre étude est le manque de savoir-faire du jeune interne. Ce manque de savoir-faire résulte de l'absence de responsabilités confiées pendant l'externat. Les jeunes internes dénoncent ce manque de préparation pendant l'externat.

L'étude de Langevin et Hivon, professeurs de Médecine et d'Éducation médicale à l'université de Sherbrooke, retrouve également ces résultats sur les facteurs qui constituent une menace pour l'efficacité pédagogique de l'externat³⁵. En effet, ils ont mis en évidence le fait que, à la fois les enseignants cliniciens et les étudiants ont une faible reconnaissance de l'externat en tant que dispositif de formation. Pour les enseignants cliniciens, les externes représentent une masse d'étudiants, qui séjournent brièvement et se succèdent dans leur service ce qui compromet leur suivi et limite les interventions pédagogiques. Le caractère discontinu, aléatoire des stages durant l'externat ainsi que l'absence d'objectifs éducationnels explicites sont des entraves au développement pédagogique. Pourtant cette immersion en milieu de pratique professionnelle est une étape essentielle dans le développement des compétences, la simple exposition à la pratique professionnelle peut même s'avérer contre-productive si elle ne respecte pas certaines conditions. Tout en accordant une certaine flexibilité, un parcours de formation initiale ne doit pas être laissé au hasard mais au contraire être planifié. Les travaux de Dolmans *et al.* confirment l'importance d'établir des objectifs de formation précis pour un apprentissage optimal dans un milieu clinique³⁶.

Se pose aussi la question de l'imputabilité de l'enseignement des externes : qui est responsable des externes ? Le plus souvent ce sont les internes qui supervisent les externes. L'externat est donc très dépendant de l'organisation clinique des services, selon la charge de travail de l'interne, et avec toutes les difficultés que lui-même rencontre déjà, nous pouvons aisément comprendre le manque ou l'absence de supervision des externes. Les occuper afin de ne pas les voir errer dans les couloirs conduit à leur confier des tâches participant peu à leur apprentissage de la médecine. Or Dolmans *et al.* montrent que la qualité de la supervision est le paramètre le plus influent dans l'appréciation d'un stage par les étudiants même si l'exposition clinique dans celui-ci est modeste.

Ainsi, Depraz, normalienne et agrégée de philosophie, explique que la découverte d'un nouveau métier, entraîne un choc émotionnel avec angoisse et stress si l'écart entre les connaissances acquises et les habilités mobilisées est trop important induisant un sentiment de « ne pas être prêt »^{37,38}.

1.3.Le changement identitaire

La deuxième cause qui participe à ce sentiment d'impuissance est le changement identitaire qui s'est opéré pendant cette transition. Nos résultats montrent que ce basculement de la position d'externe à interne est un facteur de stress car la vision que l'interne a de sa nouvelle identité est floue. L'interne est à la fois un étudiant et un médecin.

Ce changement identitaire pourrait être rapproché des changements de l'adolescence de notre société aux rites initiatiques des tribus primitives³⁹. L'adolescence est définie comme la période de la vie qui se situe entre l'enfance qu'elle continue et l'âge adulte comme l'internat se situe entre la période facultaire et l'exercice de la profession. Les épreuves de bizutage durant l'adolescence sont des reliquats des rites initiatiques primitifs. Le terme bizutage, employé par le psychanalyste Sillamy, rassemble les deux notions: « L'adolescence est par excellence l'époque de la camaraderie. La camaraderie est ce lien qui unit des individus qui ont reconnu entre eux des similitudes ; celles - ci créent une solidarité et une cohésion qui se trouvent renforcées par certaines cérémonies initiatiques telles que le bizutage »¹.

Cette notion de rite est également retrouvée dans la thèse de Barbarin qui assimile l'internat à une forme de « bizutage », de « rite de passage » que devraient traverser les médecins en formation⁴⁰. Elle s'interroge également sur cette transition externat-internat et notamment sur l'impact de la préparation des externes.

Si l'identité du jeune interne est floue, par extension, son rôle est ambigu. Truchot attribue cette ambiguïté à un manque d'informations claires sur les objectifs de formation à atteindre⁴¹,⁴². La façon de réaliser son travail, les droits et les devoirs, les responsabilités ou encore les procédures qui permettent que le travail soit bien effectué, restent également implicites.

Le flou qui entoure cette identité a deux conséquences, l'une sur l'interne, l'autre sur l'équipe médicale et plus particulièrement le médecin senior. L'interne, qui déplorait pendant l'externat l'absence totale de responsabilités et de considération, endosse avec une certaine fierté l'identité de médecin. En assumant cette identité « médecin », il va vite constater qu'il existe une disproportion entre son savoir-faire et les responsabilités qu'il doit assumer. Pour les médecins seniors, cette identité floue entraîne des réactions différentes qui auront un effet sur l'aide accordée à l'interne. Si le médecin senior considère l'interne plutôt comme un médecin, il va laisser à l'interne une plus grande autonomie et donc lui apporter un plus faible soutien. Ce faible soutien va induire un sentiment d'insécurité et impacter la pertinence de ses décisions médicales et de ses prescriptions. À l'inverse, si le médecin senior considère l'interne plutôt comme un étudiant, donc comme un novice, il va en général adopter une attitude plus pédagogique, de type compagnonnage, comme cela peut se constater dans les services de chirurgie par exemple.

Boutte, dans ses travaux, a montré que la transmission du savoir-faire nécessite une réciprocité dans la relation pédagogique entre un professionnel expérimenté, considéré comme l'expert, et un successeur potentiel considéré comme le novice⁴³. La réciprocité se traduit par une évolution de la relation vers une augmentation des interactions et une relation complémentaire qui s'ajuste au fil du temps.

Selon Nagel, pour construire le sentiment d'efficacité personnelle, lorsqu'un novice a peu d'expérience de l'activité à réaliser, c'est le cas des jeunes internes, l'observation d'un pair confronté à la même activité et obtenant un certain résultat peut y contribuer⁴⁴. Implicitement, ce mode d'apprentissage et de renforcement du sentiment d'efficacité personnelle est au cœur de la relation tuteur de stage - apprenant. Le niveau du sentiment d'efficacité personnelle sera

d'autant augmenté que l'identification du novice au pair est possible. Nous comprenons donc que le jeune interne qui n'a pas de savoir-faire, dont le rôle et l'identité sont flous, a besoin d'un modèle pour construire son expérience, et agira au départ par mimétisme. Cela est possible uniquement s'il existe une relation de type expert-novice, et non une relation d'égal à égal de type expert-expert qui est inadaptée dans cette situation. En accord avec nos résultats, Hervé retrouve dans son étude que huit étudiants sur dix pensent que de nouveaux dispositifs pédagogiques les aideraient à mieux apprendre. Ils sont dans une proportion similaire, à souhaiter un apprentissage sous forme de compagnonnage⁴⁵.

Le soutien hiérarchique joue donc un rôle de curseur sur le stress de l'interne. Dans sa thèse, Séjourné a montré que les jeunes internes évoquent un soutien important de la part de l'équipe paramédicale, mais le soutien des médecins seniors n'est pas mentionné⁴⁶.

Giroux et Bergeron ont proposé un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine qui précisait d'attribuer des tâches correspondant au niveau de compétences de l'apprenant et d'être présent pour soutenir l'accomplissement de tâches plus complexes⁴⁷. Langevin et Hivon rapportent en 2007 que la disponibilité moindre des enseignants cliniciens et la réduction de l'enseignement au chevet sont remarquées autant par les étudiants que par les enseignants³⁵. Les enseignants cliniciens l'expliquent par l'accroissement de leurs tâches cliniques, administratives et académiques, ainsi que les pressions exercées par le milieu clinique. Conjuguer l'enseignement et les soins reste un énorme défi dans un environnement instable et imprévisible. Ils reconnaissent tout de même une certaine déresponsabilisation de leur fait n'ayant pratiquement pas de compte à rendre quant à la qualité de leur enseignement et de leur supervision.

1.4. Empowerment et réflexivité

Le sentiment d'impuissance, le changement identitaire et la notion d'insécurité sont les bases du processus d'empowerment décrit par Aujoulat chez le malade chronique. Le sentiment d'impuissance est le point de départ de ce concept. L'empowerment peut se définir par le renforcement de la capacité d'action sur des situations initialement ressenties comme dépassant les ressources⁴⁸. L'empowerment renforce la capacité d'une personne d'agir sur les déterminants de sa santé après qu'elle ait pris conscience de ses limites et ressources.

Dans notre étude, toutes les situations anxiogènes relatées par les internes provoquaient ce sentiment d'impuissance et l'incapacité à agir. L'empowerment du malade peut être comparé à la démarche réflexive chez le chercheur. En effet, le processus d'empowerment se met en place à partir du moment où l'individu prend conscience de la situation dans laquelle il se trouve et souhaite la modifier pour mieux contrôler sa vie à l'instar du chercheur qui prend conscience de sa position pour mieux évoluer.

Spontanément les jeunes internes ont proposé des pistes pour améliorer leur situation :

- avant les premières gardes : *« il faudrait pouvoir anticiper la vie d'interne », « ça serait bien en D4 de suivre plus les patients », « il faudrait qu'on puisse se préparer aux gardes, par exemple doubler les gardes avant de commencer réellement », « ça serait bien qu'on ait une réunion en début de stage, pas seulement pour t'expliquer le fonctionnement du logiciel mais pour t'expliquer ce qui peut t'arriver, et la conduite à tenir grosso modo car moi je ne pensais pas qu'en premier semestre on pouvait m'appeler pour un arrêt.. », « en D4, on devrait nous montrer la vraie vie , avec les familles, le suivi, ce qu'on va faire après quoi ».*
- Pendant les gardes : *« peut-être la première garde on pourrait rester avec le senior, un peu comme un externe pour voir comment ça se passe et après être un peu moins stressé », « on pourrait avoir une sorte de guide, moi dans ma fac quand j'étais externe, les internes avaient un guide pour les principales pathologies et la conduite à tenir avec les habitudes des services, c'était pas mal en cas de trous de mémoire », « et bien que lorsque tu es premier semestre, qu'il y ait une sorte de tri, par exemple un arrêt, faut biper le senior ou la réa », « que les chefs soient plus indulgents quand t'es premier semestre et que tu les appelles ».*

- Après les gardes : « *qu'il y ait des débriefing systématiques en fin de garde avec les médecins des urgences* », « *il faudrait presque une cellule de soutien psychologique, qu'on pourrait contacter en cas de besoin* ».

Nous remarquons que ces pistes font intervenir uniquement une aide extérieure sans enclenchement d'un processus réflexif. Les internes en début d'expérience n'ont pas encore vraiment pris conscience de la nécessité d'agir soi-même pour améliorer son vécu. Ils utilisent spontanément une stratégie de coping qu'est le récit dans un but de décharger leur stress, de se rassurer sur leur conduite et pouvoir ensuite oublier cette situation anxiogène. La volonté d'oublier l'événement stressant fait partie des stratégies d'évitement, stratégie de coping basée sur les émotions. Ces jeunes médecins n'ont pas encore développé de démarche sur ce qu'ils vivent et ne souhaitent affronter cette prise de conscience à ce stade.

Dans ce souci de faire prendre conscience de l'importance de la réflexivité pour faire face aux situations complexes, des départements de médecine générale et en particulier la faculté de Nice a mis en place, dans le cadre de la formation des internes, des séances de Groupes d'Entraînement à l'Analyse des Situations Professionnelles (GEASP) et l'écriture de Récits de Situation Complexe et Authentique (RSCA). Les GEASP permettent aux internes de partager leurs difficultés et de se rendre compte qu'elles sont partagées par le groupe.

Les RSCA facilitent la prise de conscience en développant l'attitude réflexive de l'interne dans la mesure où écrire et analyser une situation vécue permet d'en prendre conscience, étape essentielle au processus d'empowerment.

Nous voyons donc que un des intérêts des GEASP et des RSCA est d'aider l'interne à ne plus subir passivement les situations anxiogènes mais à les transformer en expériences enrichissantes pour leur pratique. Séjourne évoque cette évolution : « L'interne avancé dans son cursus, de par l'expérience acquise, sera plus à même de trouver les situations rencontrées comme contrôlables et mettre en œuvre des stratégies de coping centrées sur le problème ou des stratégies de régulations émotionnelles efficaces. Le jeune interne submergé par le stress, plus facilement débordé par la situation, mettra plutôt en œuvre des stratégies de régulations émotionnelles dysfonctionnelles ».

2. La confrontation à la mort

Dans notre étude, la confrontation à la mort est un élément de stress important pour les jeunes internes, que ce soit du fait de la gravité potentielle des situations, de la maladie, du décès en lui-même, ou de l'annonce du décès à la famille.

2.1. La confrontation directe à la mort

La première confrontation à la mort des étudiants en médecine est celle des dissections au laboratoire d'anatomie en deuxième année. L'apprentissage de l'anatomie sur un corps mort est pour tous les étudiants de médecine une expérience mettant à l'épreuve leurs représentations et suscitant de l'appréhension. Même si très rapidement les manifestations d'appréhension sont contrôlées par un processus d'hyper-concentration dans une dynamique protectrice permettant à chacun de réaliser des gestes techniques, il n'en demeure pas moins qu'une réflexion émerge sur la dissection et sur le ressenti éprouvé. Bonnaud, dans son étude, se demande si les séances de dissection doivent se restreindre à des apprentissages dans le champ de l'anatomie ou si elles doivent être plutôt reconsidérées davantage dans une perspective anthropologique et philosophique⁴⁹. En effet, au-delà du rôle de rite initiatique que ces activités assument, approfondir diverses notions telles que les concepts de personne ou de dignité, le statut du corps en médecine serait souhaitable. Cette psychologue clinicienne propose donc qu'un accompagnement psychologique encadre ces séances de dissection pour permettre aux étudiants de ne pas rester seuls face à leurs interrogations.

La confrontation à la mort a interpellé des étudiants en médecine de Lausanne qui ont créé une association sur ce thème « Doctors et Death ». Dans leur ouvrage collectif « La mort : une inconnue à apprivoiser » ils mentionnent que, confrontés au corps mort dans le contexte des séances de dissection, ils ont voulu réfléchir au sens à donner à cette expérience⁵⁰. Ils ont compris que cette confrontation n'était que la première marche d'un face à face avec la mort qui les accompagnera tout au long de leur expérience médicale. Rester seul face à ces expériences n'est pas la solution aux interrogations et aux émotions et ne peut que renforcer

les peurs et les doutes. C'est pourquoi ils ont décidé d'accompagner les étudiants dans leur réflexion sur leurs expériences et leurs représentations de la mort.

Quand l'interne se retrouve face à la mort en garde, s'ajoutent les notions de responsabilité et d'impuissance. Le jeune interne qui a appris pendant toutes ses études à soigner les malades, ressent à ce moment là un sentiment d'échec et de culpabilité. Cette prise de conscience de la responsabilité de vie ou de mort du patient, indique le basculement de l'identité « étudiant » vers l'identité « médecin », analogie à l'adolescent qui devient adulte. L'adolescent adopte un comportement plus responsable quand il prend conscience que la mort peut arriver.

D'autre part, la confrontation à la mort du sujet renvoie à sa propre mort. Penser à sa propre mort, pour des jeunes de 25 ans en moyenne, n'est pas une réflexion spontanée. Réfléchir à sa propre mort implique une réflexion sur le sens de la vie. Pour Manoukian, la confrontation récurrente à la mort des patients est une épreuve tant affective que cognitive. Affectivement, ces situations d'accompagnement sont plus ou moins chargées selon l'histoire de chaque relation soignant-soigné. Spirituellement, elles nous interrogent sur le sens de notre travail, sur nos compétences et sur le sens de la vie en général⁵¹.

Des résultats similaires sont retrouvés dans les études sur le burn out, notamment celle de Blanchard qui a montré qu'il est lié à la répétition des annonces diagnostiques graves et à la confrontation répétée aux décès de patients⁵².

2.2.La confrontation indirecte : l'annonce du décès à la famille

L'interne est également confronté à la mort de manière indirecte lorsqu'il annonce à la famille un mauvais pronostic ou un décès. Communiquer sur la mort est difficile. Dans notre étude, les internes disent n'avoir jamais rencontré les familles pendant leur externat et brutalement, sans expérience, ils se voient charger d'annoncer la nouvelle la plus difficile qui soit.

De nombreuses études, notamment en oncologie, abordent les difficultés de l'annonce d'une pathologie grave. L'étude de Garderet, hématologue engagé en pédagogie médicale, montre bien les difficultés de telles annonces tant pour les médecins que pour les patients⁵³.

Concernant le ressenti du patient sur le fait qu'il y ait plusieurs personnes de l'équipe médicale lors de l'annonce 11% des patients ont trouvé cela désagréable, l'ont ressenti comme une entrave à la relation médecin-patient. Nous pouvons donc difficilement imaginer la présence d'un externe, même sous prétexte de la formation, lors d'une délicate annonce de pathologie grave, à fortiori si l'externe n'a pas suivi le patient, ni ne connaît l'histoire de sa maladie. Pour ce genre d'apprentissage, certaines facultés ont mis en place des jeux de rôles avec enregistrement vidéo afin d'appréhender ces annonces de mauvaise nouvelle.

L'HAS en 2008 a émis un guide pour aider les professionnels à se former⁵⁴. Ce guide donne des conseils sur la façon d'aborder l'annonce d'une mauvaise nouvelle à un patient comme une maladie ou une rechute mais n'aborde pas du tout l'annonce d'un décès.

Un article concernant l'annonce à la famille d'un décès aux urgences mentionne que l'annonce d'un décès requiert un apprentissage individuel⁵⁵. Préparer, tout particulièrement, les jeunes médecins peut se faire en confrontant leurs expériences avec celle du senior présent.

Tout projet de formation devrait donc inclure des mises en situation pratiques avec simulation de cas, critique d'enregistrements vidéo et surtout le partage de situations vécues. Cela favoriserait un questionnement, une réflexion sur la mort, sur l'éthique qui préparerait les étudiants.

3. Validité de l'étude

3.1. Points forts

- L'approche qualitative : le fait d'avoir choisi une étude qualitative s'est révélé tout à fait approprié dans l'exploration d'un phénomène subjectif tel que le stress. Les entretiens individuels ont permis de comprendre plus profondément l'expérience que les internes avaient vécue.
- L'échantillon est faible mais, le but d'une telle enquête n'étant pas de quantifier des données, ni de caractériser une population, les résultats ne sauraient être statistiquement représentatifs de la population étudiée. Cependant, l'objectif était de recueillir des émotions, or, malgré ce petit nombre d'entretiens, la durée des rencontres, la durée des entretiens et les stratégies de relance de la discussion mises en places, ont permis d'obtenir une grande quantité d'informations ce qui nous a permis d'aboutir rapidement à une saturation des données au bout de six entretiens. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de conforter les résultats.
- La proximité du chercheur : le fait d'être positionnée en tant que chercheur/ex-interne a été important pour mieux comprendre le ressenti des internes, avoir une écoute empathique facilitant la liberté de parole. Cela a permis de créer une relation de confiance et d'obtenir des témoignages authentiques et singuliers.
- La double analyse des résultats par une psychologue et par moi-même a renforcé leur validité.

3.2.Limites et biais de l'étude

- Il existe un biais de recrutement critiquable car le phénomène « boule de neige » par lequel les internes ont participé n'était qu'un protocole préconçu.
- Il existe également un biais dans les résultats, car l'analyse de données qualitatives est susceptible d'avoir été influencée par mon expérience personnelle. Cependant, le fait d'avoir retrouvé ces résultats à posteriori dans un séminaire indépendant les confirme. Ma participation à ce séminaire dont le thème était : « la prise de décision médicale dans l'incertitude » avec des internes de premier semestre a conforté mes résultats. En effet, spontanément les thèmes principaux de mes résultats ont été abordés par les jeunes internes : ne pas savoir faire, être confronté à la mort, communiquer avec la famille sur un pronostic sombre ou un décès.

Conclusion

Les gardes aux urgences sont reconnues pour être une des activités hospitalières les plus stressantes pour les internes et beaucoup d'entre eux les vivent plutôt mal.

Notre étude permet de comprendre que l'origine principale du stress des jeunes internes en garde est le sentiment d'impuissance qu'ils éprouvent face à la disproportion entre les responsabilités auxquelles ils ont à faire face, leur manque de savoir faire en situation ainsi que la confrontation permanente à la mort.

Ce sentiment d'impuissance est lié à une transition brutale du statut d'externe à celui d'interne. Notre travail met bien en évidence l'insuffisance de préparation des externes pour faire face à leur nouveau rôle d'interne. Cela amène à poser la question de la qualité de l'enseignement durant l'externat. Les jeunes internes déplorent l'absence de responsabilités confiées pendant l'externat, parfois même l'inutilité des tâches confiées et le manque de supervision. Ils reprochent également la focalisation de leur formation sur la préparation aux épreuves nationales classantes. La formation pendant l'externat est complexe et devrait plus s'apparenter à une formation en alternance pour tirer profit des situations cliniques. Par ailleurs l'imputabilité floue de la formation des externes est un frein à une supervision de qualité.

Des études d'ergonomie du travail pourraient être entreprises pour tenter d'améliorer la coordination entre activités cliniques et formation facultaire des externes.

La transition brutale entre l'externat et l'internat induit également un changement identitaire considérable, l'interne passant brutalement du statut d'étudiant au statut de médecin. Même si ce nouveau rôle est attendu, il participe au stress de l'interne dans la mesure où il entraîne de plus lourdes responsabilités, et exige une plus grande autonomie. En effet, le soutien hiérarchique va être variable selon le point de vue : si le médecin senior considère plutôt le

jeune interne comme un étudiant, donc comme un novice, va s'instaurer une relation de type compagnonnage qui va aider le jeune interne. Par contre si le médecin senior voit le jeune interne comme un médecin, donc comme un expert, va s'instaurer une relation d'égal à égal, laissant l'interne beaucoup plus autonome.

Il serait intéressant d'étudier les freins à l'instauration de la relation de type compagnonnage dans les services de médecine et aux urgences, comme cela existe en chirurgie par exemple.

Concernant la confrontation à la mort, nos résultats montrent que c'est un facteur de stress capital pour les jeunes internes. La confrontation à la mort est un passage obligé et nécessaire à la construction de l'identité de médecin. Cependant cette épreuve est violente et occasionne une souffrance qui nécessite un accompagnement psychologique conséquent.

Il semble urgent de mettre en place un enseignement de type réflexif sur la mort ainsi que des séances d'apprentissage pour aider les jeunes étudiants à affronter et communiquer sur la mort. Je souhaiterais que cette étude puisse ouvrir des perspectives en ce sens.

Pour compléter la compréhension du phénomène, il serait intéressant de recueillir le vécu d'internes en fin de cursus afin d'analyser l'évolution du stress entre le début et la fin de l'internat et l'impact sur la pratique.

Poursuivre la démarche de recherche concernant le vécu des jeunes internes permettrait d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour que les gardes aux urgences ne soient plus redoutées mais attendues avec impatience, retrouvant alors tout leur intérêt pédagogique.

Bibliographie

1. Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH). Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail 2012. Disponible sur : [http://www.isnih.com/medias/files/ENQUETE ISNIH 2012.pdf](http://www.isnih.com/medias/files/ENQUETE_ISNIH_2012.pdf)
2. Le Parisien. Le grand surmenage des internes à l'hôpital. 2012/09/10.
3. Le Monde. Les internes en médecine, « bouche-trous » de l'hôpital en crise. 2012/10/10.
4. Le Monde. Interne en médecine : bac+10, 80hr/semaine, 2000€/mois. 2012/10/21.
5. France Soir. Hôpital, un interne se suicide après sa garde.2011/07/05.
6. Plans de santé au travail (PST). Disponible sur : www.travail-emploi.gouv.fr
7. Plan d'urgence pour la prévention du stress au travail. Disponible sur www.travail-emploi.gouv.fr
8. Estryn-Behar M, Le Nezet O, Duville N et le comité de l'étude PRESST- NEXT. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, Prévention des départs prématurés de la profession.et abandon du métier de soignant. 2005. www.presst-next.fr
9. Estryn-Behat M, Muster D, Doppia M.A, Medet G. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins, résultats de l'enquête SESMAT. Concours médical. 2009. Vol 131, n°1, p22-25.
10. Estryn-Behar M. Agir sur les risques psycho-sociaux des professionnels de santé. Groupe pasteur mutualité.
11. Estryn-Behar M. Stress et souffrance des soignants à l'hôpital. Estem. Paris.1997.
12. Estryn-Behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Paris : Masson, 2003.
13. Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Bordas. Paris. 1983.
14. Legeron P. Le stress au travail. Odile Jacob. Paris. 2003.
15. Ferreri M, Legeron P. Travail, stress et adaptation. Elsevier. Paris. 2002.

16. Maisonneuve P. Guide pratique du thésard. L&C. 6^{ème} édition
17. Dantzer R. Les émotions. Collection que sais-je. Paris. 2002.
18. André C., Lelord F., La force des émotions ; Odile Jacob, 2001.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Bauman L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008. 19(84) :142-145.
20. Touboul P. Présentation de la recherche qualitative [internet]. 2011 [cité 4 novembre 2012]. Disponible sur :http://www.nice.cnge.fr/rubrique.php?id_rubrique=53
21. Houser N. La structure formelle de l'expérience selon Peirce. Études phénoménologiques. La phénoménologie de Charles Sanders Peirce. Bruxelles. 1989. 9/10 : 77-111.
22. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ. 1995. Jul 8;311(6997):109-12.
23. Barbour R. Checklists for improving rigour in qualitative research. BMJ. 2001. May 5;322(7294):1115-7.
24. Cabinet STIMULUS. Prévention du stress au travail. Usine Nouvelle. 2008.
25. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale. Exercer. 2012(101) :72-78.
26. Maslach C, Leiter M. Burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel. Les Arènes. 2011.
27. Lecompte M.D, Preisle J. Ethnography and qualitative design in educational research. San Diego.1993.
28. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition. Armand Colin. 2013.
29. INRS. Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. Documents pour le médecin du travail. N°125. 1^{er} trimestre 2011.
30. INRS, site internet
31. INRS. Les questionnaires dans la démarche de prévention du stress au travail. Documents pour le médecin du travail, n° 125. 1^{er} trimestre 2011.
32. Vermersch P. L'entretien d'explicitation. 3^{ème} édition. ESF éditeur. 2000.
33. Ernst M. Le syndrome de burn out des internes en médecine à la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg. 2009.

34. Cherniss C. Professionnal burn out in the Huma services organisation. New York. Prager. 1980.
35. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. *Pédagogie Médicale*, 2007, 8 :7-23.
36. Dolmans. The impacts of supervision, patient mix, and numbers of students on the effectiveness of clinical rotations. *Acad Med* 2002. 77 : 332-5.
37. Depraz N. Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète. Paris. Armand Colin. 2006.
38. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Etude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. 2011. 12 : 199-212
39. Levi-strauss C. L'identité. Séminaire inter-disciplinaire dirigé par Claude Levy Strauss. Puf.
40. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. 2008.
41. Truchot D. Le burn out des étudiants de médecine. Rapport de recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne. Université de Franche-Comté. 2006.
42. Truchot D. Épuisement professionnel et burn out : concepts, modèles, interventions. Dunod. 2004.
43. Boutte J.L. Transmission du savoir-faire. L'harmattan. 2007.
44. Nagel M. Efficacité personnelle. HAL. 2008
45. Hervé C, Piccoli M. Passer de l'étudiant médecin au médecin responsable. [Mémoire]. Master de recherche en éthique. 2012.
46. Séjourné A, Denis-Delpierre N, Boudoukha A-H. Souffrances psychologiques chez les internes : Vulnérabilités et préconisations. [Thèse d'exercice]. Université de Nantes. 2012.
47. Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2003. 4 :202-207
48. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique. [Thèse]. Ecole de santé publique. Louvain. 2007.

49. Bonnaud A. Le vécu des dissections au laboratoire d'anatomie. *Pédagogie médicale*. 2008. 9(4) : 201-208.
50. Doctors and Death. La mort une inconnue à apprivoiser. Favre. 2013.
51. Manoukian A. La souffrance au travail. Les soignants face au burn out. Reuil – Malmaison. Lamarre. 2009.
52. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents : a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer*. 2010. 46(15) :2708-15.
53. Garderet L. L'annonce d'une mauvaise nouvelle. [Mémoire]. DIU de pédagogie médicale. 2005.
54. Guide HAS. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. Annoncer une mauvaise nouvelle. 2008.
55. Laborie J.M, Haegal A, Acari P. L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte d'urgences hospitalières et pré-hospitalières. Masson. 2002.

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

- Quelles étaient tes craintes, tes appréhensions avant ta première garde ?
- Que penses-tu personnellement de la transition externe-interne ?
- Peux-tu me raconter la situation que tu as vécu comme la plus stressante lors d'une garde ?
- Qu'est-ce qui t'a manqué pour être à l'aise ?
- Quelles ont été les ressources qui t'ont aidé ? Où as-tu trouvé de l'aide ?
- Comment t'es-tu senti à la sortie de ta garde ?
- Quelles suggestions pourrais-tu faire à tes collègues pour pouvoir se préparer à une telle situation ?

Questions :

- Es-tu : un homme ? une femme ?
- Quel âge as-tu ?
- Qu'elle est ta faculté d'origine ?
- Combien de garde as-tu déjà effectué ?
- Où habites-tu ?

Annexe 2 : Grille de catégorisation des résultats

Thèmes généraux	Catégories	Sous-catégories	
Transition brutale externe-interne	Manque de repères	Méconnaissance environnement	
		Méconnaissance équipe	
	Changement identitaire	Méconnaissance rôle	
		Etudiant médecin	
Formation externat insuffisante	Absence de savoir faire	Responsabilités	
		Ne pas savoir	
		Ne pas savoir prescrire	
		Posologies	
		Préparation aux ECN	
		Suivi du patient	
		Relations aux familles	
		Peur de l'erreur	
Impuissance	Disproportion entre savoir-faire et responsabilités	Peur de tuer le patient	
Confrontation à la mort	Mort du patient	Gravité de la maladie	
		Décès du malade	
	Communiquer sur la mort	Annonce aux familles	
		Soi-même et la mort	Sens de la vie
			Représentations
Soutien hiérarchique	Solitude	Absence de soutien	
		Manque indulgence	
		Autonomie	Aide

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous l'emprise de la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'Humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs Pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Résumé

Introduction

Les gardes aux urgences sont reconnues pour être une des activités hospitalières les plus stressantes. Beaucoup d'internes vivent mal leurs gardes. En 2011, le suicide d'un interne à la sortie de sa garde aux urgences a choqué. Le stress au travail est un enjeu de santé publique comme le confirme le Plan Santé au Travail pourtant aucune étude ne s'est intéressée au stress ressenti par les jeunes internes lors de leurs gardes aux urgences. Quels sont les déterminants de ce stress ? L'objectif de cette étude est d'analyser les témoignages des jeunes internes sur des situations anxiogènes vécues aux urgences pour participer à la compréhension de l'origine de ce stress.

Méthode

Nous avons réalisé une étude phénoménologique descriptive par entretien individuel semi-dirigé auprès d'internes de première année. Le guide d'entretien composé de questions ouvertes a été élaboré à partir de questionnaires sur le stress au travail notamment celui de Karasek. Une double analyse du contenu de leur récit, avec le concours d'une psychologue, a été réalisée par codage axial des verbatim.

Résultats

Huit participants ont été interrogés entre le 10 novembre et le 20 décembre 2014. Les résultats montrent que les internes éprouvent un sentiment d'impuissance face à la disproportion entre les responsabilités auxquelles ils ont à faire face et leur manque de savoir faire en situation. Ce sentiment est lié à une transition brutale du statut d'externe à celui d'interne provoquant un changement identitaire tout aussi brutal passant du statut d'étudiant à celui de médecin. La préparation durant l'externat est clairement insuffisante. Le soutien hiérarchique, s'il est trop faible ou absent, augmente le stress ressenti. Une autre source majeure de stress retrouvée est la confrontation permanente à la mort, que ce soit de manière directe ou de manière indirecte par l'annonce du décès aux proches, les internes n'étant nullement préparés à cela.

Conclusion

Afin de s'acquitter de leur mandat pédagogique, les gardes aux urgences devraient être mieux préparées durant l'externat pour que la transition « externe-interne » soit moins brutale. Par ailleurs, entreprendre une réflexion éthique sur la mort et se préparer à communiquer autour de ce celle-ci sont des objectifs de formation indispensables pour les jeunes étudiants.

Mots clés : recherche qualitative ; médecine générale ; étudiants ; urgences ; souffrance psychique ; mort.