



HAL
open science

Évaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle

Camille Lacaze

► **To cite this version:**

Camille Lacaze. Évaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02394455

HAL Id: dumas-02394455

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02394455v1>

Submitted on 4 Dec 2019

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

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



UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de médecine de Nice
THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE

*Présentée et soutenue publiquement
Le 29 Octobre 2019 à Nice*

Par Camille LACAZE

Née le 13 Janvier 1992

**Evaluation des gardes par les internes de premier semestre de
médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Carol-Anne BOUDY

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Madame le Professeur Brigitte MONNIER**

Invités d'honneur : Monsieur le Docteur Didier JAMMES

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie
Recherche
Etudiants

Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
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.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais
-----	---------------	---------

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. FREYCHET Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe M.	Mme ROURE Marie-Claire
GASTAUD Marcel	

Table des Matières

Remerciements	11
Serment d'Hippocrate	14
Abréviations	15
Introduction	16
Cadre de recherche	17
I. Cadre législatif.....	17
1) DES de Médecine Générale avant la réforme.....	17
2) Réforme du troisième cycle et changement de la maquette du DES de médecine générale.....	18
2.1/ Ce qui a mené à la réforme.....	18
2.2/ La réforme du troisième cycle des études médicales.....	19
3) Les gardes en tant qu'interne.....	21
II. Cadre médio-psychologique.....	23
1) Le stress : concept et définitions.....	23
2) Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel.....	26
3) Etat de santé des médecins généralistes : anxiété, stress, burn out et facteurs de risques.....	27
4) Etat de santé des internes de médecine générale : anxiété, stress, burn out et facteurs de risques.....	31
Matériel et Méthode	39
I. Matériel.....	39
1) Objectifs de l'étude.....	39
2) Choix du type d'étude.....	39
II. Méthode.....	39
1) Population étudiée et problématiques éthiques.....	39
2) Le questionnaire.....	40
3) Critères d'inclusion.....	41
4) Critères d'exclusion.....	41
5) Recueil des données.....	42

6) Analyse statistique.....	42
Résultats	43
I. Echantillon.....	43
II. Stage actuel et gardes.....	44
III. Evaluation des gardes par les internes de premier semestre.....	46
IV. Facteurs potentiellement responsables des difficultés en garde.....	48
Discussion	52
I. Principaux résultats de l'étude.....	52
II. Comparaison avec la littérature.....	55
III. Forces de l'étude.....	59
IV. Limites de l'étude.....	59
Conclusion	61
Bibliographie	65
Annexes	73

Remerciements

Au Professeur Jacques LEVRAUT,

Merci d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance et l'assurance de mon profond respect.

Au Professeur Gilles GARDON,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Docteur Brigitte MONNIER,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Au Docteur Didier JAMMES,

Merci de me faire l'honneur de participer à la présentation de cette thèse. Je vous remercie pour toute la transmission de connaissances dont vous m'avez fait part au sein de votre service.

Au Docteur Carol-Anne BOUDY,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour l'attention, la disponibilité et l'aide dont vous m'avez fait part pour la rédaction de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

A ma mère, pour son soutien. Merci de m'avoir donné les moyens d'arriver jusque-là, de m'avoir épaulée, guidée, et réconfortée toutes ces années durant toutes ces années d'études. Merci d'avoir été là et d'avoir tenu bon même dans les moments les plus difficiles, notamment il y a 5 ans lors de mon arthrodèse. Merci de m'avoir enseigné à ne rien lâcher. C'est grâce à ton courage et ta détermination indéfectibles que je suis là aujourd'hui, et j'espère avoir hérité de ces deux qualités.

A mon père, merci d'avoir été là aussi pendant toutes ces années de travail. Merci pour ton soutien, ta patience, tes conseils et ton aide lors des nombreux déménagements dûs à l'internat. Je vous remercie tous les deux d'être toujours là pour moi, même à distance.

A mon « petit » frère. Tu es le meilleur des frères qu'une sœur puisse avoir. Je suis tellement fier de toi, de ta réussite, de l'adulte que tu es devenu...et j'espère que tu le seras autant de moi.

Même si j'évolue loin de vous à présent, je pense à vous chaque jour, je vous aime tous les trois.

A Arnaud, « l'homme de qualité » qui partage ma vie, merci pour tout. Merci de m'avoir donné confiance en moi et incitée à passer cet examen il y a un an, merci de croire en moi et de me donner du courage les jours où ça va « moyen ». Avec toi à mes côtés je sais que nous pourrons tout affronter. Merci de supporter mon caractère et de calmer mes « crises » particulièrement fréquentes à l'approche de cet événement. Je te remercie pour ton soutien, ta patience et ton calme à toute épreuve. Merci de me faire rire tous les jours depuis plus d'un an et quatre mois déjà et de partager ces délires qui ne font rire que nous. Chaque jour avec toi est une aventure, « avec toi dans ma vie, je ne vais jamais m'ennuyer » ont dit certains, et c'est très bien tombé pour une future urgentiste ;) Merci d'avoir choisi les urgences à Fréjus et d'avoir croisé ma route ce bel été 2018. Merci d'être là et de m'aimer tout simplement. Maintenant que « les mots ont été dit », il n'y a plus qu'une seule chose à ajouter : je t'aime.

A mes quatre grands-parents qui sont toujours présents pour moi, en particulier à ma grand-mère qui me fait l'honneur d'être présente ce jour.

A ma marraine, merci d'avoir toujours été présente.

A Margot, ma plus « vieille » amie, qui était à mes côtés les jours d'examens de P1, et lors de nos dernières révisions au Novotel de Bordeaux Lac.

A ma Bibi, après toutes ces années, merci d'être toujours là dans les moments importants de ma vie.

A toutes les filles cool de Bordeaux : Léa, Laura (petit sunshine adoré), Cha M, Cha B, Dodie, Lou, Alizé, Nadia: merci pour ce soutien mutuel, avec vous l'externat a été une suite de belles années de travail et de fous rires. Merci pour tous ces goûters pré-conf, pour tous ces apremis passés à boire du Tariquet au Rohan et à toutes les soirées externes ...

A Emilie et Maachi : deux belles rencontres, l'une en P1 l'autre en 5^e, qui se sont trouvées avec Léa pour former un trio de folie. Merci pour toutes ces années d'amitié, de partage, de fous rires. Je regrette d'être loin de vous, mais je sais que vous réalisez des parcours sans faute, que vous êtes heureuses et épanouies. Je vous souhaite tout le bonheur du monde et la réussite. Je pense fort à vous.

A Marie-Eve et Michaud, mes deux « mamans » de l'internat : de Cannes à Fréjus en passant par Gassin, voilà maintenant 3 ans que nous nous sommes rencontrées et je vous dis MERCI ! d'avoir

choisi Cannes en 1^{er} semestre, MERCI d'avoir poursuivi l'aventure sur Fréjus où nous avons passé un été magique. MERCI Marie-Eve pour m'avoir tenu compagnie lors de notre exil hivernal à Gassin. Et enfin MERCI d'être revenues vers notre internat adoré pour nos derniers semestres. Sans vous l'internat n'aurait pas été si incroyable, et Fréjus ne serait pas devenu notre maison. Nous avons appris ce métier et évolué ensemble, vous êtes des personnes en or, et je sais que vous allez devenir des docteurs remarquables. Vous avez toujours été là pour moi, merci de m'avoir appris à grandir, à vivre et à faire la fête ;) Je vous adore.

A Loloche et Vivi, deux autres très belles rencontres de l'internat de Cannes merci d'avoir choisi de passer l'été 2017 à Fréjus pour poursuivre cette belle aventure.

Aux autres filles de l'internat de Cannes : Sabrina et Jen.

A l'internat de Fréjus été 2017 : à Jess ma future co-assistante préférée, Mazzy, Brazier, Adrien, Cricri, Théo, Bisson, Walidou, Zézé, Rosé, MT, Chréchré, Morgy, Dassonville, Yanus et Touchi, Florian « l'aîné » de toute cette bande... Vous nous avez permis de former une vraie famille cet été-là. Merci à tous pour cet été 2017 inoubliable... « Sont-ils vraiment médecins ? »

A l'internat de Fréjus été 2018 : Ken, Ophélie, Sanchez, Rémi, Tiphaine, à nouveau Marie Eve+Braz !, Gogoone, Fredo, Hatem, Kenji, Louis, Marco.

A l'internat de Fréjus hiver 2018/2019 : Dina, Ophélie, Noémie, Ambre, Victoria, Benjamin x2, Dylan, Romain +Marie Eve Crécré et Michaud !

Aux petits nouveaux de Fréjus été 2019 : Ly Chun, Manon, Sarah et à mes co-internes de spé Lyor et Flo qui ont fait preuve d'une patience infinie à mon égard !

A l'équipe de DESC d'Urgences : Jess, Xav, Charles, Laure, Anna, Mag, Fanny, Agathe et Yohann.

A l'équipe de pédiatrie et gynécologie de Cannes, qui m'ont aidé à faire mes premiers pas en tant qu'interne.

Au service d'oncologie de l'hôpital de Fréjus.

Aux chefs des urgences de Gassin : Lionel, Pascal, Pierre et Christian qui ont été plus que des mentors durant ces 6 mois d'hiver.

Au service de cardiologie de l'hôpital de Fréjus en particulier à Stéphanie, Zeynab et Thomas.

A toute l'équipe de réanimation de l'hôpital de Fréjus qui m'a aidée à évoluer dans ce nouveau milieu, merci aux chefs pour leurs conseils et leur patience.

Enfin merci aux urgences de Fréjus et à toutes les personnes qui y travaillent. C'est ce service qui m'a donné le goût des urgences, merci aux infirmières, infirmiers, AS et aux chefs : Youngie, Manu, Flo, Gab, Cécile, Charlotte, Wil, Marie, Christophe...merci pour toutes les connaissances que vous m'avez transmises et pour tous les bons moments partagés. Ce sont la bonne humeur et les compétences de chacun qui font des urgences de Fréjus un lieu si unique où il est agréable de travailler.

Merci Fréjus pour toutes ces belles années passées et à venir

Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

Abréviations

ECN : Epreuves Classantes Nationales

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

IMG : Internes de Médecine Générale

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

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

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

FST : Formations Spécialisées Transversales

ISNIH : InterSyndicat National des Internes des Hôpitaux

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

EE : Épuisement Emotionnel

DP : Dépersonnalisation

DAP : Diminution de l'Accomplissement Personnel

MBI : Maslach Burnout Inventory

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

ITT : Incapacité Temporaire de Travail

ONVS : Observatoire National des Violences en milieu de Santé

PCEM 1 : Première Année du Premier Cycle des Etudes Médicales

PréMaRADES : Prévalence et Marqueurs de Risque d'Anxiété et de Dépression chez les Etudiants en Santé

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

ISNCCA : InterSyndicat National des Chefs de Clinique et Assistants

ESMJM : Enquête Santé Mentale des Jeunes Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

SAU : Service d'Accueil des Urgences

Introduction

Depuis 2003, de nombreuses études se sont données pour objectif d'évaluer l'état psychologique des internes de médecine générale, leur niveau de stress et le burn out.

En effet, ces jeunes médecins sont souvent en proie à un stress, une anxiété, qui peut se majorer de manière aigue lors de situations anxiogènes telles que les gardes, avec un risque d'évoluer vers un syndrome d'épuisement professionnel ou burn out.

Dans ce contexte, le Décret du 25 Novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales ou réforme du troisième cycle voit le jour, obligeant désormais les internes à réaliser obligatoirement leur stage de premier semestre chez le praticien ou aux urgences.

On peut donc se demander si cette réforme a eu des conséquences négatives ou positives sur la santé mentale des internes et leur niveau de stress, et si elle a permis d'améliorer les conditions et la qualité de travail de ces derniers, notamment au cours des gardes, vécues comme des expériences personnelles émotionnellement stressantes.

L'objectif principal de l'étude sera de recueillir l'avis des internes de premier semestre de médecine générale niçois concernant le vécu de leurs gardes depuis la réforme du troisième cycle.

Les objectifs secondaires seront entre autres, d'identifier et d'analyser les facteurs responsables de stress et de difficultés au cours de ces gardes afin de trouver des pistes de réflexion pour favoriser la santé mentale des internes, mais aussi d'améliorer la qualité de leur travail et les conditions de réalisation de leurs gardes, et indirectement d'obtenir une meilleure prise en charge des patients.

Cadre de recherche

I. Cadre législatif

1) Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine Générale avant la réforme

Après six années d'études, les futurs internes passent les Epreuves Classantes Nationales (ECN) anciennement connues sous le nom de « concours de l'internat ». Au terme de ce concours, les étudiants obtiennent une note qui définit leur classement national, et choisissent en fonction de celui-ci une spécialité et la ville dans laquelle ils vont passer leurs années d'internat.

Une fois ces ECN passées, l'étudiant en médecine jusque-là externe, débute alors le troisième cycle des études médicales ou internat.

L'internat de médecine générale constitue une période de six semestres au cours de laquelle l'étudiant en médecine va exercer son métier dans différents services hospitaliers ou auprès de praticiens agréés maîtres de stage des universités en ambulatoire.

Pendant ces trois années, les internes travaillent sur le terrain au contact des patients pour améliorer leur pratique, sous les ordres et les conseils de leurs chefs ou seniors ou des maîtres de stage. C'est aussi durant cette période qu'ils vont effectuer leurs premières gardes, aux urgences notamment.

Le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, tel qu'il a été créé en 2004, était encadré par l'annexe V4 de l'Arrêté du 22 septembre 2004 (1).

D'une durée de trois ans, il se déroulait selon la maquette suivante :

- ✚ Deux semestres obligatoires dans des lieux de stages hospitaliers agréés au titre de la discipline Médecine Générale (un stage au titre de la Médecine Adulte et un au titre de la Médecine d'Urgence) ;
- ✚ Deux semestres obligatoires dans un lieu de stage agréé au titre de la discipline Médecine Générale (un semestre au titre de la Pédiatrie et/ou de la Gynécologie et un semestre auprès d'un médecin généraliste, praticien agréé Maître de Stage des Universités)

Les deux derniers semestres étaient libres.

A noter que l'un de ces six stages devait se dérouler en centre hospitalier universitaire (CHU). Les semestres restants pouvaient être réalisés en ville ou à l'hôpital.

Or, ce mode de fonctionnement de l'internat a connu un changement radical via le décret du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine (2), conduisant à une toute nouvelle formation de médecine générale que nous allons détailler.

2) Réforme du troisième cycle et changement de la maquette du DES de médecine générale

2.1. Ce qui a mené à la réforme :

En janvier 2013, Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, et Madame Geneviève Fioraso, Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, cosignaient une lettre de mission visant à créer un groupe de travail afin de mener à la réforme du troisième cycle des études médicales.

L'objectif de cette enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale (IMG) menée en 2013 visait à recueillir le ressenti des internes concernant leur acquisition des compétences du métier de médecin généraliste, et leur évolution dans la maquette du DES de médecine générale (3).

Les points forts de l'enquête :

- ✚ 55% des internes étaient défavorables au fait d'ajouter une quatrième année à l'internat de médecine générale. La majorité souhaitait maintenir l'internat à trois ans, et optimiser la formation dispensée aux internes au cours de cette période ;
- ✚ L'ancienne maquette de médecine générale imposait seulement un unique stage ambulatoire chez le praticien au cours de l'internat, la majorité de la formation des internes se déroulant en milieu hospitalier.

Autrement dit, l'interne de médecine générale ne réalisant pas de SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ne passe que 17% de son internat à se former sur le lieu de sa pratique future. Or les résultats de l'enquête montrent que 13% des internes n'ayant pas effectué de stage ambulatoire ont un projet d'installation, mais ce taux augmente à 22% après la validation du stage de premier niveau et à 28.6% après la validation du stage de deuxième niveau.

D'autre part, après être passés en stage chez le médecin généraliste, les internes souhaiteraient réaliser trois fois plus de stages ambulatoires, ce qui témoigne de la volonté des internes d'être formés sur les lieux de leur futur exercice.

Ainsi l'ISNAR IMG (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale) a proposé dans le cadre de la réforme du troisième cycle de rendre obligatoire le stage en SASPAS, de favoriser l'ouverture de stages ambulatoires de pédiatrie et gynécologie et de supprimer le stage obligatoire au CHU, le contenu de ce stage étant souvent bien éloigné de la pratique future du médecin généraliste ;

- ✚ Même si une majorité d'internes engagés dans le DES de médecine générale ne souhaite pas réaliser de DESC (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires), les DESC d'urgence et de gériatrie sont à l'origine d'un taux de fuites des étudiants non négligeable. Or ces deux disciplines relèvent de compétences et spécificités différentes et nécessitent des formations qui leur soient propres. L'ISNAR IMG s'est donc prononcée en faveur de la filiarisation de ces spécialités, la disparition des DESC et la création de DES de médecine d'urgence et de gériatrie dans le cadre de la réforme du troisième cycle ;
- ✚ Par ailleurs, cette fuite vers les DESC de médecine d'urgence et de gériatrie s'explique en partie par le manque d'information des étudiants qui n'accèdent pas encore tous à un stage chez le praticien de médecine générale au cours de leur externat. C'est pourquoi un stage chez le praticien est proposé de façon obligatoire durant l'externat afin de faire connaître aux externes la médecine générale ;
- ✚ L'enquête révèle aussi que la réalisation d'un stage ambulatoire de niveau 1 fait diminuer la proportion d'internes souhaitant réaliser un DESC de 24 à 18% après leur passage en stage chez le praticien. C'est pourquoi l'ISNAR IMG propose une maquette de formation comprenant un stage chez le praticien généraliste ambulatoire dès la première année de l'internat, dans la phase socle comme nous allons le voir.

Finalement, les résultats de cette enquête ont permis à l'ISNAR-IMG de formuler des propositions en adéquation avec les souhaits des internes, réunies au sein d'un document de propositions intitulé « Troisième cycle des Etudes Médicales : propositions de l'ISNAR-IMG » (4), adopté par le Conseil d'Administration de l'ISNAR-IMG en octobre 2014, qui représente l'un des documents fondamentaux à l'origine de la réforme du troisième cycle.

2.2. La réforme du troisième cycle des études médicales :

Le Décret du 25 Novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales réalise une refonte de chaque maquette de DES et la création d'une progression pédagogique au

cours du DES avec une articulation en trois phases : une phase socle, une phase intermédiaire et une phase mise en responsabilité (5).

Le troisième cycle des études de médecine est désormais organisé en trois phases d'apprentissage distinctes avec une mise en autonomie progressive :

- ✚ La phase I dite phase socle correspond à l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et la construction d'un premier niveau socle de compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession ;
- ✚ La phase II dite d'approfondissement correspond à l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la spécialité suivie ;
- ✚ La phase III dite de consolidation correspond à la consolidation des compétences acquises précédemment.

La thèse et le DES sont clairement séparés et interviennent à des moments différents : la thèse devra être soutenue à l'issue de la phase II dite d'approfondissement et le DES sera délivré une fois les trois phases validées.

La seule exception reste pour la Médecine Générale, dont la durée de formation reste à trois ans et ne comporte pas de phase III ou de consolidation. La thèse en médecine générale pourra être ainsi soutenue dans les six ans qui suivent l'inscription en DES.

De plus la nouvelle maquette du DES de Médecine Générale est beaucoup moins flexible et réorganisée de manière à mieux correspondre aux objectifs de formation des futurs médecins généralistes.

Les internes devront obligatoirement :

- ✚ Réaliser leur stage aux urgences et celui en médecine générale ambulatoire de niveau 1 au cours de leur première année d'internat,
- ✚ Puis ceux de médecine adulte, pédiatrie, gynécologie et SASPAS au cours des deuxième et troisième années d'internat (le SASPAS n'étant réalisable qu'en troisième année)

Offrant de ce fait, beaucoup moins de place aux stages dits « libres » sauf exception dûment justifiée, comme pour les Formations Spécialisées Transversales (FST).

Par ailleurs le DESC I Médecine d'Urgences est transformé en DES, tout comme les DESC II de chirurgie et de gériatrie et les DESC transversaux sont transformés en Formations Spécialisées

Transversales (FST) : addictologie, allergologie, médecine de la douleur et médecine palliative, médecine du sport, médecine légale et expertises médicales...

Comme nous pouvons le constater, l'organisation des stages à réaliser pour valider son DES de Médecine Générale évolue vers une augmentation des stages en ambulatoire.

De plus, l'offre de stage à l'origine étant insuffisante pour proposer tous les stages de la maquette, des mesures transitoires ont été mises en place à partir de la rentrée 2017, afin que la maquette soit réalisable à Nice à la rentrée de Novembre 2018 pour la promotion 2018/2019 d'internes de premier semestre de médecine générale.

Maquette tous DES confondus = 3 phases :	Maquette DES Médecine Générale = 2 phases :
Phase I ou socle = 1 an	Phase I ou socle = 1an répartis en 2 semestres : <ul style="list-style-type: none"> • Stage en médecine d'urgence • Stage en médecine générale de niveau 1 ou praticien
Phase II ou approfondissement = 2-3 ans puis → Thèse	Phase II ou approfondissement = 2 ans répartis en 4 semestres : <ul style="list-style-type: none"> • Médecine adulte • Santé de l'enfant • Santé de la femme • SASPAS, au cours d'un des deux derniers semestres, puis → Thèse → Validation DES Médecine Générale
Phase III ou consolidation = 1-2 ans puis → Validation DES	

Tableau 1 : Nouvelles maquettes DES et DES de Médecine Générale

3) Les gardes en tant qu'interne

L'article R. 6153-2 du code de la santé publique définit les obligations de service hebdomadaires de l'interne (6).

Les obligations de service de l'interne, qui étaient auparavant de 11 demi-journées hebdomadaires, sont désormais de dix demi-journées hebdomadaires (huit demi-journées hebdomadaires en stage et deux hors stage) (7).

L'interne participe au service de gardes et astreintes. Le service de garde normal correspond à une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois. Il commence à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18h30, pour s'achever au début du service normal le lendemain matin à 8h30.

La permanence de soins peut être assurée uniquement par des internes lorsqu'au moins cinq internes figurent régulièrement sur le tableau de gardes. Autrement dit, un pool de gardes est constitué par un minimum de cinq internes.

L'interne bénéficie d'un repos de sécurité de 11 heures immédiatement à l'issue de chaque garde et il ne peut être mis dans l'obligation de garde pendant plus de 24 heures consécutives.

Le temps consacré au repos de sécurité n'est pas décompté dans les obligations de service hospitalières et universitaires. D'une durée de 11 heures, il est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière et ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage (8).

L'interne exerce par délégation et sous la responsabilité du praticien sénior dont il relève (9). Il doit donc, y compris pendant le service de gardes et astreintes, pouvoir faire appel à tout moment à un praticien sénior.

Malgré toutes ces mesures juridiques (visant à protéger les internes et à favoriser la qualité de leur travail), les gardes aux urgences sont encore reconnues comme l'une des activités hospitalières les plus stressantes pour les internes et beaucoup d'entre eux les vivent de manière très anxiogène, comme nous allons le détailler.

Selon une enquête réalisée en 2012 par l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH) auprès de 5872 internes (toutes spécialités confondues), 21% des internes avouent ne pas bénéficier du repos de sécurité. Les internes les plus concernés étant ceux de spécialités chirurgicales, de gynécologie obstétrique, et ceux travaillant au CHU.

De plus, 15% des internes avouent avoir fait des erreurs médicales après une garde de plus de 24h et 11% déclarent avoir eu un accident de voiture après leur garde (10).

L'opinion publique se préoccupe aussi des conditions de travail des internes, notamment via les médias avec à la une des journaux français des titres poignants : « A l'hôpital, le coup de fatigue des internes » (11) ou « le grand surmenage des internes à l'hôpital » (12) mais aussi d'outils cinématographiques avec le film « Hippocrate » paru en 2013 qui expose au grand public les difficultés rencontrées et la souffrance des jeunes internes. Réalisé par Thomas Lilti, médecin généraliste et réalisateur, ce film relate de manière authentique les responsabilités souvent très lourdes des jeunes internes lors de leurs gardes aux urgences et dans les étages.

II. Cadre médico-psychologique

1) Le stress : concept et définitions

Le stress est décrit pour la première fois en 1950 par Hans Selye (endocrinologue canadien d'origine autrichienne) comme l'ensemble des moyens biologiques, physiologiques et psychologiques mis en œuvre par un individu pour s'adapter à un événement donné ou faire face à une agression physique et/ou psychologique (13).

Pour Selye, le stress est la réponse de l'organisme aux exigences de l'environnement ; il correspond à la mise en œuvre de manifestations organiques non spécifiques en réponse à une agression physique.

Le stress est donc une réaction psycho-physiologique d'adaptation à un changement environnemental.

Au niveau biologique, il se traduit par des réactions neuro-endocriniennes avec une activation de la voie hypothalamo-hypophyso-surrénalienne et des décharges d'adrénaline et de corticostéroïdes.

Selye a élaboré un modèle théorique du stress, le « syndrome général d'adaptation » correspondant à un ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent suite à une agression ou stress, et dont l'objectif est de rétablir l'homéostasie de l'organisme.

Ce syndrome général d'adaptation évolue selon trois stades successifs :

- ✚ La « réaction d'alarme » qui survient juste après le stress et durant laquelle les ressources sont mobilisées ;
- ✚ Puis le « stade de résistance », phase de compensation qui reflète l'adaptation à l'agent stressant, avec une recharge des moyens de défense ;

- ✚ Et enfin le « stade d'épuisement » atteint si l'agression persiste, quand toutes les capacités d'adaptation et ressources physiques, biologiques et psychologiques sont dépassées.

Le concept de stress est repris en 1980 par Cherniss (docteur en psychologie américain spécialisé dans ce domaine). Pour lui, le stress perçu provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu (14). Face à ce déséquilibre, une réponse émotionnelle apparaît avec une tension qui s'exprime dans un premier temps par une fatigue physique, un épuisement professionnel, et de l'anxiété. Puis surviennent des changements de comportements, en particulier le développement d'une attitude détachée, d'une dépersonnalisation. Cette notion de dépersonnalisation évoquée pour la première fois par Cherniss dans sa définition du stress, sera reprise dans le concept du burn out comme étant l'une des trois dimensions qui le constituent.

Pour Patrick Legeron, psychiatre spécialiste du stress en entreprise, le rapport qui existe entre l'intensité de la réaction de stress et l'adaptation de l'individu à la situation n'est pas linéaire (15). En effet, dans un premier temps, niveau de stress et performance augmentent ensemble, puis le stress continue d'augmenter seul et la performance chute. Entre ces deux extrêmes, il existe un niveau optimal de fonctionnement qui permet à l'individu de mobiliser suffisamment ses ressources pour faire face le plus efficacement possible aux situations rencontrées.

En 1984, Lazarus et Folkman définissent le stress comme le résultat d'une interaction entre plusieurs facteurs : l'individu, la situation stressante environnementale, les stratégies pour y faire face (ou coping) et la perception que l'individu a de cette interaction (16). Cette vision permet d'intégrer une dimension émotionnelle dans la notion de stress, défini alors comme « une relation particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme difficile à supporter ou dépassant ses ressources, et pouvant menacer son bien-être ». Ainsi, face à un stress, l'individu va évaluer si ses capacités ou ressources adaptatives sont suffisantes pour y répondre, et la réaction de stress sera déclenchée si elles sont au contraire dépassées.

Un modèle plus récent élaboré en 1994 par Bruchon-Schweitzer et son équipe, prend en compte dans la définition du stress les facteurs environnementaux et socio-démographiques (événements de vie stressants, réseau social) et des facteurs individuels (antécédents biographiques et médicaux, traits de personnalité, caractère). Ce modèle multifactoriel permet d'inclure dans les études trois types de facteurs influant sur la réponse au stress : les antécédents environnementaux et socio-démographiques, les antécédents individuels, et les stratégies d'ajustement (17).

Dans leur article sur les conditions de travail et l'état de santé de la population générale, Dominique Chouanière et Christine Cohidon réalisent une synthèse des symptômes pouvant être entraînés par le stress perçu chronique au travail (18). Ces symptômes peuvent être :

- ✚ Physiques : douleurs (musculaires, maux de ventre, maux de tête, coliques), troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles digestifs, dyspnée, oppression thoracique ;
- ✚ Emotionnels : nervosité, anxiété, angoisse, tristesse ;
- ✚ Intellectuels : difficultés de concentration, de mémorisation, oublis, erreurs, difficultés à prendre des décisions.

Ces symptômes peuvent avoir des répercussions sur le comportement :

- ✚ Conduites dopantes avec recours à des produits calmants (somnifères, anxiolytiques, alcool) et/ou prise d'excitants (café, tabac) pour se stimuler ;
- ✚ Fuite par rapport à un environnement agressant : inhibition, repli sur soi, diminution des activités sociales.

Les conséquences organiques sont dominées par les maladies cardiovasculaires et le risque coronarien, le syndrome métabolique et les risques accrus d'accident vasculaire cérébral (AVC). Les troubles musculo-squelettiques peuvent être aussi secondaires à du stress professionnel chronique, de même qu'une asthénie généralisée, des variations de poids, des troubles hormonaux et de la fertilité, des pathologies au cours de la grossesse (prématurité et hypotrophie fœtale). Une souffrance psychologique peut s'installer en cas de stress professionnel chronique, avec la survenue possible de troubles anxieux, de dépression, suicide, burn out... Les accidents de travail et de trajet semblent aussi être plus fréquents quand l'individu est soumis à un stress professionnel.

Pour finir, une étude nationale réalisée sur les stress au travail met en évidence que la seule différence en terme de niveau de stress concerne le sexe : en effet, 36% des femmes se situent à des niveaux élevés de stress contre 21% des hommes (19, 20).

2) Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel (SEP) est un état de mal être psychique et physique lié aux conditions de travail de l'individu.

Il est décrit pour la première fois en 1972 par Herbert Freudenberg, psychiatre et psychanalyste américain, afin de désigner le mal être psychologique qu'il observait chez les soignants bénévoles d'un centre d'aide à la désintoxication (21).

Dans les années 80, Christina Maslach (professeur de psychologie américaine) définit le burn out comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement et émotionnellement auprès d'autrui » (22).

Véritable problème de santé publique, il comprend trois dimensions évoluant successivement au cours du temps (23) :

- ✚ **L'épuisement émotionnel (EE)**, ou fatigue psychologique, peu ou pas améliorée par le repos ;
- ✚ **La dépersonnalisation (DP)** de la relation, ou perte d'intérêt vis-à-vis des patients qui sont considérés comme des objets impersonnels et non plus comme des individus ;
- ✚ **La diminution de l'accomplissement personnel (DAP)**, vécue comme un sentiment d'échec personnel.

De ce concept tridimensionnel est né un outil : le Maslach Burnout Inventory (MBI) (Annexe 1), auto-questionnaire qui donne une cotation en pourcentage de chacune des trois dimensions. Ce test de Maslach ou échelle MBI est un test standardisé, reconnu, qui évalue le niveau de burn out d'un individu (24).

Plus récemment l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a décrit le burn out en 2011 comme un état d'épuisement physique, émotionnel et mental, résultant d'une exposition à des situations de travail émotionnellement exigeantes. C'est le fait de « ne pas y arriver, de s'user, d'être épuisé par une exigence excessive en énergie, force ou ressource ».

Les manifestations cliniques du burn out peuvent être :

- ✚ Somatiques : fatigue permanente, céphalées, troubles digestifs...
- ✚ Psychiques et psychologiques : épuisement mental avec anxiété, stress, dépression, suicide et baisse de l'estime de soi...
- ✚ Cognitives : troubles de l'attention, de la mémoire, de la vigilance...
- ✚ Comportementaux : irritabilité, labilité émotionnelle, perte de motivation et d'intérêt professionnels parfois compensés par une hyperactivité, un hyper investissement de lutte et de déni.

Par ailleurs, le burn out est associé à un risque accru de survenue de maladies cardiovasculaires. Les individus ayant un niveau d'épuisement professionnel élevé présentent un risque élevé (risque relatif

=1.79) de survenue de coronaropathie (25). De même il est associé à une augmentation du risque coronarien (risque relatif de 3.1 chez les hommes et 3.4 chez les femmes) (26).

Il est également à l'origine d'une moins bonne prise en charge des patients avec une survenue de plus d'erreurs médicales (10). Les chiffres sont également importants chez nos confrères américains : 34% des internes déclarent avoir commis au moins une erreur médicale au cours de leurs études et que cette erreur était liée de manière significative au burn out ($p=0.002$) (27).

A noter que l'expérience professionnelle serait un facteur protecteur de burn out selon Maslach (28).

Autrement dit, le burn out surviendrait plus en début de carrière.

3) Etat de santé des médecins généralistes : anxiété, stress, burn out et facteurs de risques

Plusieurs études ont montré qu'environ la moitié des médecins généralistes libéraux présentent des symptômes de burn out ou épuisement professionnel.

Didier Truchot, professeur de psychologie sociale, a mené trois études de 2001 à 2004 sur une population de médecins libéraux et retrouve pour chacune d'entre elles des taux de burn out élevés dans cette population : 47.2% pour les médecins libéraux de Bourgogne en 2001 (29), 42.3% pour ceux de Champagne-Ardenne en 2003 (30) et 40.3% pour ceux de Poitou-Charentes en 2004 (31).

	Bourgogne	Champagne-Ardennes	Poitou-Charentes
Année	2001	2003	2004
Effectif	394	408	515
Epuisement émotionnel élevé	47.2%	42.3%	40.3%
Dépersonnalisation élevée	32.8%	44.5%	43.7%
Accomplissement personnel faible	29.2%	37.4%	43.9%

Tableau 2: Synthèse des travaux de D. Truchot menés auprès des médecins libéraux de 2001 à 2004.

Dans le rapport de Truchot sur la population de médecins généralistes de Champagne-Ardennes, les facteurs de stress perçus comme les plus fréquents font référence à des pressions externes : la charge de travail et le manque de temps consacré aux patients. Puis se distinguent les facteurs de stress liés à l'environnement professionnel : les pressions administratives et la fiscalité. Viennent ensuite les difficultés liées aux cas complexes, le manque de reconnaissance de la part des patients, les patients non observants, les demandes excessives et les harcèlements pouvant émaner des patients.

Dans leur enquête nationale menée auprès de 221 médecins généralistes en 2007, Vaquin et Villeminey retrouve une prévalence du burn out estimée à 51.6% (32).

De la même manière, une étude sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux menée par la Commission Prévention et Santé Publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile-de-France (URML) et dirigée par Eric Galam en 2007 retrouve les résultats suivants : sur les 2243 médecins généralistes et spécialistes d'Ile-de-France ayant participé à l'enquête, 53% ont déclaré se sentir menacés par le SEP ou burn out, avec un plus haut risque en cas d'exercice de la médecine générale (60.8%), en secteur 1 (57.4%). Les médecins qui se sentent le plus menacés par le burn out seraient aussi ceux âgés de 45 à 50 ans (57.5%), les célibataires (66.3%), ceux qui consultent sans rendez-vous (60.4%) et font des visites à domicile (69%), et ceux qui réalisent plus de 6000 actes par an (64.6%) (33).

Dans cette étude les causes de stress évoquées par les médecins sont de plusieurs types :

- ✚ Les causes professionnelles sont les plus fréquemment retrouvées : excès de paperasserie, charge de travail et exigences liées au travail, non reconnaissance du médecin, augmentation des contraintes collectives, conflits avec les patients ;

- ✚ Devant les causes médicales : prise en charge difficile de certains patients, les fins de vie, la difficulté de s'adapter aux nouvelles recommandations ;
- ✚ Et enfin personnelles : manque de temps pour la vie privée ou vie privée parasitée par le travail.

De même, Cathébras adresse un questionnaire aux médecins libéraux du département de la Loire en 2004 et retrouve sur les 306 inclus dans l'enquête, un taux de burn out moyen (pour les trois composantes : EE, DP et DAP) chez 44.5% d'entre eux et un taux élevé de burn out chez 5% d'entre eux (34).

La santé mentale des médecins a ainsi fait l'objet de nombreuses recherches indiquant que par rapport à la population générale, ils souffrent plus fréquemment de pathologies liées au stress, d'anxiété, de dépression (35) et ont une consommation de médicaments psychotropes (36) avec des conduites addictives (34) et des taux de suicide plus élevés (37) (38).

De plus, comme nous l'avons déjà vu, l'épuisement professionnel est associé à une prévalence accrue de pathologies cardiovasculaires (25,26), mais peut aussi être responsable de troubles du sommeil (39) et avoir des conséquences négatives importantes sur le travail du médecin généraliste : arrêts de travail plus fréquents (40), erreurs médicales (27) et détérioration de la qualité de la relation de soins (41).

Il est intéressant de constater que l'une des premières causes d'invalidité chez les médecins d'après la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF) est représentée par les affections psychiatriques (42) : en effet, l'examen des causes d'incapacité temporaire de travail (ou ITT) met en évidence une majorité de pathologies cancéreuses (28.68% en 2017). Les motifs psychiatriques arrivent en seconde position (18.27% en 2017) dans la catégorie des médecins percevant des indemnités journalières. De 2015 à 2017 les troubles psychiatriques représentent la première cause d'invalidité définitive (42.83% en 2017) chez les médecins en invalidité, devant les maladies du système nerveux (17.46%) et les cancers (12.32%).

Une étude téléphonique menée dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur en 2007 sur un échantillon de 511 médecins généralistes tirés au sort retrouve un syndrome d'épuisement professionnel complet (avec les trois dimensions EE, DP et DAP remplies) chez 1% d'entre eux, mais 23% des médecins avaient un score d'épuisement émotionnel élevé, 19.6% un score de dépersonnalisation élevé, et 10.6% une diminution de l'accomplissement personnel faible (43). Les

facteurs de risque significatifs de burn out rapportés dans cette étude étaient : la durée de travail hebdomadaire et la charge mentale de travail élevées, la prise en charge de patients en fin de vie, les attentes irréalistes des patients, les conflits entre vie familiale et vie professionnelle, les contentieux judiciaires, et la remise en cause des compétences du médecin par les patients.

Il est intéressant de remarquer que les facteurs de stress les plus fréquemment cités par les médecins généralistes comme source de burn out sont plus souvent organisationnels, relationnels et administratifs que médicaux purs et ayant trait à la prise en charge des patients.

Pour ce qui est du milieu hospitalier, une Enquête de Santé et Satisfaction des Médecins au Travail réalisée en France en 2007 auprès de 3196 praticiens seniors (médecins et pharmaciens) travaillant dans des établissements de santé publics, privés, de médecine du travail ou santé publique confondus, retrouve environ 40% de syndrome d'épuisement professionnel (44).

La thèse de Gleizes et Vidal (Gleizes et al.2002) se concentre sur un échantillon de 932 médecins généralistes de la Haute-Garonne et de Paris devant répondre à un questionnaire sur des situations à risque de stress (45). Sur l'ensemble des questionnaires exploités, les sources de stress les plus souvent retrouvées sont le poids financier du cabinet et les contraintes administratives (82 et 72.2%). Viennent ensuite : la perturbation de la vie privée, les conflits avec les associés, l'isolement professionnel, les appels d'urgence, l'interruption de la consultation par le téléphone, les demandes des familles, la prise en charge de la fin de vie, l'implication dans la souffrance du patient, la sensation d'insécurité des médecins.

L'augmentation du nombre d'incivilités et d'agressions contre les médecins des services d'urgence ou de cabinets libéraux a incité l'Ordre des Médecins à mettre sur pied en 2002 un observatoire des agressions dont sont victimes les médecins. Depuis le 1er janvier 2019, le dispositif de déclaration a par ailleurs été étendu aux internes, qui doivent également être protégés dans leur mission au service des patients. Ainsi, en France, en 2018, il y a eu 1 126 déclarations d'incidents, soit une hausse de près de 9% par rapport à 2017 (46), touchant le plus souvent les médecins généralistes (70% des déclarations). En parallèle, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) a recueilli 18 996 atteintes aux personnes en 2017, ce qui représente plus de 80% des signalements. Les services les plus affectés sont : la psychiatrie (20% des déclarations), les urgences (16%) et la gériatrie (11%). Les professionnels de santé sont les principales victimes de ces violences (94% des déclarations, toutes professions confondues) et les auteurs sont des patients ou des accompagnateurs dans plus de 90% des cas (47).

Les gardes et astreintes qui augmentent le temps de travail et la fatigue des soignants, et la confrontation du médecin aux situations d'urgence sont les dernières sources de stress rapportées, et celles qui nous intéresseront principalement dans cette étude.

Une méta analyse portant sur 37 études ayant pour sujet l'évaluation de la prévalence du burn out chez les médecins français sélectionnées de 2000 à 2017 retrouve sur les 15.183 médecins inclus au total, une prévalence du burn out estimée à 49% et burn out sévère 5% (48). Cette méta analyse met aussi en évidence le fait que les médecins urgentistes ont tendance à avoir des taux plus élevés de burn out et burn out sévère de manière significative, de même que les internes, qui présentent quant à eux des taux plus élevés de dépersonnalisation accrue. Il est donc important de trouver des moyens pour améliorer la situation et cibler les internes et urgentistes en priorité, comme nous allons le voir dans notre enquête.

4) Etat de santé des IMG : anxiété, stress, burn out et facteurs de risques

Nous avons vu qu'au cours de l'internat, les futurs médecins devaient réaliser six semestres ou stages de six mois pour valider leur DES de médecine générale.

Avec la réforme, les internes doivent obligatoirement réaliser leur stage aux urgences et celui en médecine générale ambulatoire de niveau 1 au cours de leur première année d'internat, puis ceux de médecine adulte, pédiatrie, gynécologie et SASPAS en suivant.

Nous allons voir que plusieurs études mettent en évidence des taux importants d'anxiété, de burn out et de stress dans la population d'IMG avant la réforme.

Parmi les études les plus importantes réalisées sur le sujet, celle de Le Tourneur et Komly (49), deux internes de la faculté de Grenoble dont la thèse a été dirigée par Eric Galam, porte sur toute la population d'IMG de France en 2011.

Selon cette étude qui a regroupé plus de 4000 questionnaires (soit 64% de la population d'IMG):

- ✚ 46.5% des IMG se sentent menacés par le burn out ;
- ✚ 6.1% des IMG rapportent avoir déjà eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois avec une tentative de suicide dans 4% des cas ;
- ✚ 30.8% des IMG déclarent être victimes d'insomnie ou avoir des rêves en lien avec leur travail ;

- ✚ 16.5% des IMG pensent souvent à une réorientation ;
- ✚ 37% des IMG admettent qu'ils ne repasseraient pas leur PCEM1 ou Première Année du Premier Cycle des Etudes Médicales si c'était à refaire.

Le taux d'IMG en épuisement émotionnel élevé était de 16%, 33.8% avaient un score de dépersonnalisation élevé et 38.9% d'accomplissement personnel bas.

Dans leur étude, Le Tourneur et Komly ont identifié des facteurs de stress chez les internes qu'ils ont classé en deux catégories :

Les facteurs de stress liés au travail :	Les facteurs de stress personnels :
<ul style="list-style-type: none"> • La charge de travail • L'ambiguïté du rôle d'interne • Le manque de reconnaissance par les supérieurs • Le décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession • Le manque de contrôle de ses actes • Le manque de travail en équipe • Les conflits avec les patients • Les difficultés de s'adapter aux recommandations 	<ul style="list-style-type: none"> • Le manque d'expérience médicale • Le manque de temps à consacrer à sa famille • Le célibat

Tableau 3 : Facteurs de stress des IMG de France, Le Tourneur et Komly, 2011.

A la même époque, Feraudet et coll. (50) interrogent tous les internes de Bordeaux en 2008 et retrouvent 74.2% de stress professionnel et 21.4% de burn out. Kerrien et coll. (51) étudient la

population d'internes de Brest en 2012 et mettent en évidence un taux de dépression estimé à 13% et 28.7% de troubles anxieux.

Thévenet en 2011 étudie de manière comparative les populations d'IMG d'Ile-de-France et du Languedoc-Roussillon et retrouve un taux d'internes en burn out estimé à 19% (52). En 2014, Lieurade effectue un travail auprès des IMG Toulousains et retrouve un taux de 45% d'épuisement professionnel (53).

Des résultats identiques sont retrouvés au sein de la population d'IMG de Nantes (54). Dans son étude, Barbarin montre que sur 114 répondants, 65 internes déclarent avoir eu au moins un critère de burn out, soit une prévalence de burn out estimée à 57% dans cette population.

Dans cette étude, les facteurs de risque significatifs ($p < 0.05$) de burn out étaient respectivement :

FDR d'Épuisement Emotionnel :	FDR de Dépersonnalisation :	FDR de Diminution de l'Accomplissement Personnel :
<ul style="list-style-type: none"> Le fait d'être en 1^{er} semestre Le ressenti d'une discrimination entre les IMG et les autres spécialités L'absence de reconnaissance de leur travail Les connaissances théoriques perçues comme inadaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Le sexe masculin La charge familiale Le ressenti d'une discrimination entre les IMG et les autres spécialités La gestion de fin de vie et de pathologies graves Les connaissances théoriques perçues comme inadaptées 	<ul style="list-style-type: none"> Le célibat La charge familiale Le fait d'avoir pris médecine générale par défaut La gestion de fin de vie et de pathologies graves Les connaissances théoriques perçues comme inadaptées

Tableau 4 : Facteurs de risque significatifs de burn out dans l'étude Barbarin 2008.

D'après cette étude, le burn out touche les IMG de Nantes dans les mêmes proportions que les médecins généralistes, et on trouve des facteurs de risque communs aux deux populations (absence de reconnaissance du travail fourni et confrontation à la souffrance et à la mort) tandis que d'autres facteurs de burn out sont propres aux IMG (discrimination avec les internes de spécialités et le sentiment d'avoir des connaissances théoriques inadaptées à la pratique clinique).

La charge de travail des internes nantais était importante (52.4h/semaine en moyenne, 56.3h pour les stages hospitaliers) mais malgré cela, il n'y avait pas de lien statistique entre la durée du travail hebdomadaire et le burn out.

Il est important de souligner que les internes de premier semestre de médecine générale nantais étaient plus à risque de burn out ($p=0.04$).

Après son étude sur les médecins libéraux de Champagne-Ardenne, Didier Truchot s'est aussi intéressé aux étudiants en médecine générale de cette même région, et aux facteurs de stress rencontrés dans cette population (55). Il est intéressant de noter que ce sont principalement les facteurs de stress liés à la charge de travail qui sont les plus perçus chez les internes (devoir maintenir une concentration importante et travailler vite, effectuer plusieurs tâches différentes...). Les facteurs de stress sociaux, ceux traduisant un conflit entre vie familiale et professionnelle sont relativement peu importants dans cette population. Les scores de burn out ont tendance à augmenter au cours des six premières années de médecine et les étudiantes sont plus touchées par le burn out que leurs collègues masculins.

L'étude PrémaRADES (56) dirigée par Coralie Hermetet, étudiante en médecine à Tours, dont l'objectif principal était d'évaluer la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression parmi les étudiants des filières santé de l'université de Tours, retrouve des résultats préoccupants : la prévalence de l'anxiété est estimée à 44% et la dépression à 8%.

7% des étudiants présentaient les deux symptômes. La filière médecine était plus touchée par la dépression ou l'association dépression/anxiété.

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier les marqueurs de risque associés à la survenue d'une anxiété ou d'une dépression afin de proposer des solutions pour améliorer la qualité de vie des étudiants en santé.

Ainsi les marqueurs associés de manière significative ($p < 0.05$) à une augmentation du score d'anxiété et/ou de dépression étaient les suivants :

- ✚ Les stages considérés comme insatisfaisants pour la formation aux ECN, et défailants dans la mission de formation professionnelle ;
- ✚ Le temps de travail en stage dépassant le travail obligatoire ;
- ✚ Le sentiment de solitude ;
- ✚ Les discriminations envers la spécialité de médecine générale émanant des autres spécialités ;
- ✚ Le vécu « négatif » et « très négatif » de la pression vis-à-vis des ECN ;
- ✚ Les difficultés psychologiques face aux pathologies rencontrées dans les services ;
- ✚ L'inquiétude concernant l'évolution du métier.

Dans sa thèse, Marianne Guinaud retrouve une prévalence de 40.2% des IMG d'Ile-de-France présentant un niveau d'épuisement émotionnel modéré et 24.1% un niveau d'épuisement émotionnel élevé, 42% un taux élevé de dépersonnalisation et 48.6% un taux d'accomplissement personnel bas (57).

Les travaux de Rivoire et Colombat présentent le même résultat au CHU de Tours : 53% des internes avaient au moins une dimension de burn out (58).

Plus récemment, une enquête nationale sur l'état de santé des jeunes médecins a été réalisée en 2016 par l'Ordre National des Médecins en collaboration avec l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes), l'ISNAR-IMG et l'ISNCCA (InterSyndicat National des Chefs de Clinique et Assistants) (59). Sur les 8000 étudiants ayant participé, 21% soit près d'un quart a déclaré être en état de santé moyen, et 14% de ces jeunes médecins ont déclaré avoir déjà eu des idées suicidaires.

De la même manière, en 2017, l'enquête « Santé mentale des jeunes et futurs médecins » ou ESMJM (60) voit le jour. Les différents syndicats d'étudiants en médecine (ANEMF, ISNI et ISNAR-IMG) interrogent 21.678 internes au moyen de questionnaires distribués de janvier à avril 2017 et retrouvent les résultats suivants :

- ✚ 66.2% d'anxiété ;
- ✚ 27.7% de dépression ;
- ✚ 23.7% d'idées suicidaires.

Ces dernières années, les études portant sur le stress des médecins se sont de plus en plus répandues, certaines s'intéressant plus particulièrement au stress ressenti par les internes dans le cadre de leur travail, et notamment au cours des gardes aux urgences.

Ainsi, en 2015, Jessica Garling réalise une thèse qualitative à l'aide d'entretiens individuels auprès d'internes de premier semestre afin de recueillir leurs expériences personnelles vécues comme émotionnellement stressantes, notamment lors de leurs gardes aux urgences (61). Elle conclue en déclarant que l'origine principale du stress éprouvé par ces jeunes internes vient d'un sentiment d'impuissance face aux responsabilités qui leur incombent en garde, face à leur absence de savoir-faire en situation d'urgence et aux incertitudes quant à leur prise de décision sur le plan médical. Toutes ces données auxquelles s'ajoute la confrontation permanente à la mort sont génératrices d'un niveau de stress élevé en garde. Ce sentiment d'impuissance va entraîner chez eux une mauvaise estime de soi. Les internes déplorent aussi l'absence de responsabilités confiées durant l'externat et la focalisation de leur formation sur les ECN, le résultat final étant un changement identitaire brutal vers leur nouveau rôle d'interne, qu'ils vont devoir assumer insuffisamment préparés.

Une autre thèse réalisée en 2018 s'est donnée pour objectif de recueillir les suggestions des internes de Midi-Pyrénées afin de limiter la souffrance psychologique et prévenir l'apparition du burn out (62). Au total 133 internes soit 51.6% des répondeurs avaient présenté une souffrance psychologique difficilement surmontable au cours de leur internat. Il est important de souligner que 47.4% des internes interrogés avaient davantage éprouvé ces difficultés au cours du premier semestre. Une majorité d'internes (97.3%) pensait qu'il existait des solutions à mettre en œuvre afin de limiter cet épuisement psychologique. Les principales solutions évoquées par les internes étaient : la diminution de la charge de travail, une meilleure reconnaissance du travail accompli par les supérieurs, les groupes de parole et le tutorat, l'accès à des thérapeutiques spécifiques (rencontre avec le médecin du travail, psychologue), et enfin les activités sportives.

Dans plusieurs études (Lieurade (53), Le Tourneur (49), Guinaud (57) et Thevenet (52)), l'activité sportive et les loisirs sont considérés comme des facteurs protecteurs du syndrome d'épuisement professionnel.

Dans sa thèse rédigée en 2014, Marion Lestienne Crémère a recherché les facteurs de stress spécifiques des IMG et élaboré une échelle de stress valide afin d'améliorer la qualité de vie des internes et de limiter le burn out dans cette population (63).

Les facteurs de stress spécifiques des internes mis en évidence dans ce travail peuvent être classés en trois catégories :

Facteurs de stress liés à l'organisation médicale des soins:	Facteurs de stress liés au stage :	Facteurs de stress intrinsèques liés à l'interne :
<ul style="list-style-type: none"> - La relation avec les chefs peut être apparentée à un facteur aggravant le stress - Les situations d'urgence - Le stress face aux responsabilités - La peur de faire une erreur médicale - Le manque d'expérience médicale - Le manque de connaissances médicales 	<ul style="list-style-type: none"> - La charge de travail lourde - Les mauvaises conditions de travail (manque de moyens, manque d'informations dans le dossier du patient quand les internes sont appelés dans les services en garde) - L'adaptation au nouveau stage - La fatigue - Les gardes - Le travail universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficultés de gestion de la vie personnelle - Relation avec le patient et sa famille - Relation avec l'équipe soignante

Tableau 5 : Facteurs de stress des IMG, Marion Lestienne Crémière, 2014.

Comme nous venons de le voir, de nombreuses études se sont données pour objectif d'évaluer l'état psychologique des internes, le niveau de stress et le burn out.

Le constat est que les IMG sont souvent en proie à un stress, une anxiété, qui peut se majorer de manière aigue lors de situations anxiogènes telles que les gardes, ou évoluer de manière chronique jusqu'à l'installation du burn out ou SEP.

Plusieurs études mettent en avant le fait que les internes de premier semestre sont les plus à risque d'être affectés par cette dimension de stress, anxiété pouvant aller jusqu'au burn out (50,56,59,64). Or l'ensemble de ces études portait sur les IMG avant la réforme. On peut donc se demander si la réforme du troisième cycle a eu des conséquences négatives ou positives sur la santé mentale des internes et leur niveau de stress et si elle a permis d'améliorer les conditions et la qualité de travail de ces derniers.

En effet, on peut se demander comment un jeune interne de premier semestre ayant tout récemment passé les ECN va évoluer au cours de ses premières gardes, comment il va gérer le stress pouvant être occasionné par ces situations particulièrement anxiogènes, afin de réaliser son travail correctement dans de bonnes conditions et prendre en charge les patients de la manière la plus optimale.

L'objectif de cette étude va être aussi d'identifier les facteurs responsables de stress au cours de ces gardes, et l'impact que peut avoir la réforme du troisième cycle et le terrain de stage sur la réalisation de ces gardes et le stress qu'elles occasionnent.

Le but final de notre étude étant de trouver des pistes d'amélioration pour favoriser la santé mentale des IMG, mais aussi la qualité et les conditions de réalisation de leurs gardes, et indirectement d'améliorer la prise en charge des patients.

Matériel et Méthode

I. Matériel

1) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de recueillir l'avis des internes de premier semestre de médecine générale niçois concernant le vécu de leurs gardes depuis la réforme du troisième cycle.

Les objectifs secondaires étaient :

- ✚ Etudier les caractéristiques démographiques de la population de néo internes niçois ;
- ✚ Estimer parmi la population de jeunes médecins niçois, le nombre d'internes pouvant se retrouver en difficulté en garde ou dont l'état de burn out pouvait se majorer en garde, et le nombre d'internes ayant vécu un sentiment d'injustice en garde ;
- ✚ Identifier les facteurs responsables de stress au cours des gardes ;
- ✚ Explorer les problèmes rencontrés par les jeunes internes qui se retrouvent en difficulté en garde afin de mettre en évidence des pistes de réflexion pour améliorer leur qualité de vie au travail.

2) Choix du type d'étude

La première étape de ce travail a été de décider du type d'enquête qui permettrait au mieux de recueillir et de comprendre les difficultés rencontrées par les jeunes internes en garde.

Notre choix s'est porté sur une étude épidémiologique descriptive observationnelle transversale au moyen d'un questionnaire anonyme adressé à tous les internes de premier semestre niçois concernant leurs gardes effectuées sur la période janvier à avril 2019.

Nous avons pris la décision de recueillir l'avis des internes concernant leurs gardes sur une période de deux mois avant le changement de semestre pour éviter un biais de mémorisation, et de les interroger sur leur trois dernières gardes afin d'éviter un biais de sélection.

II. Méthode

1) Population étudiée et problématiques éthiques

L'étude a donc porté sur la promotion niçoise 2018/2019 d'internes de médecine générale, soit la première promotion depuis la réforme du troisième cycle de 2017.

Il n'y avait pas de critère d'inclusion ni d'exclusion relatif à l'âge, au sexe, ni à la faculté d'origine.

Le critère d'inclusion pour pouvoir participer à l'étude était d'être interne de premier semestre de médecine générale.

L'enquête portant sur une promotion encore transitionnelle, les internes de premier semestre qui n'étaient pas dans un terrain de stage correspondant à la maquette officielle de DES de médecine générale (à savoir chez le praticien ou aux urgences) ont été exclus de l'étude.

Dans le cadre de cette étude épidémiologique descriptive observationnelle non interventionnelle, le consentement écrit des patients n'a pas été obligatoire, le traitement des données réalisées au cours de l'étude dans le cadre de la méthodologie de référence MR 004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) publiée le 13 juillet 2018 n'impliquant pas la personne humaine et présentant un caractère d'intérêt public.

Lors de la diffusion des questionnaires, les internes ne devaient donner ni nom/prénom, ni coordonnées et ils ont été informés du fait qu'ils resteraient anonymes.

Il n'a pas été collecté de données personnelles au sens de la CNIL, le travail ne relevait pas de la loi « Informatique et libertés » et ne nécessitait donc pas de déclaration auprès de la CNIL.

Il ne s'agissait pas non plus d'un recueil de données sensibles, il n'était donc pas nécessaire de demander l'avis d'un comité d'éthique.

De plus, l'étude n'avait pas pour finalité le développement des connaissances biologique et médicale, elle était donc hors champ de la loi Jardé et n'a pas nécessité l'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP).

2) Le questionnaire

Nous avons procédé au recueil des données par auto-questionnaire (Annexe 2) intitulé « Evaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle ».

Celui-ci a été élaboré le 19 mars 2019 avec GOOGLE FORMS®. Il était composé de 20 questions auxquelles les réponses pouvaient être libres ou certaines à choix sous forme de cases à cocher.

On peut diviser ce questionnaire en trois parties.

- Première partie soit les cinq premières questions :

Se référait aux caractéristiques socio-démographiques (sexe/âge/faculté d'origine) des internes ainsi qu'à leur externat (nombre de gardes effectuées en tant qu'externe/formation spécifique ou non avant les gardes).

- Deuxième partie soit les sept questions suivantes :

S'intéressait au statut actuel de l'interne : stage en cours (praticien versus urgences), nombre et terrain des gardes effectuées par l'interne.

- Troisième partie soit les sept dernières questions :

Portait sur l'impression générale de l'interne sur ses trois dernières gardes (s'il s'est senti à l'aise ou en difficulté), s'il s'était déjà retrouvé en situation d'épuisement professionnel ou burn out en garde, et s'il avait déjà vécu un sentiment d'injustice. On lui demandait aussi d'identifier les facteurs qui selon lui pouvaient éventuellement être à l'origine des difficultés rencontrées en garde (manque de formation, de seniorisation, d'expérience, fatigue ressentie, ou encore stress face aux situations d'urgence).

3) Critères d'inclusion

Il suffisait d'être interne de médecine générale et en premier semestre au 25 mars 2019 pour pouvoir participer à l'étude.

Par conséquent, du fait de la réforme qui a été mise en place dans les délais à Nice, les internes de premier semestre niçois devaient forcément être en stage chez le médecin généraliste ou aux urgences soit en train de valider une partie de leur phase socle.

4) Critères d'exclusion

Les internes dont les terrains de stage n'étaient ni urgences ni praticien ont été exclus de l'étude car nous avons considéré par défaut qu'ils n'étaient pas en phase socle validée par la réforme, pas en premier semestre donc ou pas en médecine générale (soit deux questionnaires exclus au total).

Les internes de spécialités autres que la médecine générale ont aussi été exclus de l'étude.

5) Recueil des données

Dans l'étude, nous avons inclus tous les questionnaires « Evaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle » ayant été distribués aux internes de premier semestre et retournés complétés.

Les questionnaires ont été distribués aux IMG de premier semestre en amphithéâtre à la faculté de médecine de Nice le 25 mars 2019 lors des choix de stage pour le second semestre : 50 questionnaires ont été retournés à ce moment-là en mains propres (à l'auteur du questionnaire et de l'étude).

Durant la période du 25 mars au 25 avril 2019, six autres questionnaires ont été recueillis en ligne via un lien internet vers la plateforme Google Forms, où les étudiants ont pu retourner leurs réponses en direct : seulement quatre de ces six questionnaires ont pu être utilisés, les autres ne répondant pas aux critères d'inclusion de l'étude.

Nous avons donc obtenu un total de 54 questionnaires exploitables au final.

6) Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel MICROSOFT EXCEL pour PC 2016®.

Résultats

I. Echantillon

Nous avons obtenu 56 réponses au questionnaire : deux ne répondaient pas aux critères d'inclusion, les terrains de stage étant hors urgences et praticien (endocrinologie hospitalisation complète et post urgences gériatriques).

Nous avons donc recueilli au total 54 réponses valides pouvant être incluses dans l'étude pour une diffusion à une promotion de 72 internes, soit un taux de réponse de 75%.

Les caractéristiques des répondeurs sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

	N=54	%
Sexe		
• Masculin	22	40.7
• Féminin	32	59.2
Age		
• 23 ans	1	1.8
• 24 ans	6	11.1
• 25 ans	27	50
• 26 ans	10	18.5
• 27 ans	4	7.4
• 28 ans	4	7.4
• 29 ans	2	3.7
Faculté d'origine		
• Nice	15	27.7
• Marseille	5	9.2
• Bordeaux	2	3.7
• Toulouse	3	5.5
• Montpellier	2	3.7
• Nîmes	1	1.8
• Limoges	1	1.8
• Nancy	4	7.4
• Paris	6	11

• Besançon	1	1.8
• Tours	4	7.4
• Amiens	3	5.5
• Poitiers	1	1.8
• Rouen	1	1.8
• Nantes	1	1.8
• Saint Etienne	1	1.8
• Grenoble	1	1.8
• Dijon	1	1.8
• Angers	1	1.8
Nombre de gardes effectuées durant l'externat		
• Moins de 10	2	3.7
• Entre 10 et 20	13	24
• Entre 20 et 30	23	42.6
• Plus de 30	16	29.6
Formation spécifique avant de débiter les gardes en tant qu'externe		
• Oui	24	44.4
• Non	30	55.5

Tableau 6 : Caractéristiques socio-démographiques des IMG de premier semestre niçois et externat.

La population recrutée était composée de 59.2% de femmes.

La moitié des internes de l'échantillon avait 25 ans, et la plupart d'entre eux avait pour facultés d'origine Nice et Marseille (36.9%).

De même la majorité des internes (72.2%) avait effectué un nombre de gardes supérieur à 20 au cours de leur externat.

A noter qu'une grande part des étudiants (55.5%) n'avait pas reçu de formation aux gestes techniques courant réalisables au Service d'Accueil des Urgences (SAU) avant de débiter leurs gardes en tant qu'externe.

II. Stage actuel et gardes

Les internes interrogés ont dû ensuite répondre à des questions plus précises concernant leurs terrains de stages et de gardes.

Les données recueillies ont été résumées dans le tableau suivant :

	N=54	%
Terrain de stage actuel		
• Urgences	27	50
• Praticien	27	50
Terrain de gardes actuel		
• CHU	26	48.2
• Périphérie	28	51.8
Urgences	35	64.8
Etages	0	0
Urgences + étages	19	35.2
Médecine	54	100
Chirurgie	0	0
Nombres de gardes effectuées depuis le début de l'internat		
• Moins de 5	0	0
• Entre 5 et 10	4	7.4
• Entre 10 et 15	17	31.4
• Entre 15 et 20	18	33.3
• Plus de 20	15	27.7
Formation spécifique aux urgences avant de débiter les gardes en tant qu'interne		
• Oui	19	35.2
• Non	35	64.8

Tableau7: Caractéristiques des stages et terrain de gardes actuels des internes.

L'échantillon s'est finalement divisé de manière équitable entre 50% d'internes étant actuellement en stage aux urgences (N=27) et 50% en stage chez le médecin généraliste (N=27).

La répartition entre gardes au CHU (48.2%) et gardes en périphérie (51.8%) était quasi identique.

Les gardes aux urgences seules représentaient la majorité (64.8%) de l'ensemble des gardes par rapport aux gardes réalisées aux urgences et dans les étages (35.2%).

Aucune garde n'était effectuée en service de chirurgie.

La majorité des internes (92.4%) avait effectué plus de dix gardes depuis le début de leur internat et 61% en avait réalisé plus de 15, avec la répartition suivante :

- ✚ Parmi ceux en stage chez le praticien :
 - 4 ont fait entre 5 et 10 gardes ;
 - 9 ont fait entre 10 et 15 gardes ;
 - 13 ont fait entre 15 et 20 gardes ;
 - 1 a fait plus de 20 gardes.

- ✚ Parmi ceux en stage aux urgences :
 - 0 ont fait entre 5 et 10 gardes ;
 - 8 ont fait entre 10 et 15 gardes ;
 - 5 ont fait entre 15 et 20 gardes ;
 - 14 ont fait plus de 20 gardes.

A noter qu'une part importante des internes (64.8%) n'avaient pas reçu de formation spécifique avant de débiter leurs gardes aux urgences, et parmi ceux ayant reçu une formation spécifique aux urgences (N=19 soit 35.2%) :

- ✚ 12 soit 22.2% ont reçu celle dispensée par les seniors des urgences de Fréjus (Dr JAMMES) ;
- ✚ 4 soit 7.4% ont reçu celle dispensée par leurs seniors des urgences (service non précisé) ;
- ✚ 1 soit 1.8% a reçu celle dispensées par les seniors des urgences de Cannes (Dr LAMECHE).

III. Evaluation des gardes par les internes de premier semestre

Les internes ont ensuite été interrogés sur la façon dont ils vivaient leurs gardes, s'ils s'étaient retrouvés en difficulté ou à l'aise au cours de leurs trois dernières gardes de premier semestre d'internat, et s'ils avaient déjà vécu un sentiment d'injustice ou de burn out en garde.

Les réponses ont été rapportées dans le tableau suivant :

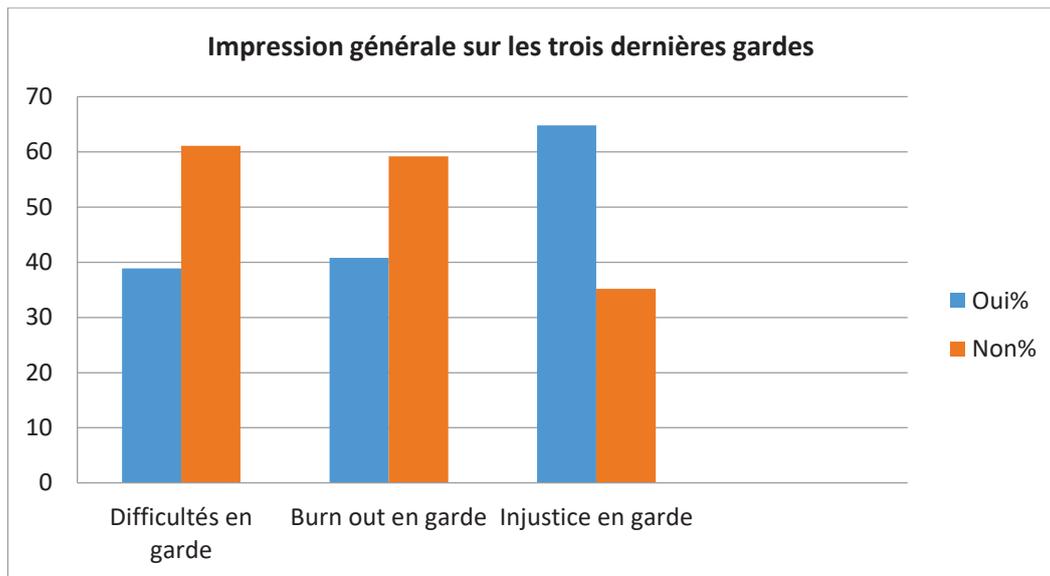
	N=54	%
Impression générale concernant les 3 dernières gardes		
• Sentiment d'être à l'aise	33	61.1
• Sentiment d'être en difficulté	21	38.9
Senior joignable en cas de difficulté		
• Oui	46	85
• Non	8	15
Déplacement du senior en cas de difficulté		
• Oui	31	57.4
• Non	23	42.6
Situation de burn out ou épuisement professionnel déjà vécu en garde		
• Oui	22	40.8
• Non	32	59.2
Sentiment d'injustice déjà vécu en garde		
• Oui	35	64.8
• Non	19	35.2

Tableau 8 : Témoignage des IMG de premier semestre niçois concernant leurs gardes.

Cette étude met en évidence qu'une part non négligeable des internes (N=21 soit 38.9%) rapporte s'être retrouvée en difficulté lors des gardes.

De la même manière 40.8% des internes (N=22) avoue avoir déjà vécu un sentiment d'épuisement professionnel ou burn out en garde.

La majorité des internes (N=35 soit 64.8%) rapporte avoir déjà vécu un sentiment d'injustice en garde.



Quand ils sont interrogés sur la façon dont l'injustice a été commise envers eux :

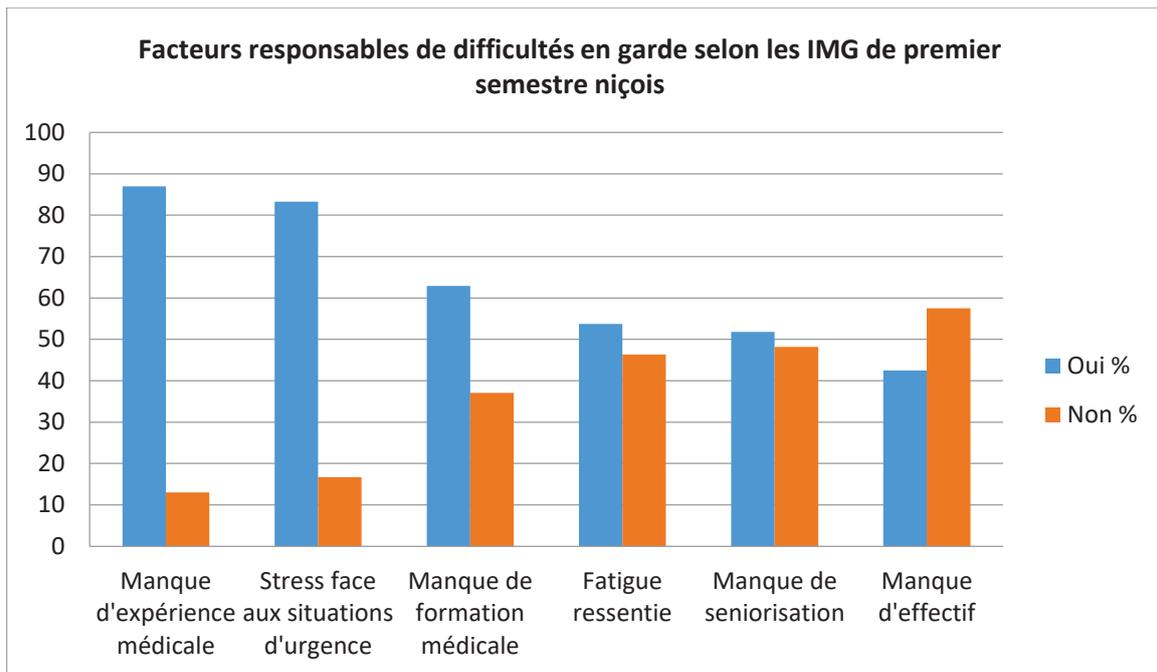
- ✚ 46.3% d'entre eux (N=25) dénoncent une inégalité entre les efforts fournis en garde et les bénéfices retirés (salaire, reconnaissance), se rapportant plus à l'injustice distributive ;
- ✚ 29.6% des internes (N=16) dénoncent un comportement injuste d'un senior envers eux dans la prise de décision soit une injustice interpersonnelle ;
- ✚ 25.9% des internes (N=14) mettent en avant la manière dont une décision a été prise par leur supérieur, le senior, en lien avec l'injustice procédurale ;
- ✚ 22.2% d'entre eux (N=12) ressentent une absence de communication et de partage d'informations entre le senior et l'interne soit une forme d'injustice informationnelle.

En cas de difficulté rencontrée en garde, le senior est joignable dans 85% des cas, et il se déplace dans 57.4% des cas.

IV. Facteurs potentiellement responsables des difficultés en garde

Quand ils sont interrogés sur les facteurs éventuellement responsables des difficultés en garde, les internes mettent avant :

- ✚ Le manque d'expérience médicale dans 87% des cas (N=47) ;
- ✚ La présence de stress face aux situations d'urgence dans 83.3% des cas (N=45) ;
- ✚ Le manque de formation médicale dans 62.9% des cas (N=34) ;
- ✚ La fatigue ressentie en garde dans 53.7% des cas (N=29) ;
- ✚ Le manque de seniorisation dans 51.8% des cas (N=28) ;
- ✚ Et enfin le manque d'effectif dans 42.5% des cas (N=23).



Selon les internes interrogés, le manque d'expérience médicale, le stress face aux situations d'urgence et le manque de formation médicale seraient les trois principales raisons pour lesquelles ils se retrouvent en difficulté en garde.

Il est intéressant de souligner que si on analyse le sous-groupe d'internes évoquant le manque de seniorisation comme un facteur favorisant l'apparition de difficultés en garde (N=28), on réalise que 14 internes évoquant le manque de seniorisation sont de garde aux urgences et 14 sont de garde aux urgences et dans les étages. Autrement dit, le manque de seniorisation affecte de la même manière les internes quel que soit leur terrain de gardes (urgences ou urgences et étages).

On peut se demander si le nombre de gardes réalisées, le type de gardes (urgences/urgences et étages), le terrain de gardes (CHU/périphérie), le fait d'avoir eu une formation spécifique ou non avant, et enfin le fait d'être en stage chez le praticien ou aux urgences seraient d'éventuels facteurs responsables de difficulté en garde.

Quand on analyse le sous-groupe d'internes en difficulté en garde (N=21), on réalise que :

- ✚ Le nombre de gardes varie : 8 en ont fait entre 10 et 15, 8 entre 15 et 20, 4 soit entre 5 et 10 et un seulement plus de 20 ;
- ✚ 11 internes en difficulté soit 52% réalisent leurs gardes au CHU contre 10 en périphérie ;
- ✚ 14 internes en difficulté soit 66.6 % n'ont pas reçu la formation, tandis que 7 soit 33.3% l'ont reçue ;

- ✚ 14 internes en difficulté soit 66.6% des internes en difficulté en garde sont en stage chez le praticien versus 7 soit 33.3% en stage aux urgences.

De plus, quand on compare les internes en difficulté qui réalisent leurs gardes au SAU et ceux qui réalisent leurs gardes au SAU et dans les étages on obtient :

- ✚ Sur un total de 35 internes en garde au SAU, 12 ont déclaré s'être retrouvés en difficulté soit 34% des internes en garde au SAU sont en difficulté ;
- ✚ Sur un total de 19 internes en garde au SAU et dans les étages, 9 ont déclaré s'être retrouvés en difficulté soit 47% des internes en garde au SAU et dans les étages sont en difficulté.

Autrement dit, il semblerait que les gardes aux urgences avec interventions dans les étages soient plus difficiles pour les internes.

On peut en conclure que le terrain de gardes (CHU/périphérie) ne semble pas influencer le vécu de la garde, en revanche, le petit nombre de gardes réalisées, le terrain de garde urgences et étages, l'absence de formation et le fait d'être en stage chez le praticien semblent être des facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde.

Parmi la population d'internes en difficulté en garde, (N=21), 14 de ces internes sont en stage chez le praticien versus 7 en stage aux urgences.

De la même manière, si on analyse la population d'internes ayant été en burn out ou épuisement professionnel en garde (N=22), 13 de ces internes sont en stage chez le praticien versus 9 aux urgences.

Parmi les internes ayant déjà vécu un sentiment d'injustice en garde (N=35), 22 sont en stage chez le praticien versus 13 aux urgences.

Dans la population d'IMG en stage chez le praticien (N=27) :

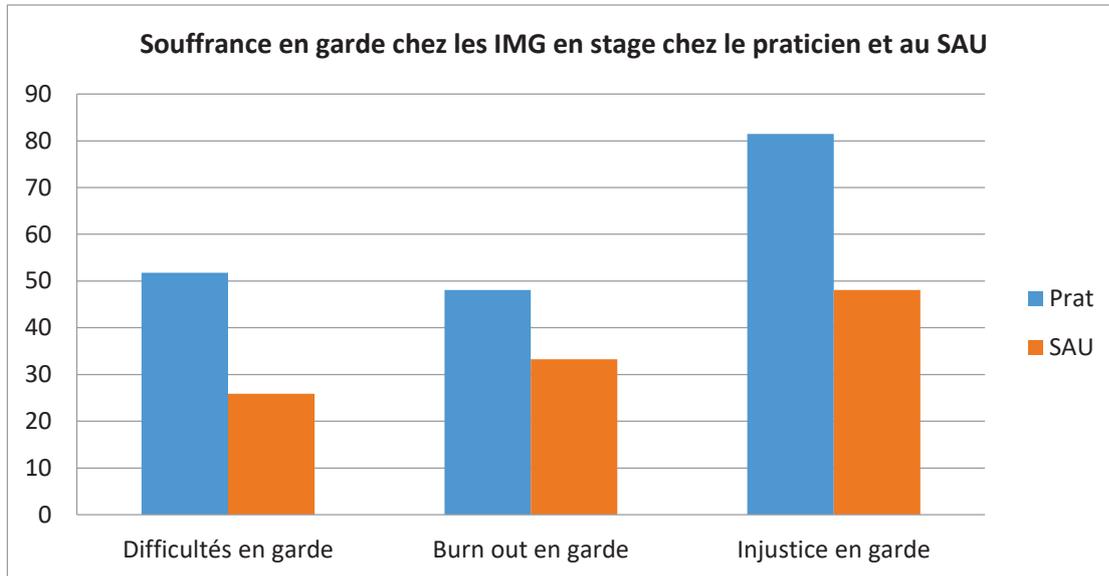
- ✚ 14 internes soit 51.8% sont en difficulté en garde ;
- ✚ 13 internes soit 48.1% se sont déjà retrouvés en burn out en garde ;
- ✚ 22 internes soit 81.5% ont déjà vécu un sentiment d'injustice en garde.

Dans la population d'IMG en stage au SAU (N=27) :

- ✚ 7 internes soit 25.9% sont en difficulté en garde ;
- ✚ 9 internes soit 33.3% se sont déjà retrouvés en burn out en garde ;

✚ 13 internes soit 48.1% ont déjà vécu un sentiment d'injustice en garde.

Les internes en stage chez le praticien sont donc plus en souffrance en garde que les internes en stage au SAU.



Discussion

I. Principaux résultats de l'étude

Nous avons obtenu 56 réponses au questionnaire : deux ne répondaient pas aux critères d'inclusion, les terrains de stage étant hors urgences et praticien.

Nous avons donc recueilli au total 54 réponses valides pouvant être incluses dans l'étude pour une diffusion à une promotion de 72 internes, soit un taux de réponse de 75%.

L'échantillon s'est finalement divisé de manière équitable entre 50% d'internes en stage aux urgences (N=27) et 50% en stage chez le médecin généraliste (N=27).

La majorité des internes (92.4%) avait effectué plus de dix gardes depuis le début de leur internat. 15 internes avaient effectué plus de 20 gardes dont 14 internes en stage aux urgences et un seul en stage chez le médecin généraliste.

Une part importante des internes (64.8%) n'avait pas reçu de formation spécifique au SAU avant de débiter leurs gardes aux urgences.

Au total :

- ✚ 64.8% (N=35) des internes rapportent avoir déjà vécu un sentiment d'injustice en garde ;
- ✚ 40.8% (N=22) avouent avoir déjà été en situation d'épuisement professionnel ou burn out en garde ;
- ✚ Et 38.9% (N=21) rapportent s'être retrouvés en difficulté en garde.

Quand on les interroge sur les facteurs responsables de difficultés en garde, 87% évoquent le manque d'expérience médicale, 83.3% le stress face aux situations d'urgence et 62.9% le manque de formation médicale. La fatigue ressentie en garde n'est rapportée que dans 53.7% des cas, le manque de seniorisation dans 51.8% des cas et le manque d'effectif n'est évoqué que dans 42.5% des cas.

Le manque d'expérience médicale, le stress face aux situations d'urgence et le manque de formation médicale seraient les trois principaux facteurs d'apparition de difficulté en garde évoqués par les internes.

Il est intéressant de noter que le manque de seniorisation est évoqué par 51.8% des IMG, avec une répartition équitable entre les internes faisant leurs gardes aux urgences seules (N=14) et ceux

réalisant leurs gardes aux urgences et dans les étages (N=14). Par ailleurs, le senior est joignable dans 85% des cas si une difficulté est rencontrée en garde, et il se déplace dans 57.4% des cas.

De plus, parmi la population d'internes en difficulté en garde (N=21), 14 de ces internes sont en stage chez le praticien versus 7 en stage aux urgences.

De la même manière, si on analyse la population d'IMG ayant été en burn out en garde (N=22), 13 de ces internes sont en stage chez le praticien versus 9 aux urgences.

Enfin, parmi les IMG ayant déjà vécu un sentiment d'injustice en garde (N=35), 22 sont en stage chez le praticien versus 13 aux urgences.

Dans la population d'IMG en stage chez le praticien (N=27) :

- ✚ 14 internes soit 51.8% sont en difficulté en garde ;
- ✚ 13 internes soit 48.1% se sont déjà retrouvés en burn out en garde ;
- ✚ 22 internes soit 81.5% ont déjà vécu un sentiment d'injustice en garde.

Dans la population d'IMG en stage au SAU (N=27) :

- ✚ 7 internes soit 25.9% sont en difficulté en garde ;
- ✚ 9 internes soit 33.3% se sont déjà retrouvés en burn out en garde ;
- ✚ 13 internes soit 48.1% ont déjà vécu un sentiment d'injustice en garde.

Les internes en stage chez le praticien sont donc plus en souffrance en garde que les internes en stage au SAU. On peut supposer que les IMG en stage chez le médecin généraliste se retrouvent plus souvent en difficulté en garde car ils ne connaissent pas le mode de fonctionnement du service, les équipes, les chefs, les personnes ressources, ou encore parce qu'ils ne sont pas habitués à devoir gérer plusieurs patients en même temps. Mais sept internes sont quand même en difficulté tout en étant en stage aux urgences, le terrain de stage n'est donc pas le seul facteur expliquant ces difficultés.

En analysant le sous-groupe d'internes en difficulté en garde (N=21), il semblerait que le petit nombre de gardes réalisées, l'absence de formation spécifique au SAU, le terrain de gardes urgences et étages et le fait d'être en stage chez le praticien soient des facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde.

Enfin, parmi ceux ayant vécu un sentiment d'injustice en garde :

- ✚ 46.3% d'entre eux (N=25) dénoncent une inégalité entre les efforts fournis en garde et les bénéfices retirés (salaire, reconnaissance), se rapportant plus à l'injustice distributive ;
- ✚ 29.6% des internes (N=16) dénoncent un comportement injuste d'un senior envers eux dans la prise de décision soit une injustice interpersonnelle ;
- ✚ 25.9% des internes (N=14) mettent en avant la manière dont une décision a été prise par leur supérieur, le senior, en lien avec l'injustice procédurale ;
- ✚ 22.2% d'entre eux (N=12) ressentent une absence de communication et de partage d'informations entre le senior et l'interne soit une forme d'injustice informationnelle.

Ces sentiments d'injustice relatifs à la justice distributive, la justice procédurale, la justice interpersonnelle et la justice informationnelle renvoient en fait au concept de justice organisationnelle, utilisé par Adams pour la première fois en 1965 pour décrire le rôle de l'équité quand elle est appliquée au monde du travail (64, 65).

La justice organisationnelle se préoccupe plus précisément de la façon dont les employés déterminent s'ils sont traités équitablement dans leurs emplois, et s'intéresse aux perceptions des individus face au traitement reçu au sein de l'organisation, aux réactions comportementales issues de ces perceptions (66) et aux entités impliquées dans ces perceptions de justice (67). A titre d'exemple, un traitement juste des employés a tendance à promouvoir les comportements de citoyenneté organisationnelle (68), à éviter les crises économiques et à réduire le stress des employés (69). A l'inverse, l'injustice au sein des organisations a tendance à engendrer des comportements vindicatifs (70), des comportements de retrait (71) et des sabotages sur le lieu de travail (72).

La justice est un déterminant majeur des attitudes et comportements au travail, elle est essentielle car elle garantit le contrôle des rétributions, véhicule le respect des valeurs morales et éthiques au sein de l'organisation et renforce le sentiment d'estime de soi (73). On peut donc penser qu'en favorisant le sentiment de justice organisationnelle, on peut renforcer l'estime de soi au travail.

Ce concept de justice organisationnelle se divise en quatre dimensions :

- ✚ La justice distributive : se réfère aux perceptions et réactions subjectives suite à une allocation des ressources (matérielles ou non) confrontée à ce que les employés croient mériter et basée sur une comparaison avec autrui (74, 75). ;
- ✚ La justice procédurale : élaborée par la théorie de la procédure de Thibaut et Walker en 1975 (76), elle fait référence à la justice perçue lors des processus décisionnels. C'est la perception

dans la manière dont les procédures de décisions ont été prises par le supérieur hiérarchique ;

- ✚ La justice informationnelle : renvoie à la perception de la valeur quantitative et qualitative des informations et explications reçues par le supérieur hiérarchique lors des procédures de décision ;
- ✚ La justice interpersonnelle : se réfère au comportement adopté par les autres membres de l'organisation vis-à-vis de soi (77). C'est la perception du comportement du supérieur hiérarchique envers nous dans la prise de décision.

D'après les réponses des internes concernant le sentiment d'injustice, on peut penser qu'en augmentant la reconnaissance du travail des internes par les chefs, on peut renforcer le sentiment de justice distributive, aboutir à une meilleure valorisation de l'interne et de son travail, favoriser l'estime de soi et permettre aux IMG de travailler dans de meilleures conditions en garde.

Ce sentiment d'injustice pourrait être aussi amélioré par des entretiens réguliers avec les seniors afin d'évaluer les compétences de l'interne et son niveau de progression au sein du stage au SAU.

Le chef pourrait revenir sur les points faibles de l'interne qui sont à travailler et ceux au contraire qui sont déjà acquis.

Un autre moyen pour lutter contre ce sentiment d'injustice serait de faire davantage participer l'interne aux prises de décisions et lors d'un désaccord, le laisser exprimer son point de vue.

Enfin sur le plan administratif, une revalorisation de la rémunération des gardes hospitalières a déjà été réalisée en 2016 (78).

II. Comparaison avec la littérature

En ce qui concerne les facteurs responsables de stress et de difficultés en garde, 87% des internes interrogés mettent en avant le manque d'expérience médicale. Le Tourneur et Komly et Marion Lestienne Crémère retrouvent aussi ce manque d'expérience médicale comme facteur de stress des IMG (49,63).

On peut aller plus loin en apparentant le fait d'être en premier semestre au manque d'expérience médicale. Ainsi de nombreuses autres études rapportent que les internes de premier semestre sont plus à risque de burn out (48, 54, 57).

Pour Barbarin, le premier semestre et la gestion de fin de vie et de pathologies lourdes sont des facteurs de risque d'épuisement professionnel, il y aurait donc une corrélation entre le premier semestre et l'épuisement professionnel (54).

Dans la thèse de Florence Roger, 51.6% des IMG avaient éprouvé des difficultés psychologiques au cours de leur internat, et 47.4% des internes avaient davantage éprouvé ces difficultés au cours du premier semestre (62), le début d'internat est donc un facteur de risque de syndrome d'épuisement professionnel.

Pour Guinaud, le jeune âge est un facteur de risque, les internes plus âgés présentent moins de souffrance mais les résultats restent indépendants du semestre (57).

Pour Maslach, le burn out apparaît plutôt en début de carrière, et l'expérience professionnelle est un facteur protecteur de burn out (28). Ces résultats confirment que le premier semestre et le manque d'expérience médicale constituent de réels facteurs de risque de stress, à l'origine d'un sentiment d'insécurité en garde, responsable de la survenue de difficultés voire même de burn out sur le long terme.

Jessica Garling explique que l'origine du stress éprouvé par les internes de premier semestre en garde vient d'un sentiment d'impuissance face aux responsabilités qui leur incombent, et face à leur absence de savoir-faire en situation d'urgence et d'incertitude dans leur prise de décisions médicales (61). Ces données font référence au manque d'expérience médicale, mais renvoient aussi au manque de formation médicale et à la notion de stress face aux situations d'urgence.

Il est intéressant de préciser que la gestion des urgences et du stress sont deux objectifs de la phase socle de la nouvelle maquette du DES de médecine générale (79) : « L'étudiant doit être capable de gérer les principales urgences médicales simples en identifiant les urgences vitales et fonctionnelles [...] et de gérer son stress ». Autrement dit, on attend des IMG qu'ils assurent la prise en charge d'urgences médicales sans stresser dès la fin du premier semestre.

On peut penser qu'une mise en autonomie plus progressive des internes aux urgences, après une phase d'observation et de supervision directe serait un bon moyen pour limiter ce manque d'expérience médicale et les difficultés en garde. Cette phase d'observation permettrait de préciser les points forts et les points faibles de l'interne, et de repérer les internes en difficulté en garde. La phase de supervision directe et indirecte des actes effectués en autonomie et les séances de

débriefing avec rétroactions régulières font déjà partie des outils d'évaluation des compétences de l'IMG durant son stage chez le praticien. Depuis le 21 avril 2017, il est obligatoire de les mettre en place durant la phase socle du DES, quel que soit le terrain de stage, praticien ou SAU (79).

Dans notre étude, le stress face aux situations d'urgences est la deuxième source de difficultés en garde évoquée par les internes dans 83.3% des cas. La difficulté à gérer seuls les urgences en milieu hospitalier ou ambulatoire est un sentiment éprouvé par la population d'IMG par Florence Roger (62). C'est également le cas dans l'étude de Marion Lestienne Crémère pour qui les situations d'urgence, le stress face aux responsabilités, et les gardes sont des facteurs de stress retrouvés chez les IMG (63).

De la même manière, le manque de formation médicale est retrouvé dans notre étude chez 62.9% des internes comme facteur expliquant potentiellement les difficultés en garde. Le manque de connaissances dans la formation médicale est également retrouvé comme facteur de stress spécifique des IMG dans la thèse de Marion Lestienne Crémère avec la peur de faire une erreur médicale (63).

Dans le cadre de cette formation médicale, le déséquilibre entre les connaissances théoriques et la pratique clinique est évoqué dans plusieurs études (54, 62). En effet, les connaissances médicales théoriques peuvent paraître comme insuffisantes ou inadaptées au sens consacrées exclusivement à la formation à l'ECN et non à la pratique clinique, ne préparant pas assez l'interne ni au rôle ni aux responsabilités qu'il va devoir assumer. Ainsi, les externes ont principalement un rôle d'élaboration du dossier médical et réalisent parfois des gestes techniques simples (relevant du soin infirmier), mais sont peu impliqués dans les décisions thérapeutiques et le suivi du patient. Ceci est sans doute favorisé par leur stage à mi-temps et leur présence dans le service le matin uniquement.

Dans leur étude s'intéressant à l'efficacité pédagogique de l'externat, Langevin et Hivon, professeurs de Médecine et d'Education Médicale à l'université de Sherbrooke, mettent en évidence le fait que les étudiants et les enseignants cliniciens ont une faible reconnaissance de l'externat en tant que dispositif de formation (80). En effet le caractère discontinu et aléatoire des stages et l'absence d'objectifs de formation explicites au cours de l'externat sont des obstacles à sa vocation pédagogique.

D'autre part, le travail de Dolmans confirme la nécessité d'établir des objectifs de formation précis pour un apprentissage optimal dans un milieu clinique (81).

Dans la thèse de J. Garling, les IMG déplorent l'absence de responsabilités confiées durant l'externat, et dans celle de F. Roger, ils proposent de diminuer leur niveau de responsabilités durant leur premier semestre, afin de prévenir la survenue de difficultés (61, 62).

On constate qu'il existe une réelle réflexion des internes quant à leur formation médicale et des pistes peuvent être trouvées afin de l'améliorer.

En effet, si on reprend le modèle du stress de Bruchon-Schweitzer (17) qui inclut les antécédents environnementaux, socio-démographiques et individuels dans le concept de stress, on peut penser qu'en jouant sur ces facteurs-là en amont dans le parcours des internes, et en mettant en place des solutions dès l'externat ou le premier semestre, nous pourrions avoir un effet bénéfique et prévenir leur stress et la survenue de difficultés au cours du premier semestre et en garde. Ainsi en accordant plus de responsabilités au cours de l'externat afin de favoriser l'autonomisation, ou au contraire en les diminuant lors du premier semestre d'internat, on pourrait diminuer le sentiment d'échec, d'impuissance et de mauvaise estime de soi.

Le fait de délivrer une formation spécifique au SAU aux internes avant leurs premières gardes permettrait aussi d'améliorer les conditions de travail des internes, leur état de santé mentale, et indirectement la prise en charge des patients et la qualité de soins.

Même si des efforts ont été faits dans ce domaine, 51.8% des IMG dénoncent encore un manque de seniorisation quel que soit le terrain de garde dans notre étude. Au-delà du manque de seniorisation, c'est le sentiment d'absence de reconnaissance par les chefs du travail fourni par les IMG, reflétant un sentiment d'injustice distributive et interpersonnelle évoqué par les internes dans 46.3% et 29.6% des cas qui est intéressant à étudier.

En effet, cette absence de reconnaissance du travail des internes par les supérieurs hiérarchiques est retrouvée dans de nombreuses études (49, 54, 62, 63) et considérée comme un facteur de stress et d'épuisement professionnel. On peut donc penser qu'un renforcement de la seniorisation, une meilleure reconnaissance du travail accompli par les chefs et un meilleur soutien sous forme de compagnonnage par des internes plus âgés ou par les seniors constituent des solutions à l'amélioration des conditions de travail des internes de premier semestre.

Enfin la fatigue et le manque d'effectif qui représentent les conditions de travail en garde sont évoquées par les internes comme sources de difficultés en garde respectivement dans 53.7% et

42.5% des cas dans notre étude ainsi que dans celle de Marion Lestienne Crémère (63). Pour Le Tourneur et Komly, la charge de travail lourde contribue aussi au stress lié au travail (49).

Au total, le manque de formation et d'expérience médicale, le stress face aux situations d'urgence, le terrain de garde urgences et étages, le petit nombre de gardes, l'absence de formation spécifique au SAU et le stage chez le praticien sont les facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde retrouvés dans notre étude.

Une réelle réflexion des IMG quant à leurs conditions de travail est actuellement en cours et même si des solutions afin d'améliorer leur santé mentale ont déjà été évoquées dans de nombreux travaux (diminution de la charge de travail, activité physique, groupes de parole, tutorat...(62)), notre étude a permis de mettre en évidence d'autres pistes afin d'améliorer la qualité et les conditions de travail en garde.

Une des solutions pour pallier au manque d'expérience médicale serait de donner plus de responsabilités aux jeunes médecins durant leur externat afin de favoriser l'autonomisation et les préparer au mieux au rôle d'interne, ou de renforcer la seniorisation en début d'internat.

Les autres solutions seraient de favoriser le terrain de gardes aux urgences seules, sans les étages et de délivrer une formation spécifique aux internes au SAU avant de débiter leurs gardes pour minimiser le stress face aux situations d'urgence, notamment pour ceux qui sont en stage chez le praticien.

Mettre en place une évaluation des compétences de l'interne en début de stage afin de savoir où il en est dans sa formation peut être utile pour autonomiser l'interne de manière progressive en fonction de ses connaissances.

Enfin une meilleure reconnaissance du travail des internes par les chefs serait utile pour diminuer le sentiment d'injustice en garde et favoriser l'estime de soi et leurs conditions de travail.

III. Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale centrée sur la région de Nice.

L'échantillon était satisfaisant avec une population de réponders représentative des IMG de premier semestre, de leurs caractéristiques, de leurs terrains de stages et de gardes et de leurs conditions de travail.

Le taux de participation au questionnaire était de 75% : bon taux de participation grâce à la diffusion en amphithéâtre à la Faculté de Médecine, au contact direct des internes.

IV. Limites de l'étude

La limite principale de l'étude est la petite taille de l'échantillon. Il aurait été intéressant de diffuser le questionnaire aux promotions de DES1 des autres villes afin d'augmenter la valeur et la pertinence des résultats.

Il existe un biais d'information du fait de l'enclin spontané des internes à répondre favorablement aux propositions, certains n'ont peut-être pas avoué qu'ils rencontraient des difficultés en garde.

Nous avons pris la décision de recueillir l'avis des internes concernant leurs gardes sur une période de deux mois avant le changement de semestre pour éviter un biais de mémorisation.

De la même manière, même si nous avons décidé de les interroger sur leur trois dernières gardes afin qu'ils ne sélectionnent pas la pire de leurs gardes, il peut persister un biais de sélection.

Conclusion

En France, le syndrome d'épuisement professionnel est étudié chez les internes de médecine générale à partir de 2003. Ils sont, comme nous l'avons vu, sujets à un épuisement professionnel avec des taux de burn out variant entre 40 et 50% selon les enquêtes.

Notre étude retrouve des résultats similaires au sein de la population d'IMG niçois de premier semestre interrogés :

- ✚ 64.8% (N=35) des internes rapportent avoir déjà vécu un sentiment d'injustice en garde ;
- ✚ 40.8% (N=22) avouent avoir déjà été en situation d'épuisement professionnel ou burn out en garde ;
- ✚ Et 38.9% (N=21) rapportent s'être retrouvés en difficulté en garde

Nous constatons qu'une grande partie des IMG de premier semestre niçois sont encore en difficulté en garde, avec une prédominance pour ceux en stage chez le praticien (N=14 sur 21). Mais sept sont quand même en difficulté tout en étant en stage aux urgences, le terrain de stage n'est donc pas le seul facteur expliquant ces difficultés.

Au total, le manque de formation et d'expérience médicale, le stress face aux situations d'urgence, le terrain de garde urgences et étages, le petit nombre de gardes, l'absence de formation spécifique au SAU et le stage chez le praticien sont les facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde retrouvés dans cette étude.

Les résultats concordaient avec les données de la littérature. Ils démontraient qu'une réelle réflexion des IMG quant à leurs conditions de travail est actuellement en cours et les pistes afin d'améliorer leur santé mentale sont déjà nombreuses : activité physique et groupes de parole pourraient prévenir dès le premier semestre la survenue de burn out.

Cette étude met en évidence d'autres pistes afin d'améliorer la qualité et les conditions de travail en garde : la solution pour pallier au manque d'expérience médicale serait de donner plus de responsabilités aux jeunes médecins durant leur externat afin de favoriser l'autonomisation et les préparer au mieux au rôle d'interne, et de renforcer la mise en autonomie progressive lors des gardes, potentiellement difficile à mettre en place durant le premier semestre d'internat.

En effet, même si des efforts ont été faits, 51.8% des IMG dénoncent encore un manque de seniorisation quel que soit le terrain de garde. Les seniors ont un rôle d'encadrement et de soutien, et les gardes doivent être un lieu de formation où s'établit une relation de confiance, d'échange et de partage des connaissances entre chefs et internes. C'est pourquoi ils doivent être sensibilisés à la question du renforcement de la seniorisation durant le premier semestre ou de diminution des responsabilités imposées aux internes. La limite de cette solution est le manque d'effectif au SAU par rapport à la charge de patients et le planning des chefs, rendant difficile pour les urgentistes la mise en place d'une autonomisation progressive et adaptée selon les connaissances et capacités de chaque interne.

De plus, une meilleure reconnaissance par les seniors du travail fourni par les internes permettrait de diminuer le sentiment d'injustice ressenti par les internes en garde, de favoriser l'estime de soi et d'augmenter la satisfaction au travail.

Les autres solutions seraient de favoriser le terrain de gardes uniquement au SAU, les étages étant un facteur de stress important, et de délivrer une formation spécifique aux internes au SAU avant de débiter leurs gardes pour minimiser le stress face aux situations d'urgence. Cette formation pourrait être mise en place de manière obligatoire pour tous les internes amenés à réaliser des gardes aux urgences et dans les étages, en accord avec la faculté de médecine, et les maîtres de stage médecins généralistes en ville. Elle serait composée de cours communs à tous les internes, pouvant être dispensés à la faculté ou dans les services d'urgences par les seniors, sur la prise en charge des grandes urgences ou sur les motifs de consultation aux urgences en règle générale. Cette formation théorique serait complétée par une demi-journée de présentation du service d'urgences où ils vont être amenés à évoluer, afin de connaître le mode de fonctionnement du service, comment prescrire les bilans biologiques, appeler les spécialistes pour avoir des avis, utiliser le terminal des urgences et le logiciel de prescription, afin de diminuer au maximum la perte de temps et le stress quand ils débiteront leurs premières gardes. L'idéal serait d'obtenir une durée de formation théorique la plus courte possible, complétée par la demi-journée de présentation du service, afin de ne pas empiéter sur le temps de stage pour les internes en stage chez le praticien.

Il est important de rappeler qu'au sein de la population d'internes en difficulté en garde (N=21), 14 internes soit 66.6% sont en stage chez le praticien et 7 soit 33.3% sont en stage aux urgences. Dans la population d'IMG en stage chez le praticien (N=27), 14 internes soit 51.8% sont en difficulté en garde versus 7 soit 25.9% dans la population d'IMG en stage au SAU.

Les internes en stage chez le praticien sont donc plus en souffrance en garde que ceux en stage au SAU. Ce sont eux qui profiteraient le plus des solutions proposées, même si la solution idéale à envisager serait de supprimer les gardes au SAU pour les internes de premier semestre en stage chez le praticien. En effet, ces gardes, source de difficultés et de souffrance, représentent un réel risque psychologique pour ces internes et un danger pour les patients en compromettant leur santé et leur sécurité.

Il faut amener progressivement les IMG à être autonomes, en les laissant gérer seuls des cas de plus en plus complexes selon leur évolution et leurs capacités individuelles. Ils ne doivent pas se sentir abandonnés et doivent se sentir libres de parler des difficultés rencontrées à leurs chefs en garde ou sur leurs terrains de stage, à leur co internes, ou lors des GEAPS. Repérer les internes à risque de difficultés en garde est aussi indispensable afin de leur proposer un suivi et de ne pas les confronter à des situations stressantes de façon brutale. Mettre en place une évaluation des compétences de l'interne en début de stage afin de savoir où il en est dans sa formation peut être utile pour autonomiser l'interne de manière progressive en fonction de ses connaissances. Cette évaluation des compétences fait déjà partie des outils d'évaluation de l'interne par le médecin généraliste lors de son stage chez le praticien, et est désormais obligatoire et peut être intéressante à développer et adapter dans le cadre du stage au SAU (79).

Pour compléter la compréhension du phénomène, il serait intéressant de recueillir le vécu de ces internes en fin de cursus afin d'analyser l'évolution du stress et des difficultés en garde entre le début et la fin de l'internat. De plus, avec le recul, les internes pourraient confier quels stages ont été les plus favorables à l'apprentissage et aux progrès en garde, et ainsi nous permettre de savoir si la phase socle incluant stage de médecine générale premier niveau et stage aux urgences sur la première année d'internat limite les situations de souffrance et de burn out.

Pour aller plus loin, il serait intéressant de réaliser une étude comparative sur la souffrance et les difficultés rencontrées par les internes en garde en phase socle dans les villes où les internes en stage chez le praticien ne réalisent pas de gardes.

Poursuivre la recherche concernant le vécu des gardes par les jeunes internes permettrait d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour améliorer leur efficacité en garde. Le but de cette démarche serait que ces gardes aux urgences ne soient plus redoutées mais se déroulent dans de bonnes conditions et soient appréciées par les internes, retrouvant ainsi leur intérêt en terme de formation aux soins d'urgence.

L'objectif final en limitant la souffrance des internes en garde serait d'avoir des internes qui vivent mieux leurs gardes aux urgences, trouvent un réel plaisir à y travailler et à recevoir leur formation dans de bonnes conditions, afin de prendre en charge au mieux les patients, et ainsi leur redonner le goût des urgences que certains connaissent déjà.

Bibliographie

1. Le Ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de la protection sociale. Annexe V 4 de l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. (page consultée le 08/03/2019). Legifrance.gouv.fr. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238>.
2. Le Premier ministre, sur le rapport de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et de la ministre des affaires sociales et de la santé. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation.(page consultée le 08/03/2019). Legifrance.gouv.fr. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>.
3. Enquête nationale sur la formation des internes de médecine générale, réalisée par l'ISNAR-IMG, de novembre à décembre 2013. Décembre 2013. (page consultée le 08/03/2019). ISNAR-IMG. [Internet]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/formation-des-img.pdf>.
4. Troisième Cycle des Etudes Médicales. Propositions de l'ISNAR-IMG adoptées par le Conseil d'Administration - Octobre 2014. (page consultée le 08/03/2019). ISNAR-IMG. [Internet]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/2016/01/troisieme-cycle-etudes-medicales.pdf>.
5. La réforme du troisième cycle des études médicales en trois minutes ! (ou presque ...). ISNAR-IMG. Avril 2017. (page consultée le 08/03/2019). ISNAR-IMG. [Internet]. Disponible sur : <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISNAR-IMG.pdf>.
6. Article R. 6153-2 du Code de Santé Publique modifié par décret n°2015-225 du 26 février 2015 - art. 1. Code de Santé Publique. (page consultée le 08/03/2019). Legifrance.gouv.fr. [Internet].Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000030305756&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150501>
7. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire interministerielle n°DGOS/RH4/DEGSIP/A1-4/2016/167 du 26 mai 2016 relative à la mise en œuvre du temps de travail des internes conformément aux dispositions du décret n° 2015-225 du 26 février 2015 et de ses arrêtés d'application. Avril 2016. (page consultée le 08/03/2019). [Internet].

Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste_20160006_0000_0077.pdf.

8. Le ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire. Articles 1^{er}, 2^e et 3 de l'arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité. Modifié par arrêté du 20 mai 2016. (page consultée le 08/03/2019). [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228343>.
9. Article R. 6153-3 du Code de Santé Publique. (page consultée le 08/03/2019). Legifrance.gouv.fr. [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022911375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20101011>.
10. Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH). Internes en médecine : gardes, astreintes et temps de travail. Mars 2012, Paris. (page consultée le 08/03/2019). [Internet]. Disponible sur : <http://internat-rennes.com/wp-content/uploads/2012/09/ENQUETE-ISNIH-sept-2012.pdf>.
11. Le Parisien. Le grand surmenage des internes à l'hôpital. Octobre 2012.
12. La Croix. A l'hôpital, le coup de fatigue des internes. Septembre 2012.
13. Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Bordas. Paris. 1983.
14. Cherniss C. Professional burn out in the Human services organization. New York. Prager. 1980.
15. Legeron P. Le stress au travail. Odile Jacob. Paris. 2003.
16. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer; New York:1984.
17. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. 2^e éd. Paris : Dunod. 2002.
18. Chouanière D, Cohidon C. Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques. Documents pour le Médecin du Travail. 2011, n°127. (page consultée le 10/04/2018). [Internet]. Disponible sur : https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00668132/file/expositions_psychosociales_sante_etat_connaissances_epidemiologiques.pdf.
19. Legeron P. Le stress professionnel. L'information psychiatrique. 2008/9. Volume 84 :809-820. (page consultée le 04/04/2019). [Internet]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm?try_download=1&contenu=article.

20. Etude Cabinet STIMULUS. L'Usine Nouvelle. Lutte contre le stress : mais qu'attendent les entreprises ? N° 2906, 26 février. 2004.
21. Freudenberger H. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Chicoutimi, Québec, Gaëtan Morin; 1987. 190 p.
22. Maslach C JS. The measurement of experienced burn out. J Occup Behav. 1981 ; 2:99-113.
23. Delbrouck M. Le Burn out du soignant, Le syndrome d'épuisement professionnel. Edition De Boeck University. 2004.
24. Maslach C et col. Burn out : l'épuisement professionnel. Test d'Inventaire de Burnout de Maslach – MBI .Presses du Belvédère. 2006
25. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of ardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychosom Med. Oct 2012;132(3):327-53.
26. Cursoux P, Lehucher-Michel M-P, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout : un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire. La Presse Médicale, 2012, vol.41, n°11, pp.1056-1063.
27. Ouest CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and EmpathyA Prospective Longitudinal Study. JAMA. 2006;296(9):1071–1078.
28. Maslach C, Leiter M. Burn out. Le syndrome d'épuisement professionnel. Les Arènes. Février 2011.
29. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Rapport de recherche pour l'URML : Université de Reims, département de Psychologie, 2001.
30. Truchot D. Le burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne. Rapport de recherche pour l'URML Champagne-Ardenne, 2003.
31. Truchot D. Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'URML de Poitou-Charentes.2004.
32. Vaquin Villeminey C, Wong O. Prévalence du burn-out en médecine générale : enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelle. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Université René Descartes, 2007.
33. Galam E, Mouries R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. [Rapport pour l'URML d'Ile de France].Paris, juin 2007.

34. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale*, 2004;33:1569-1574.
35. Caplan RP. Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners, and senior health service managers. *Bmj*, 1994;309:1261-3.
36. Domenighetti G, Tomamichel M, Gutzwiller F, Berthoud S, Casabianca A. Psychoactive drug use among medical doctors is higher than in the general population. *Soc Sci Med*, 1991;33:269-74.
37. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*, 2004;161:2295-302.
38. Lindeman S. A systematic review on gender specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*. March 1996. 168 (3); 274-9.
39. Vela-Bueno A, Moreno-Jimenez B, Rodriguez-Munoz A, Olavarrieta-Bernardino S, Fernandez-Mendoza J, De la Cruz-Troca JJ, et al. Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res*, 2008;64:435-42.
40. Ahola K, Kivimaki M, Honkonen T, Virtanen M, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res*, 2008;64:185-93.
41. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med*, 2002;133 :339-46 ; 136:358-67.
42. « De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime-invalidité-décès ? » Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France, 5 juin 2018. (Page consultée le 16/03/2018). [Internet]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffresclats/stats/2018/nature-affections.htm>
43. Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *S.F.S.P. | Cairn Info « Santé Publique »*. 2009/4. Vol. 21 : 355-364. (page consultée le 04/04/2019). [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm>.
44. Estryng-Behar M. Agir sur les risques psycho sociaux des professionnels de santé. [Internet]. Paris : Groupe Pasteur Mutualité ; 2013. 60 p.

45. Gleizes M, Vidal M. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier, Faculté des sciences médicales. Rangueil, Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine; 2002.
46. Vacas F, IPSOS. Résultats 2018 de l'Observatoire de la sécurité des médecins. Document préparé pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Avril 2019. (page consultée le 29/08/2019). [Internet.] Disponible à l'adresse suivante : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1vmbct7/cnom_observatoire_securite_2018.pdf.
47. Terrenoir V, Barat C. Rapport 2018 de l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé. Données 2017. Direction générale de l'offre de soins. (page consultée le 29/08/2019). [Internet] Disponible à l'adresse suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_onvs_rapport_2018_donnees_2017_2.pdf.
48. Z.Kansoun, L.Boyer and al. Burnout in French Physicians : A systematic review and meta analysis. Elsevier Masson. Décembre 2018.
49. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine générale]. Université Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble; 2011.
50. Feraudet L, Lakdja F. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la mûre psychologique des internes [Thèse d'exercice médecine générale]. Université de Bordeaux II; 2009.
51. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R et al. Prévalence des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. Presse Médicale. Avril 2015 ; 44(4) :84-91.
52. Thevenet M. Analyse du burnout chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-de-France et le Languedoc Roussillon [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2011.
53. Lieurade C. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : Enquête chez les internes toulousains. [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. Université Toulouse III- Paul Sabatier Faculté de médecine; 2014.

54. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de Médecine Générale. Burn out in residents in general practice. A cross sectionnal study. *Exercer* 2012. 23 (101) : 72-78.
55. Truchot D. Le burnout des étudiants en médecine: Rapport de Recherche pour l'URML de Champagne-Ardenne. 2006.
56. Hermetet C, et al. Prévalence et marqueurs de risque d'anxiété et de dépression chez les étudiants en santé : PréMaRADES. La Presse Médicale, 2019.
57. Guinaud M. Évaluation du burn-out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. [Thèse de médecine]. Université de Paris Val-de-Marne, 2006.
58. Rivoire B, Colombat P, Perrier M, Léger I. Fréquence et étiologies du syndrome de burn-out chez les internes en médecine au CHU de Tours en 1999-2000. *Med Pal* 2003;2:302-6.
59. Mourgues JM, Le Breton G. Rapport Conseil National de l'Ordre des Médecins : « La Santé des étudiants et jeunes médecins - 2016. Commission des jeunes médecins- Section santé publique et démographie médicale. (page consultée le 04/04/2019) [Internet]. Disponible à l'adresse suivante : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf.
60. L'enquête « Santé mentale des jeunes et futurs médecins » (ESMJM), Dossier de Presse Hôpital Sainte Anne, 13 juin 2017, en collaboration avec l'ANEMF, l'ISNI, l'ISNAR IMG et ISNCCA. (page consultée le 04/04/2019). [Internet]. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/07/EnqueteSanteMentale.pdf>.
61. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Médecine humaine et pathologie. 2015. ffdumas-01293220
62. Roger F. Etude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Toulouse 20 mars 2018.
63. Lestienne Crémère M. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative. [Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine]. Médecine humaine et pathologie. 2014.

64. Adams, J.S. (1963). Wage inequities, productivity, and work quality. *Industrial Relations*, vol. 3, pp. 9-16.
65. Adams, J.S. (1965). Inequity in social exchange. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press. Vol. 2: 267-299.
66. Manville, C. Les perceptions de justice organisationnelle des salariés atypique : des spécificités et des incidences sur les pratiques de gestion des ressources humaines. Toulouse : Laboratoire interdisciplinaire de Recherche sur les Ressources Humaines et l'Emploi. Université des Sciences Sociales de Toulouse. 2007.
67. Mcfarlin, D. B., et Sweeney, P. D. Distributive and procedural justice as predictors of satisfactions with personal and organizational outcomes, *Academy of Management Journal*, Vol. 35, N° 3, p. 626-637. 1992
68. El Akremi, A., Guerrero, S., Neveu, J-P. Comportement organisationnel, Justice organisationnelle, enjeux de carrière et épuisement professionnel. De Boeck Université. Bruxelles 2006. V olume 2 : chapitre 1,2 et 3.
69. Cropanzano, R., Goldman, B., & Benson, L. Organizational justice. In J. Barling, K.Kelloway & M. Frone (Eds.) 2005, *Handbook of work stress*, Beverly Hills, CA: Sage, pp.63-87.
70. Skarlicki, D.P, Folger, R. Retaliation in the workplace: The roles of distributive, procedural, and interactional justice. *Journal of Applied Psychology*, 1997. Vol. 82, pp. 434-443.
71. Hendrix, W.H., Robbins, T., Miller, J., & Summers, T.P.Effects of procedural and distributive justice on factors predictive of turnover. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1998. Vol. 13, pp. 1-21.
72. Ambrose, M.L., Seabright, M.A., & Schminke, M. Sabotage in the workplace: The role of organizational justice. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 2002. Vol. 89, pp. 947-965.
73. Gillespie, J.Z., & Greenberg, J. Are the goals of organizational justice self-interested? In J. Greenberg & J.A. Colquitt (Eds.), *Handbook of Organizational Justice*, 2005, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp.179-214.
74. Deutsch, M. *Distributive justice*, CT: Yale University Press. New Haven 1985.
75. Homans, G. C.*Social Behaviour: Its Elementary Forms*. Harcourt, Brace et World, Inc. New York 1961.
76. Thibaut, J, Walker L. *Procedural Justice: A Psychological Analysis*. NJ: Erlbaum. Hillsdale, 1975.
77. Paterson, J.M., Green A., et Cary J. The measurement of organizational justice in organisational change programmes : A reliability, validity and context-sensitivity assessment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*,, 2002. 75 pp. 393-408.

78. La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de la défense. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne. (page consultée le 08/03/2019) Legifrance. [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/5/20/AFSH1611555A/jo/texte36>.
79. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. Avril 2017. (page consultée le 21/09/2019). Legifrance. [Internet] Disponible sur :<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034502881&categorieLien=id>.
80. 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.
81. Dolmans. The impacts of supervision, patient mix, and numbers of students on the effectiveness of clinical rotations. *Acad Med* 2002. 77 : 332-5.

ANNEXE 1 : Maslach Burnout Inventory.

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Tous les jours
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
7. Je m'occupe très facilement des problèmes de mes patients							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail							
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens							
10. Je suis devenu(e) plus							

insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12. Je me sens plein(e) d'énergie							
13. Je me sens frustré(e) par mon travail							
14. Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à mes patients							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Chaque fréquence correspond à un nombre de points :

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

Interprétation :

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

- EE bas : score < 18
- EE modéré : 18 à 29
- EE élevé : > 29

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

- DP bas : <6
- DP modéré : 6-11
- DP élevé : > 11

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

- AP élevé : < 34
- AP modéré : 34-39
- AP bas : > 39

ANNEXE 2 : Questionnaire « Evaluation des gardes par les internes de 1er de médecine générale niçois depuis la réforme du 3^e cycle » »

Questionnaire évaluation des gardes par les internes de 1er semestre:

Thèse - Evaluation des gardes par les internes de 1er semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du 3^e cycle. Camille LACAZE

*Obligatoire

1. Vous êtes: *

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2. Quel âge avez-vous? *

3. Où avez-vous fait votre externat? *

4. Combien de gardes avez-vous effectué durant votre externat? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 10
 Entre 10 et 20
 Entre 20 et 30
 Plus de 30

5. Avez-vous reçu une formation spécifique avant de débiter vos gardes en tant qu'externe (atelier sutures, prise en charge de la douleur...)? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Où êtes vous en stage actuellement? *

Une seule réponse possible.

- En stage chez le prat
 En stage aux urgences
 Autre

7. Si autre précisez:

8. Vous faites vos gardes: *

Une seule réponse possible.

- au CHU
 en périphérie

9. Vous faites vos gardes: *

Une seule réponse possible.

- Aux urgences
 Dans les étages
 Les 2

10. Terrain de garde: *

Une seule réponse possible.

- Médecine (urgences/secteur d'hospitalisation conventionnelle)
 Chirurgie

11. Combien de gardes avez-vous effectué en tant qu'interne? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Entre 15 et 20
 Plus de 20

12. Avez-vous reçu une formation spécifique aux urgences avant de débiter vos gardes en tant qu'interne (atelier sutures, prise en charge de la douleur, AVC, SCA...)? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Si oui, précisez qui a dispensé cette formation:

14. Enfin, sur vos 3 dernières gardes, quelle a été votre impression générale? *

Une seule réponse possible.

- Vous vous êtes senti plutôt à l'aise
 Au contraire vous vous êtes retrouvé en difficulté

15. Si vous vous êtes retrouvé en difficulté, un senior était-il joignable par téléphone?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. **S'est-il déplacé?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. **Enfin selon vous, si les Internes se retrouvent en difficulté au cours des gardes, pensez-vous que cela soit lié à: ***

Plusieurs réponses possibles.

- Un manque de formation
 Un manque de séniorisation
 Un manque d'effectif
 la fatigue ressentie
 le manque d'expérience médicale
 le stress face aux situations d'urgence

18. **Vous êtes vous déjà retrouvé dans une situation d'épuisement professionnel ou burn out en garde? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. **Avez-vous déjà vécu un sentiment d'injustice en garde? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. **Si oui, avez-vous eu l'impression que l'injustice dont vous avez été victime était en lien avec:**

Plusieurs réponses possibles.

- une inégalité entre les efforts que vous fournissez en garde et les bénéfices que vous en retirez (salaire, reconnaissance)
 la manière dont une décision avait été prise par votre supérieur, le senior
 l'absence de communication ou le partage d'informations, d'explications inexistant entre le senior et vous
 le comportement d'un senior envers vous dans la prise de décision

RESUME

Introduction : Depuis 2003, de nombreuses études se sont données pour objectif d'évaluer l'état psychologique des internes de médecine générale (IMG), leur niveau de stress et le burn out. En effet ces jeunes médecins sont souvent en proie à un stress, une anxiété, qui peut se majorer de manière aiguë lors de situations anxiogènes telles que les gardes. Dans ce contexte, la réforme du 3^e cycle des études médicales voit le jour en novembre 2016, obligeant désormais les internes à réaliser leur stage de 1^{er} semestre chez le praticien ou au SAU. On peut donc se demander quelles ont été les conséquences de cette réforme sur la santé mentale des IMG et si elle a permis d'améliorer les conditions et la qualité de travail de ces derniers, notamment au cours des gardes, vécues comme des expériences personnelles stressantes. Les objectifs de l'étude étaient de recueillir l'avis des IMG de 1^{er} semestre niçois concernant le vécu de leurs gardes depuis la réforme, et d'identifier les facteurs responsables de stress au cours de ces gardes afin de trouver des pistes d'amélioration pour favoriser la santé mentale des internes, mais aussi la qualité et les conditions de réalisation de leurs gardes.

Matériel et Méthode : Dans le cadre de cette étude épidémiologique descriptive observationnelle, tous les IMG de 1^{er} semestre niçois de la promotion 2018/2019 en stage chez le praticien ou au SAU ont été inclus. Les données ont été recueillies par auto-questionnaires distribués à la faculté de médecine en mars 2019 et en ligne sur Google Forms.

Résultats : Au total, 54 questionnaires ont pu être inclus dans l'étude, avec une répartition équitable entre IMG en stage chez le praticien et au SAU. 64.8% des IMG rapportent avoir déjà vécu un sentiment d'injustice en garde, 40.8% avouent avoir été en situation d'épuisement professionnel, et 38.9% rapportent être en difficulté en garde. Parmi ceux ayant vécu un sentiment d'injustice, 46.3% d'entre eux dénoncent une inégalité entre les efforts fournis et les bénéfices retirés, et 29.6% évoquent un comportement injuste d'un senior envers eux. Quand on les interroge sur les facteurs responsables de difficultés en garde, 87% évoquent le manque d'expérience médicale, 83.3% le stress face aux situations d'urgence et 62.9% le manque de formation médicale. La fatigue n'est rapportée que dans 53.7% des cas, le manque de seniorisation dans 51.8% des cas et le manque d'effectif dans 42.5% des cas. Parmi les IMG en difficulté en garde (N=21), 14 sont en stage chez le praticien versus 7 en stage au SAU. En analysant le sous-groupe d'internes en difficulté en garde, il semblerait que le petit nombre de gardes réalisées, l'absence de formation spécifique au SAU, le terrain de gardes urgences+ étages et le fait d'être en stage chez le praticien soient des facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde.

Conclusion : Une grande partie des IMG niçois de 1^{er} semestre sont encore en difficulté en garde avec une prédominance pour ceux en stage chez le praticien. Mais 7 sont quand même en difficulté tout en étant en stage au SAU, le terrain de stage n'est donc pas le seul facteur expliquant ces difficultés. Au total, le manque de formation et d'expérience médicale, le stress face aux situations d'urgence, le terrain de garde urgences et étages, le petit nombre de gardes, l'absence de formation spécifique au SAU et le stage chez le praticien sont les facteurs favorisant l'apparition de difficultés en garde retrouvés dans cette étude. Une réelle réflexion des IMG quant à leurs conditions de travail est actuellement en cours et les solutions pour améliorer la santé mentale des IMG sont déjà nombreuses : activité physique, groupes de parole pourraient prévenir dès le 1^{er} semestre la survenue de burn out. Notre enquête a permis de trouver d'autres pistes afin d'améliorer la santé mentale des IMG et la qualité et leurs conditions de travail en garde. La solution pour pallier au manque d'expérience médicale serait de donner plus de responsabilités aux jeunes médecins durant leur externat afin de favoriser l'autonomisation et les préparer au mieux au rôle d'interne, ou de renforcer la seniorisation durant l'internat. Favoriser le terrain de gardes au SAU seul, évaluer les compétences des IMG en début de stage au SAU et délivrer une formation spécifique avant leurs premières gardes sont les autres solutions envisagées. Enfin une meilleure reconnaissance par les chefs du travail fourni par les IMG serait utile pour diminuer le sentiment d'injustice en garde.