

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

THÈSE N°2020 - 13

***INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE PICARDS
FACE AU STRESS :
VÉCU DES GARDES AUX URGENCES***

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLÔME D'ÉTAT)

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 MARS 2020

Par Madame CODRON Camille

PRÉSIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur GIGNON Maxime

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur SEVESTRE Henri

Monsieur le Professeur DUPONT Hervé

Monsieur le Professeur LORNE Emmanuel

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur TOULAULT Maxime

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Chef du Pôle PRIME

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Vous avez fait partie de ces médecins trouvant la juste mesure dans l'encadrement de mes
premières gardes, me permettant de travailler en confiance et de progresser.

Recevez pour cela ma plus profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude.

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Anesthésie-Réanimation)

Chef du service de Réanimation Polyvalente

Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Je tiens à vous exprimer mes sentiments les plus respectueux.

Monsieur le Professeur Emmanuel LORNE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Anesthésie-réanimation)

Chef du Service d'Anesthésie

Co-Chef du pôle bloc opératoire

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.
Acceptez pour cela ma plus sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Maxime TOULAULT

Praticien Hospitalier

Médecine d'Urgence

Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail, merci pour tes conseils et tes corrections.

Tu as été le premier à me guider dans mon internat.

Tu as su me donner confiance en moi et m'aider à m'affirmer.

Tu m'as donné goût à la médecine d'urgence.

De mon Chef, tu es devenu mon ami.

Qui de mieux placé pour m'accompagner aujourd'hui ?

REMERCIEMENTS

À ma famille,

Maman, mes premières pensées sont pour toi. C'est grâce à toi si aujourd'hui j'en suis arrivée là. Grâce à tes sacrifices pour nous élever, pour nous permettre de faire des études et grâce à ton amour. Merci pour ton soutien sans faille dans les moments difficiles. Je t'aime.

Mamie et Papy, merci pour votre présence. Des dictées de mon enfance à vos encouragements d'aujourd'hui, de votre aide de chaque instant, je n'oublie rien. Merci de m'avoir donné le goût de la réussite. Vous avez forgé celle que je suis aujourd'hui. Merci.

Gabin et Gabriel, merci pour ces dimanches de détente à jouer au Monopoly, merci d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments. Gabin, merci pour ton humour particulier. Même si la distance nous éloigne, je serai toujours là pour toi. Gabriel, merci pour ton grand cœur. J'espère que tu trouveras le bonheur que tu mérites. À tous les deux, merci de faire partie des piliers de ma vie.

Marraine Nadine, Cyrille, Pierrot et Nicole, merci pour votre présence à mes côtés depuis 28 ans.

À Fouad,

Merci de partager ma vie et de me soutenir chaque jour.

Tu as fait de moi le médecin que je suis devenue. Tu as su dès le début me donner confiance en moi et m'encourager à me surpasser. Merci de m'avoir aidée et accompagnée dans ce travail de thèse, merci pour ta patience et pour tes idées.

Tu remplis ma vie de bonheur, de projets, de voyages et d'amour. Merci d'être à mes côtés chaque jour, de me nourrir et de me faire rire. J'espère continuer à écrire notre histoire encore longtemps. Tu es mon évidence.

*« Chaque seconde passée avec lui était une seconde de vie vécue pleinement.
Voilà ce que signifie l'amour, je crois. »*

Joël Dicker

À mes amis,

Betsy, merci d'être à mes côtés depuis 16 ans. Merci pour ton soutien à toute épreuve, y compris dans certaines périodes de ma vie. Merci pour ton amour inconditionnel : c'est à cela que l'on reconnaît une vraie sœur. Je suis fière de toi et de la personne que tu es devenue. Puisseons-nous continuer à critiquer, même à distance, jusqu'à nos 100 ans.

Chloé et Inès, merci pour votre présence. Merci pour les discussions, les repas, les soirées et les fous rires. Merci pour votre bonne humeur, vos conseils avisés et votre grain de folie. Vous êtes venues à Saint Quentin pour rencontrer l'amour et vous m'y avez trouvé.

Sylvain, merci pour ces soirées sur les terrasses de l'internat, pour ton franc-parler et pour m'avoir cassé le nez. Des amis comme toi, on n'en fait plus !

Marine, merci pour ta folie et ton soutien. Merci pour nos repas hebdomadaires au Golden et tes conseils. Je suis fière du chemin parcouru depuis : on aura toutes les deux ramassé nos cheveux.

Estelle, merci pour ton amitié. Merci pour tes mots réconfortants quand j'en avais besoin et pour tes talents culinaires. Je suis heureuse de te compter parmi mes proches. Je te souhaite d'obtenir ce que tu attends.

Céline, merci pour ton aide dans ce travail de thèse. Merci d'avoir répondu à toute mes questions à la limite du harcèlement. Merci d'avoir été ma collègue et mon amie depuis 10 ans.

Amandine, merci de me faire passer pour un ange à tes côtés.

Damien et Julien, merci d'avoir rendu les journées de cours plus agréables.

Valentin, merci d'être notre Père à tous.

Alexandra, Moussa, Sébastien et les autres, de co-internes vous êtes devenus des amis. Merci pour cela.

À Farid,

Merci de m'avoir accueillie toute jeune FFI il y a maintenant quatre ans. Merci pour m'avoir encouragée, pour m'avoir fait confiance et pour m'avoir poussée à me dépasser.

Merci pour ton aide et ton stylo rouge dans ce travail de thèse.

Je suis fière de faire aujourd'hui partie de ton équipe.

À mes collègues,

Audrey, merci de m'avoir accompagnée pendant mes gardes d'interne mais aussi de chef. Les gardes sont plus agréables avec quelques commérages et annonces immobilières à deux heures du matin.

Christine, merci de m'avoir « Bloté » quand c'était mérité et surtout merci de m'avoir tant appris. C'est un plaisir de travailler à tes côtés aujourd'hui.

Les filles, merci de m'avoir acceptée dans votre bureau. Vous êtes des modèles pour moi, j'espère un jour arriver à votre niveau.

Alain, Aurore, Clément, Jean-Michel, Olivier, Reshad (et Stéphanie), Tonton, vous avez été présent dès mes débuts. Merci pour votre encadrement.

À tous ceux qui ont participé à ma formation : Dr. Yves-Deville, Dr Dolhem, Dr Arousse. Merci de m'avoir guidée dans mon apprentissage de la médecine.

Aux internes qui ont accepté de participer à ce projet, merci de votre aide et de vos confidences.

À tous ceux qui font partie de ma vie et m'accompagne chaque jour.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	13
TABLE DES MATIÈRES	17
LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES.....	19
INTRODUCTION	21
DÉFINITIONS, CONCEPTS ET REPRÉSENTATIONS	23
I Le concept d’interne	23
I.1 Définition	23
I.2 Le statut d’interne	23
I.3 L’internat de médecine générale	24
II La garde : concept et représentation	25
III Stress et conséquences	26
III.1 Le stress	26
III.2 Le coping.....	27
III.3 Le Burnout	28
MATÉRIEL ET MÉTHODE	30
I Choix du type d’enquête	30
II Echantillon	30
III Recrutement	31
IV Recueil des données.....	31
V Analyse des données.....	32
VI Recherche bibliographique.....	33
RÉSULTATS	34
I Présentation des résultats.....	34
II Facteurs de stress identifiés	35
II.1 Stress secondaire à l’organisation des gardes	36
II.1.1 Organisation du service	36
II.1.2 Recours à des intérimaires	37
II.1.3 Prendre des transmissions.....	37

II.2	Stress occasionné par la charge de travail.....	38
II.2.1	Difficulté du travail	39
II.2.2	Le flux de patients.....	40
II.2.3	Manque d'expérience.....	41
II.3	Stress inhérent à la personnalité de l'interne	42
II.3.1	Appréhension de la garde.....	43
II.3.2	Relationnel avec l'équipe.....	44
II.3.3	Dérangement de la vie personnelle.....	45
II.4	Rôle curseur de l'encadrement d'un médecin sénior.....	46
II.4.1	Senior absent.....	46
II.4.2	Sénior présent	47
II.4.3	Présence des collègues.....	48
III	Bénéfices et améliorations	49
III.1	Bénéfices tirés par les internes.....	49
III.2	Gardes en ambulatoire	50
DISCUSSION	53
I	Limites de l'étude.....	53
I.1	Limites liées à l'échantillon	53
I.2	Limites liées aux entretiens	54
I.3	Limites liées à l'analyse.....	54
II	Facteurs de stress décrits	55
II.1	Facteurs non ou peu modifiables	55
II.2	Facteurs modifiables.....	56
II.2.1	Difficultés du travail et affluence.....	56
II.2.2	Formation et ambiguïté de rôle.....	57
II.2.3	Débriefing et soutien social	59
III	Perspectives et gardes ambulatoires	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXE	65
I	Annexe 1 : Questionnaire.....	65

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

CSP : Code de la Santé Publique

ECN : Epreuve Classante Nationale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MBI : Maslach Burnout Inventory

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

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

MSU : Maître de Stage des Universités

INTRODUCTION

Lors de ma première garde d'interne, mon médecin sénior est allé se coucher à 22h en me laissant seule avec une dizaine de patients. Plus tard dans la nuit, lorsque j'ai tenté de le joindre pour obtenir de l'aide, il n'a jamais répondu à son téléphone. De cette garde j'étais sortie épuisée physiquement et mentalement, insatisfaite de mon travail et surtout angoissée pour celles à venir. Par la suite, avec l'expérience, j'ai peu à peu pris goût aux urgences et à cette ambiance particulière. J'ai cependant observé que nombre de mes collègues conservaient tout au long de leur internat une angoisse des nuits aux urgences.

Au cours de leur cursus, les internes de médecine générale réalisent des stages en milieu hospitalier. Lors de ces stages ils sont, selon l'arrêté du 10 septembre 2002 (1), soumis à une obligation de participer au planning de gardes, celles-ci ayant lieu pour la plupart dans les services d'urgences.

Dans l'actualité, on parle de plus en plus du « burn-out » des professionnels de santé, anglicisme renvoyant à un « état de fatigue intense et de grande détresse causé par le stress au travail » (2). Récemment, l'épuisement des internes a particulièrement été mis en avant dans les médias. L'exemple le plus récent étant les dix-sept internes des urgences de Mulhouse s'étant mis en arrêt pour épuisement (3).

Lors de discussions avec mes collègues internes en médecine générale, j'ai pu remarquer que les gardes aux urgences hospitalières étaient vécues comme un facteur important de stress et d'épuisement. Dans son travail de thèse, Crémère (4) rapportait que pour 41% des internes la survenue d'une garde est un facteur de stress, indépendamment de la fatigue. De même, Thevenet (5) montrait dans son étude que chaque garde augmentait de 1,6 fois le risque de burn-out et d'épuisement professionnel.

Garling, dans sa thèse sur la « Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences »(6), évaluait les déterminants du stress lors des gardes hospitalières. Toutefois, ce travail ne portait que sur des internes de première année, présentant alors un biais de sélection. Ces internes rapportaient en effet des connaissances insuffisantes pour faire face à la réalité des

urgences la nuit. De nombreuses études et travaux de thèse (7)(8)(9) ont également été réalisés sur le stress relié au burnout chez les internes. Néanmoins, peu d'entre eux s'intéressaient aux facteurs entraînant ce stress et au cas des gardes en particulier.

Les gardes étant un élément obligatoire du cursus de l'interne, en comprendre le vécu par l'analyse des facteurs de stress lors de celles-ci, permettrait alors de les transformer en un temps d'apprentissage et non un moment redouté des internes. Pourquoi les gardes réalisées aux urgences hospitalières sont-elles vécues comme stressantes par les internes de médecine générale picards ?

L'objectif principal de ce travail était de connaître les éléments vécus comme stressant lors des gardes hospitalières chez les internes de médecine générale picards toutes promotions confondues. L'objectif secondaire était d'évoquer des pistes d'amélioration des conditions de travail des internes de médecine générale en garde.

DÉFINITIONS, CONCEPTS ET REPRÉSENTATIONS

I Le concept d'interne

I.1 Définition

Après trois années théoriques pure et trois autres années partagées entre la théorie des cours et la pratique des stages hospitaliers en tant qu'externe, l'étudiant en médecine devient « interne ».

Le mot « interne » vient, étymologiquement, du latin *internus* signifiant « qui concerne le dedans ». Il renvoie au nom « interne », élève logé et nourri dans l'établissement d'enseignement où il fait ses études ; ou encore à « interné » personne qui est emprisonnée dans un camp (10). On peut y voir une certaine métaphore de l'interne en médecine. Celui-ci est alors appelé à passer son temps à l'hôpital, à y habiter, « emprisonné » par son travail.

Le Larousse (10) définit plus précisément l'interne des hôpitaux comme un « étudiant(e) en médecine en fin d'études qui, à la suite d'un concours, devient le collaborateur direct d'un chef de service hospitalier pour assurer le traitement des malades et éventuellement l'enseignement des stagiaires ». L'interne présente ainsi une ambivalence de rôle : à la fois étudiant, soignant responsable du traitement des malades et enseignant pour les plus jeunes que lui.

I.2 Le statut d'interne

Le statut des internes résulte des articles R. 6153-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP) (11). En substance, l'interne est un « praticien en formation spécialisée ». C'est donc un médecin en formation sous la responsabilité d'un médecin sénior. En rapport avec ce statut, l'interne est soumis à des obligations de service et de formation. Les obligations de service comprennent huit demi-journées par semaine soit 48 heures, lissées sur le trimestre. Le temps travaillé de nuit est lui comptabilisé comme deux demi-journées. L'obligation de formation concerne deux demi-journées par semaine découpées en une demi-journée de temps de

formation sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée de temps personnel réalisée de manière autonome.

Dans les obligations de service, est également décrite l'obligation de gardes. Chaque interne doit ainsi participer au service de garde normal comprenant une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié par mois, suivi d'un repos compensateur de 11 heures. Une participation supérieure est également possible. L'arrêté du 10 septembre 2002 (1) indique les règles à suivre concernant les horaires de gardes (non valable pour les services continus comme les urgences), les modalités de repos ou encore la production des tableaux de service. Il est à noter que, selon cet arrêté, l'interne ne peut assurer une garde pendant plus de 24 heures consécutives et qu'une ligne de garde ne peut être ouverte qu'en présence de cinq internes minimum.

I.3 L'internat de médecine générale

Chaque interne de spécialité doit, au cours de son cursus, choisir ses stages suivant une maquette. L'internat de médecine générale dure trois ans découpés en six semestres.

Pour les internes ayant passé l'Examen Classant National (ECN) avant 2017, cette maquette comprend de façon obligatoire :

- Un stage en ambulatoire : divisé en trois périodes de deux mois chez des médecins généralistes différents
- Un stage dans un service de médecine polyvalente : cela concerne les services de gériatrie, médecine polyvalente, pneumologie ou autres
- Un stage aux urgences
- Un stage de pédiatrie ou gynécologie : parfois stage couplé divisé en deux périodes de 3 mois selon les terrains de stages
- Un stage au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) pouvant être couplé avec l'un des stages précédents
- Un à deux stages libres, au choix de l'étudiant

Pour les internes ayant passé l'ECN après 2017 (12) la maquette est divisée en plusieurs phases :

- Une phase socle en 1^{ère} année comportant : un stage aux urgences et un stage chez le praticien (lui-même toujours divisé en périodes de deux mois chez trois praticiens différents)
- Une phase d'approfondissement en 2^{ème} et 3^{ème} année comportant :
 - o Un stage en médecine polyvalente à faire obligatoirement en 2^{ème} année
 - o Un stage « femme » ambulatoire (gynécologie ou centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)) ou hospitalier
 - o Un stage « enfant » ambulatoire (pédiatrie libérale, PMI) ou hospitalier (pédiatrie générale ou urgences pédiatriques)
 - o Un stage ambulatoire de niveau deux ou Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) à faire en 3^{ème} année
- Disparition du stage obligatoire au CHU

Au cours de leurs stages hospitaliers, les internes de médecine générale sont soumis à l'obligation de gardes sous réserve de la participation d'au moins cinq internes au tableau de gardes et du respect du repos de sécurité. Celles-ci se réalisent le plus souvent aux urgences et leur rémunération est réglementée par l'arrêté du 20 mai 2016 (13). Au-delà de cinq gardes par mois (quatre gardes de semaine et une garde de dimanche ou jour férié), une indemnisation supérieure doit être prévue. Des dispenses sont possibles notamment pour raison médicale, à compter du troisième mois de grossesse ou en cas de mi-temps thérapeutique.

La validation d'un semestre de médecine générale en hospitalier est ainsi corrélée à la participation aux gardes puisque celles-ci font partie des obligations de service.

II La garde : concept et représentation

Le mot « garde » vient du latin *wardāre* qui signifie « surveiller ». Le Larousse définit la garde comme l'action de garder, de tenir sous sa protection, de protéger, de surveiller ou de conserver(14).

Les agences régionales de santé doivent organiser une permanence des soins des établissements de santé (15) définie par l'accueil et la prise en charge de patients la nuit (à partir de 20 h et jusqu'à 8 h), le week-end et les jours fériés. A l'hôpital, cette permanence sous-entend une garde avec une présence médicale continue dans l'établissement ou une astreinte à domicile si les appels sont peu fréquents. Dans la plupart des hôpitaux, les internes de médecine générale réalisent leurs gardes dans les services d'urgence. Ceux-ci fonctionnant en service continu, une présence médicale est nécessaire en permanence. Les internes vont alors, sur délégation d'un médecin sénior, assurer l'accueil des patients la nuit et le week-end.

Les internes sont donc postés aux urgences, à la suite de leurs journées dans leur service de référence, afin d'assurer la permanence des soins. Ces gardes hospitalières sont souvent peu connues du grand public : dans les patients rencontrés au cours de celles-ci, peu d'entre eux sont conscients que le médecin qui s'occupe d'eux travaille depuis plus de 12 heures.

Pour autant, de plus en plus de supports de divertissement montrent au grand public le déroulement d'une garde aux urgences. Le film « Hippocrate » (16) revient, par exemple, sur la vie d'un jeune interne et les difficultés qu'il rencontre au cours de ses gardes de nuit, allant jusqu'à une erreur médicale provoquant la mort d'un patient. Dans son livre « Alors Voilà, 1001 vies des urgences » (17), Baptiste Beaulieu, alors interne en médecine générale, relate à travers ses anecdotes personnelles les journées aux urgences, les gardes, ses espoirs et ses déceptions... Il raconte surtout les personnes qu'il a surveillées, qu'il a tenues sous sa protection au cours de ces nuits passées à l'hôpital.

Dans toute ces représentations réelles ou fictives des gardes hospitalières, un dénominateur commun est retrouvé : le stress.

III Stress et conséquences

III.1 Le stress

Le mot « stress » est un anglicisme se rapportant à la réaction de l'organisme soumis à une agression brusque (18). Physiologiquement, le stress est à l'origine de réactions telle la

libération d'adrénaline et de cortisol. Cela se traduit physiquement par des symptômes variés comme l'anxiété, la sensation d'oppression, des insomnies, une tachycardie, des accès de sueurs...

C'est Hans Selye (1907-1982), physiologiste et médecin viennois qui est à l'origine du nom et du concept. Il a décrit trois phases successives dans les réactions de stress (19) :

- Une phase d'alarme : souvent brève caractérisée par une énergie importante
- Une phase de résistance : pouvant durer plusieurs semaines
- Une phase d'épuisement : si l'agression continue avec menace de l'organisme

Il est à noter que ces réactions ne sont pas constantes. Devant une même situation, certains individus manifesteront du stress et d'autres non. Lazarus et Folkman (20) décrivaient en 1984 la survenue d'une réaction de stress lorsque « la demande de l'environnement excède les ressources d'un sujet ». Ils renvoyaient également à la notion de « coping » qui correspond à la capacité d'adaptation naturelle d'un sujet ainsi qu'aux stratégies mises en place pour faire face à une situation. Le stress peut alors être défini comme un dépassement de cette capacité d'adaptation aux changements.

Dans son livre « Le stress au Travail », Patrick Legeron (21) rappelait que s'il est bénéfique à petite dose, au-delà d'un certain seuil, le stress va nuire aux performances. Dans le langage courant, on parle alors d'être « submergé par le stress ». Actuellement, de nombreux organismes proposent dans le domaine de l'entreprise ou du coaching sportif une optimisation des stratégies de réponses au stress, afin que celui-ci n'entache pas les performances.

Enfin il est à noter que l'OMS considère le stress comme un risque psychosocial majeur (22) entraînant une dégradation de la santé mentale.

III.2 Le coping

Le « coping » de l'anglais *to cope*, « faire face », est défini par le Larousse comme l'ensemble des stratégies développées par l'individu pour faire face au stress (23). Ces stratégies peuvent être de nature affective, cognitive ou comportementale. Il s'agit de la manière dont un individu va gérer la situation vécue comme stressante afin d'en diminuer l'intensité.

Lazarus et Folkman (20) ont décrit les stratégies de coping selon deux catégories :

- Coping centré sur le problème : actif, où le sujet tente de trouver une solution
- Coping centré sur l'émotion : passif, où le sujet tente d'éviter le problème initial

Dans le coping centré sur le problème, le sujet va tenter de modifier et contrôler la situation. Cela peut passer par la résolution du problème (analyser la situation puis entreprendre des actions pour corriger le problème) ou encore la modification de celui-ci en l'affrontant (prendre des mesures actives pour changer la situation). Dans le coping centré sur l'émotion, le sujet va tenter de se modifier lui-même pour supporter la situation. Il comprend notamment la distanciation, l'évitement, la réappréciation. Si les deux stratégies de coping peuvent cohabiter, il semblerait que le coping centré sur l'émotion serait plus efficace pour des situations incontrôlables et de courte durée que celui centré sur le problème(24).

Enfin, Bruchon-Schweitzer montrait dans ses recherches que les traits de personnalité vont avoir une influence sur les stratégies de coping déployées(25). Dans son modèle, entraînent alors en jeu les éléments environnementaux, les caractéristiques individuelles et les stratégies d'ajustement.

III.3 Le Burnout

Le stress va donc provoquer chez les individus des stratégies de coping variées. Lorsque celles-ci sont dépassées, on parle dans le domaine du travail de « burnout » ou « syndrome d'épuisement professionnel » défini comme un épuisement physique, émotionnel et mental résultant d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes (26).

Dans son guide de prévention du burnout (27), la Direction Générale du Travail décrit plusieurs causes possibles à ce burnout :

- Des causes liées au travail : exigence d'efficacité ou émotionnelle, mauvais rapports sociaux, conflit de valeur, insécurité...
- Des causes liées à l'individu : traits de personnalité, instabilité émotionnelle, importance du travail dans l'identité de l'individu...

Pour caractériser le Burn-out, le modèle le plus utilisé est celui de Maslach et Jackson (28) avec le « Maslach Burnout Inventory » (MBI) basé sur trois dimensions du syndrome :

- L'épuisement émotionnel : caractérisé par un manque de motivation et une sensation de faire face à des difficultés insurmontables
- Le désinvestissement de la relation : caractérisé par un vécu détaché, voire cynique, des évènements avec une tendance à la dépersonnalisation de ses patients ou clients
- La réduction de l'accomplissement professionnel : caractérisée par le fait que l'individu se voit de façon négative et se sent incompetent, diminuant ainsi son estime personnelle

En France, environ 40% des médecins généralistes libéraux présenteraient au moins l'une des dimensions MBI du burn-out (29)(30)(31). Dans sa thèse, Guinaud (9) retrouvait un taux comparable de burnout chez les internes de médecine générale d'Ile de France. Selon Barbarin (32), 7,9% des internes de médecine générale exprimaient un taux élevé d'épuisement professionnel suivant le score MBI entraînant un manque d'implication, d'efficacité et d'empathie. Du fait des risques pour les patients, la prévention du burnout paraissait dans ce contexte, primordiale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I Choix du type d'enquête

L'objectif principal de ce travail était donc de déterminer les facteurs de stress ressenti par les internes de médecine générale au cours de leurs gardes. Le stress étant un vécu subjectif, propre à chacun, mon choix s'est porté sur une étude qualitative. La recherche qualitative (33) consiste à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. On peut ici parler d'étude phénoménologique, basée sur la recherche d'une « compréhension de l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes ». Les données subjectives devenaient alors le matériel de l'analyse.

J'ai choisi de réaliser les entretiens de façon individuelle et semi-dirigée. Bien que le *focus group* permette un échange de points de vue entre les participants, il n'apparaissait pas approprié dans le cadre de cette étude. Des phénomènes d'hypo-spontanéité, de jugement social ou de désir de valorisation personnelle pouvaient influencer la prise de parole en groupe. L'entretien individuel permettait une relation plus intime et de ce fait d'aborder des sujets plus délicats. Par ailleurs, l'entretien semi-dirigé permettait d'aborder les thèmes pertinents pour l'étude mais laissait une liberté de parole à l'interne interrogé. Celui-ci pouvait ainsi s'éloigner de la question initiale s'il le souhaitait, ouvrant ainsi des hypothèses non explorées.

II Echantillon

Les critères d'inclusion étaient d'être interne de médecine générale en Picardie, tous semestres et hôpitaux d'affectations confondus. Les critères d'exclusion concernaient les internes étant inscrits ou projetant de s'inscrire au Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de Médecine d'Urgence, dans l'hypothèse où ceux-ci auraient moins d'appréhension pour les gardes aux urgences puisqu'elles feront partie de leur activité professionnelle à part entière.

L'objectif de l'analyse qualitative n'étant pas d'aboutir à une population représentative mais la plus diversifiée possible, des internes de tous semestres, âges et sexes ont été recrutés. Le sexe,

le semestre ainsi que l'hôpital où était réalisé le stage aux urgences ont été considérés comme des facteurs discriminants.

Dans une étude qualitative, la taille de l'échantillon n'est pas fixée a priori. Le recueil de données – et donc l'inclusion de nouveaux sujets – s'arrête lorsqu'aucun nouvel élément caractérisant le phénomène de l'étude n'apparaît lors de l'analyse des entretiens. On parle alors de « saturation des données ». Dans ce travail, la saturation est apparue au bout de neuf entretiens. J'ai choisi de réaliser trois entretiens supplémentaires pour vérifier que cette saturation était réellement atteinte et équilibrer l'effectif des différentes promotions. Le nombre total d'entretiens était donc de douze.

III Recrutement

Le recrutement s'est effectué en trois étapes. Dans un premier temps, un mail expliquant ma recherche de volontaires a été envoyé à l'ensemble des internes de médecine générale par le biais de l'administration de la faculté. Deux entretiens ont été réalisés grâce à cette méthode.

Dans un deuxième temps, j'ai posté un message expliquant ma démarche sur les réseaux sociaux des internes de médecine générale permettant ainsi le recrutement de trois internes. Les internes supplémentaires ont été recrutés suite au « bouche-à-oreille » des participants aux entretiens ou par des connaissances personnelles souhaitant m'aider dans mon travail.

Les internes se portant volontaires étaient recontactés pour fixer les modalités d'entretien.

IV Recueil des données

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés entre mai 2019 et novembre 2019. Le lieu et l'horaire de l'entretien était au choix des internes interviewés afin qu'ils soient totalement disponibles. La plupart ont eu lieu dans des bureaux de l'hôpital d'affectation en sortant de stage.

J'ai réalisé personnellement chaque entretien afin de saisir les expressions corporelles en même temps que verbales. Etant en dernier semestre d'internat lors du déroulement des entretiens, j'ai

également pensé qu'il serait plus facile pour les internes de se confier à un collègue qu'à un étranger ou un supérieur.

Les entretiens étaient réalisés selon un guide établi en amont (annexe 1). Je me suis inspirée du questionnaire présent dans les thèses de Lestienne-Cremière(4) sur le stress des internes de médecine générale et de Garling(6) sur la phénoménologie du stress des internes aux urgences. Ce guide a été testé au préalable sur deux internes afin de vérifier sa compréhension, sa cohérence et l'absence de redondance dans les réponses. Il n'a pas été modifié par la suite. Il comportait une première partie demandant aux internes de se présenter et de rappeler leurs parcours afin de définir la population étudiée. La deuxième partie regroupait des questions concernant leurs ressentis face aux gardes, des facteurs de stress au cours de celles-ci et de leurs avis sur l'intérêt des gardes aux urgences.

J'ai débuté chaque entretien en me présentant et en résumant le sujet de ma thèse. Le caractère anonyme de l'enquête a été rappelé à chaque interne. Les entretiens ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après avoir expliqué à l'interne l'intérêt de cet enregistrement pour une retranscription la plus fidèle possible et après avoir obtenu leur accord. Je les prévenais également de ma prise de notes au cours de l'entretien.

Au fur et à mesure des entretiens, les retranscriptions ont été réalisées avec le logiciel de traitement de texte Word. L'intégralité de la production verbale a été retranscrite, comprenant les moments d'hésitation, les rires ou autres. La communication corporelle était, elle, notée dans mon carnet de bord avec les notes prises au cours de l'entretien.

V Analyse des données

Selon les recommandations de Lejeune (34), une micro-analyse a été réalisée afin de permettre l'immersion dans le sujet et la mise à distance des présupposés. Cette micro-analyse s'est faite mot-à-mot à partir d'une phrase tirée du premier entretien et identifiée lors de la transcription. Il s'agissait d'explicitier tous les sens possibles des mots constituant le passage analysé afin d'en explorer les différentes significations en s'affranchissant des a priori.

Par la suite, j'ai identifié dans chaque entretien les phrases porteuses de sens répondant à ma question de recherche. Ces phrases ont été « codées », « étiquetées » : un terme plus précis, caractérisant le vécu leur a été apposé. Ces étiquettes sont considérées comme des propriétés des catégories identifiées au fur et à mesure des séances de codages successives. Les catégories ont elles-mêmes été regroupées en thèmes plus généraux. Ce codage en unités d'analyses a été réalisé à l'aide du logiciel N'VIVO® selon la méthode de la théorisation ancrée. Les séances de codage ont été réalisées au fur et à mesure des entretiens afin d'identifier le nombre d'entretiens nécessaire pour obtenir la saturation des données.

Afin d'assurer la validité interne de cette étude, le codage a été réalisé en triangulation. En parallèle de mon travail, un collègue a réalisé une identification des termes pertinents. Ceux-ci ont ensuite été discutés et comparés afin de corroborer les résultats obtenus.

VI Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée à partir du moteur de recherche Google Scholar avec comme mot-clef « urgences », « internes », « stress » et « garde ».

Une recherche a également été réalisée sur SUDOC afin de trouver d'éventuelles thèses en rapport avec mon sujet.

Enfin, j'ai consulté le site de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) dans le cadre de ses différentes études sur la qualité de vie des internes de médecine générale.

RÉSULTATS

I Présentation des résultats

Lors de la réalisation des entretiens, j'ai interrogé douze internes dont six femmes et six hommes. Les participants étaient répartis équitablement sur les trois promotions du DES de médecine générale : quatre internes pour la première, la deuxième et la troisième année.

Chaque interne avait réalisé entre deux et trois gardes par mois à l'exception des internes des entretiens n° 7 et 12 qui en réalisaient quatre à cinq.

Cinq internes avaient réalisé leur stage d'urgences au CHU d'Amiens, décrit comme bénéficiant d'un encadrement plus important avec une séniorisation de l'ensemble des dossiers. Les autres internes avaient réalisé ce stage dans différents hôpitaux périphériques.

Tableau 1: Descriptif de la population

Entretien	Sexe et Age	Semestre	Nombres de garde par mois	Stage d'urgences
1	Homme, 25 ans	3 ^{ème}	3	Montreuil
2	Femme, 27 ans	4 ^{ème}	2	Compiègne
3	Femme, 27 ans	2 ^{ème}	3	Saint-Quentin
4	Homme, 28 ans	6 ^{ème}	3	CHU
5	Femme, 27 ans	6 ^{ème}	2	CHU
6	Homme, 26 ans	4 ^{ème}	2	CHU
7	Homme, 29 ans	5 ^{ème}	5	Saint Quentin
8	Femme, 27 ans	4 ^{ème}	3	CHU
9	Homme, 27 ans	2 ^{ème}	3	Saint Quentin
10	Femme, 27 ans	6 ^{ème}	3	Compiègne
11	Femme, 24 ans	1 ^{er}	3	CHU
12	Femme, 25 ans	2 ^{ème}	5	Doullens

Les entretiens ont été réalisés d'avril 2019 à novembre 2019, la majorité s'étant déroulée en octobre et novembre 2019.

Huit entretiens ont été réalisés dans un bureau médical, deux entretiens au domicile des internes et deux autres à la faculté de médecine. Ils ont duré entre 10 et 33 minutes pour une moyenne de 16 minutes.

II Facteurs de stress identifiés

Les facteurs de stress en garde décrits par les internes concernaient trois grandes catégories : l'organisation pratique, la charge de travail et la personnalité de l'interne. J'ai donc choisi de

présenter les résultats selon ces trois catégories. L'encadrement était plutôt décrit comme un « curseur » accentuant le stress suivant la présence ou non d'un médecin sénior. Pour cela, j'ai préféré présenter cette variable dans une quatrième partie.

Chaque *verbatim* est suivi de la lettre « E » et d'un numéro renvoyant à l'entretien correspondant.

II.1 Stress secondaire à l'organisation des gardes

J'ai choisi de regrouper dans cette partie tous les facteurs inhérents à l'organisation des gardes et du service ainsi que le déroulement pratique de celles-ci (Figure 1).

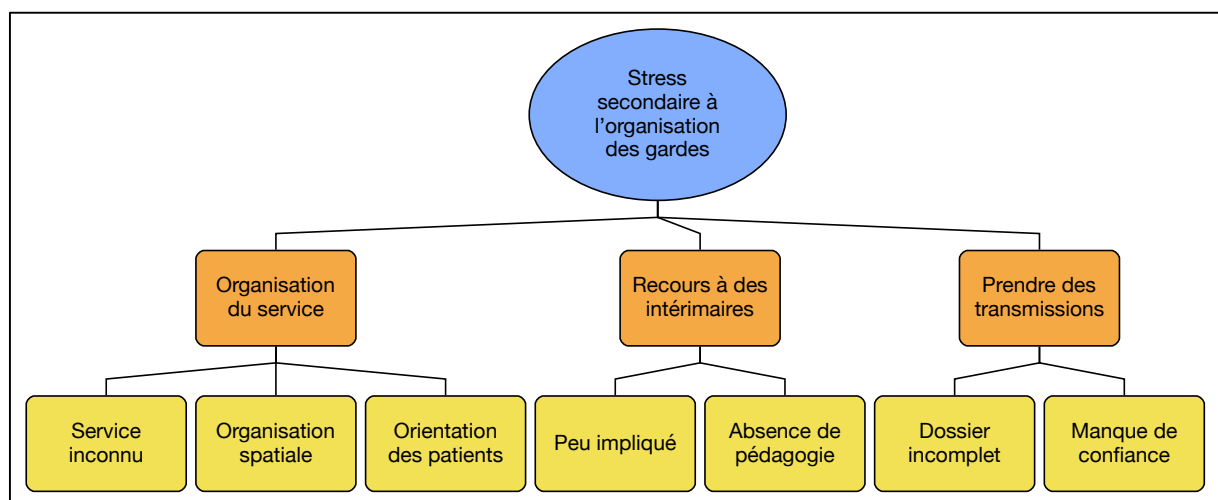


Figure 1: Stress secondaire à l'organisation des gardes

II.1.1 Organisation du service

Les internes ont majoritairement décrit les conditions générales de travail comme des éléments entraînant un stress au cours de leurs gardes « *C'est vraiment l'organisation qui m'empêche de vraiment bien travailler, on ne travaille pas sereinement* » (E1).

Le fait de ne pas toujours connaître le service, le médecin référent, la façon dont sont organisées les prises en charge, était un facteur de stress pour certains « *J'avais peur, déjà on ne connaît pas l'hôpital, d'être perdu, de ne pas savoir vers qui s'orienter, de ne pas avoir... des fois, on*

n'a pas toutes les informations, on ne sait pas qui appeler, on ne sait pas quel numéro trouver, on ne sait pas vers qui s'orienter, on a peur de louper quelque chose comme tout n'est pas protocolisé » (E3).

D'autres internes voyaient un problème dans l'organisation spatiale des urgences, l'agencement des différents secteurs de soin « *Ça nous fait courir un petit peu à droite et à gauche et ça peut être un petit peu, on perd un peu de temps [...] Ça peut être un peu mal organisé » (E9).* De même la question de l'orientation des patients a été soulevée, entraînant un stress supplémentaire chez l'interne qui se retrouvait parfois avec un cas trop grave à gérer, qui aurait relevé d'un autre secteur : « *De temps en temps, il y avait quelques cas cliniques un peu plus graves » (E6), « Après tout dépend des patients, s'il y a des grosses urgences, alors là ça va être... (rires) le stress » (E8).*

II.1.2 Recours à des intérimaires

Dans les hôpitaux ayant recours à des intérimaires, ce point a été de nombreuses fois soulevé. Ceux-ci étant majoritairement vus par les internes comme des « mercenaires » peu impliqués dans leur travail : « *Clairement, ils viennent, ils prennent leurs cachets puis ils se cassent. Il n'y a aucun suivi, aucune volonté de leur part de travailler correctement et ils ne sont pas sanctionnés derrière donc.... Moi quand je sais que je vais être avec un intérimaire, je pars déjà du fait que je vais travailler tout seul au moins je ne me prends pas la tête. Si je vois qu'il bosse tant mieux » (E7).*

Les internes rapportaient un sentiment de solitude lorsque leur médecin sénior était un intérimaire. Dans ces cas-là, il était dépeint comme peu présent ou peu pédagogue « *Après c'est vrai que sur le plan sénior intérimaire, des gens qui ne sont pas là de manière régulière c'était moins accessible ou en tout cas j'allais dire moins encadrant » (E9).*

II.1.3 Prendre des transmissions

La transmission des dossiers de la journée était également un facteur d'anxiété pour les internes. Lors des gardes de semaine, l'interne arrive vers 18 h. Certains dossiers de patients de la journée ne sont alors pas conclus et doivent être repris. Beaucoup de médecins séniors vont

s'occuper de ces dossiers non conclus, mais certains vont les laisser à l'interne, ce qui était décrit comme un moment stressant par celui-ci « *J'appréhende le moment où on va me transmettre les dossiers de la journée* » (E6), « *C'est les transmissions qui vont le plus m'embêter* » (E7), « *Dix patients qui avaient été vus sans que je les ai vus moi* » (E1).

Cette transmission de dossiers est vécue comme désagréable pour l'interne. Celui-ci doit reprendre l'interrogatoire, refaire l'examen clinique du patient, vérifier que tout a été fait ou encore redemander des examens. Parfois les internes étaient désagréablement surpris « *Parce que, parfois, pas tout le temps mais parfois, on se retrouve à dire « oui oui tout est géré » et puis en fait le dossier, il faut tout reprendre à zéro. Donc quand il y a du monde qui attend, et souvent à 18 heures il y a du monde, et qu'on se rend compte qu'il faut repasser et réinterroger les gens... ça, j'appréhende ça* » (E6). Plus que les transmissions, les internes appréhendaient donc la qualité de celles-ci, parfois par manque de confiance envers le collègue s'étant préalablement occupé du dossier « *Je vais avoir tendance à peut-être regarder un petit peu [...] juste pour me faire une idée de la qualité des transmissions que l'on va me fournir et à me dire voilà... je m'attends à récupérer des transmissions pourries* » (E7).

II.2 Stress occasionné par la charge de travail

J'ai regroupé dans cette catégorie les éléments vécus comme stressant par les internes concernant le travail demandé lors des gardes et le contexte dans lequel elles se déroulent (Figure 2).

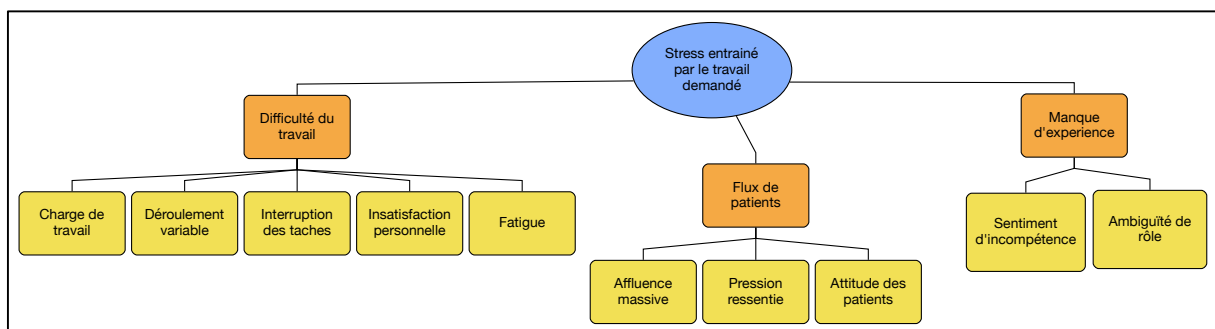


Figure 2: Stress entraîné par le travail demandé

II.2.1 Difficulté du travail

Les internes ont en majorité décrit les gardes aux urgences comme difficiles « *Je pense que les gardes elles seront toujours difficiles* » (E7). Elles sont vécues ainsi pour différentes raisons comme la charge de travail, la difficulté de certains cas sur le plan médical ou humain « *Le stress d'être confronté à des situations qui ne sont pas forcément difficiles sur le plan médical mais sur le plan humain* » (E4), la volonté de travailler correctement malgré un patient difficile ou le manque de moyens ...

La peur de l'inconnu, de ne pas pouvoir anticiper ce qui va arriver était également citée par les internes « *C'est quand même je pense, une source de stress importante, je crois que c'est la peur d'être... voilà d'être confronté systématiquement... enfin de ne pas savoir ce qui va arriver, à quel cas on peut être confronté* » (E4).

Certains internes ont également rapporté une difficulté liée à l'interruption des tâches par un facteur externe. Il s'agit de tous les moments où l'interne est occupé à une tâche première mais sollicité par un autre patient, une famille, une infirmière ou le téléphone. Cela lui donne une impression de devoir tout gérer en même temps, ce qui entraînait un stress supplémentaire « *On se fait surtout beaucoup interpellé, ça rajoute un peu d'urgence alors qu'il n'y en a pas forcément besoin* » (E1), « *Le fait de devoir être partout à la fois, à plusieurs endroits à la fois [...]il y a un patient douloureux et puis un autre. Et puis finalement tout doit être fait au même moment et que tu ne peux pas. Je pense que c'est vraiment ça qui va me faire monter en pression* » (E6).

L'insatisfaction personnelle quant à la qualité de leur travail était également explicitée par certains internes « *On n'est pas forcément content de soi et de ce qu'on a fait pour les patients* » (E1), « *J'étais un petit peu frustré parce que je pense qu'on avait fait les choses correctement et même mon chef me l'avait dit, faire les choses correctement ça ne suffit pas* » (E9).

Enfin la fatigue et ses conséquences étaient exposées par de nombreux internes du fait que la garde succède à la journée de travail habituelle « *Et la fatigue aussi, c'est quelque chose qui a été aussi un peu une appréhension aussi ; le fait d'avoir à enchaîner 24 heures* » (E5). Certains

internes émettaient des doutes sur leurs capacités professionnelles au-delà d'un certain nombre d'heures de travail « *On se pose toujours la question en étant fatigué, on passe plus peut être à côté de..., on essaie de faire le maximum pour être vigilant mais on se dit qu'au bout de la vingtième heure on a plus... enfin, voilà je pense que la vigilance n'est plus exactement la même qu'au début de garde par exemple* » (E5), « *La nuit je vais poser la question puisque je commence à être fatiguée* » (E2), « *Avec la fatigue, parce qu'on ne dormait pas du tout pendant 24 heures au début donc c'est un peu compliqué après 3 heures du matin de réfléchir* » (E12). Dans ce sens, le repos de garde était décrit comme essentiel pour les internes « *Le repos de garde en tout cas est très appréciable le lendemain de garde* » (E5), « *Je pense au lendemain (rires). Au repos de garde* » (E11).

II.2.2 Le flux de patients

Le flux, le nombre de patients présents aux urgences était un facteur de stress rapporté par les internes.

La survenue d'une affluence massive, d'une arrivée groupée de patients, était vécue comme stressante par les internes « *Le fait qu'il y ait une grosse affluence d'un seul coup d'un seul, un gros flux. Je sais que, quand je vois beaucoup de patients d'un seul coup d'un seul, ça va me stresser* » (E3), « *Et le stress vient aussi et souvent du fait que tous les patients arrivent au même moment* » (E6), « *Après, il y en a plein d'autres qui viennent et après on risque d'être débordé* » (E11). Cela leurs donnait brusquement une charge de travail massive, avec un sentiment d'obligation d'efficacité et d'efficience « *J'ai envie de tout gérer d'un coup* » (E8).

Dans le cas où l'affluence aux urgences est importante, les internes décrivaient également une pression ressentie « *C'est surtout là-dessus sur le nombre de patients, l'attente et à quel point il va falloir speeder pour voir tout le monde [...] quand il y a trop de monde, les gens sont debout devant le mur, devant la porte* » (E1). Ce sentiment de stress découlait pour la plupart d'une envie de bien faire leur travail, chose qui leur paraissait impossible en cas d'affluence massive : « *C'est vraiment ça la surcharge, de voir le monde, les dossiers qui s'accumulent, se dire qu'il faut qu'on aille vite mais en même temps ne pas passer à côté de quelque chose* » (E5), « *Après de toute façon tu sais que quand il y a du monde aux urgences, tu ne travailleras pas correctement donc c'est une évidence même si tu as de l'expérience même si t'es bon* » (E7),

«*En fait, c'est plus un stress pour les patients parce que nous ça nous fait pas plaisir qu'ils aient à attendre et en même temps, même si on sait qu'on donne le maximum et même plus encore pour que ça se passe bien et dans un temps raisonnable, ça ne suffira pas* » (E9). La seconde partie de nuit, plus calme était alors fortement appréciée « *La nuit c'est un avantage, c'est toujours plus calme* » (E1), « *Le rythme se calme et qu'effectivement on voit beaucoup moins de patients. En tout cas, on a plus le temps de prendre les choses en charge avec vraiment un délai raisonnable* » (E9).

Secondairement à ce désir de vouloir réaliser un travail correct malgré la nécessité de travailler rapidement, les internes étaient aussi stressés par l'attitude des patients. En effet lorsque l'attente se prolonge, ceux-ci se montrent parfois difficiles à gérer : « *Ils parlent entre eux et du coup ils se montent un peu la tête et ça peut avoir tendance quand il y a un peu d'attente à... Enfin, ils s'échauffent facilement les esprits* » (E3), « *On peut être pris ... je ne dirais pas être agressé mais en tout cas il peut y avoir des tensions avec les patients parce qu'ils attendent depuis des heures* » (E4), « *Le temps d'attente augmente et forcément les patients du coup vont également être de plus en plus pressants, vont le faire sentir, et parfois vont s'en prendre aux équipes. Ça peut être soit le patient qui revient trois fois à la porte du box infirmier pour demander quand est-ce qu'il va être vu ou ça peut être des patients qui sont beaucoup plus véhéments. Enfin ça peut parfois effectivement créer un contexte un peu de tension qui n'est pas nécessairement agréable* » (E9)

II.2.3 Manque d'expérience

Tous les internes ont évoqué au cours de leurs entretiens un manque d'expérience ressenti lors de leurs gardes pour gérer certaines situations.

Les internes exposaient ainsi une difficulté à gérer des situations inconnues pour lesquelles ils estiment ne pas être formés : « *L'appréhension de se dire que je ne sais pas du tout comment on gère ça* » (E2), « *Pas sûre de mes connaissances... Je ne suis pas sûre de tout gérer quoi* » (E3), « *C'est le sentiment d'incompétence en fait, de ne pas être encore assez avancé dans mon cursus pour pouvoir palier à tout type de situation en fait* » (E4). On remarque cependant que, à nouveau, c'est le désir de bien soigner le patient qui préoccupait les internes « *Je me suis vite rendu compte que non j'avais trop de lacunes, il y avait un risque pour le patient* » (E6), « *Je*

pense que c'est aussi ça l'intérêt. De savoir parfois se dire que qu'il y a des choses, des éléments qui vont au-delà de nos compétences et en médecine c'est très important de savoir dire je ne sais pas et savoir poser justement la limite » (E9). Certains internes rapportaient alors le besoin de vérifier leurs informations dans des livres ou sur internet pour se rassurer « Tu vas aller regarder sur internet ou dans tes bouquins » (E3)

Néanmoins, cette sensation de manquer d'expérience diminuait au cours du cursus de l'interne avec la répétition des gardes : « *Au fur et à mesure de l'internat, on apprend à envoyer chier les patients qui nous ennuient un peu et puis à donner un rythme à la garde qu'on a envie de donner quoi, y compris aux équipes avec qui on travaille » (E7), « Après de garde en garde, ça va mieux » (E8), « Quand on est interne, on s'en rend peut être pas compte, parce qu'on enchaîne, parce qu'on fatigue et qu'on en a marre mais j'espère qu'avec le recul on se rend compte quand même... Que c'était utile ? Qu'on a appris des choses oui » (E10).*

Les internes interrogés ont également explicité une ambiguïté dans le rôle qui leur est attribué. Du fait de leur manque d'expérience, ceux-ci se considéraient comme des étudiants qu'il faut encadrer et former. A l'inverse, les conditions de travail faisaient d'eux des médecins à part entière lors de la plupart des gardes aux urgences. Ce décalage entre leur façon de se voir et le travail qui leur est demandé était dépeint comme pourvoyeur de stress : « *Et en début d'internat, ça me paraît encore assez inconcevable de laisser des jeunes internes non séniorisés ou très peu séniorisés parce qu'il y a un risque d'erreur qui est quand même important » (E4), « On a quand même des responsabilités même en tant qu'interne » (E6).*

II.3 Stress inhérent à la personnalité de l'interne

Dans cette partie, sont regroupés les facteurs de stress relatifs à l'interne, sa personnalité et sa façon de réagir aux événements (Figure 3).

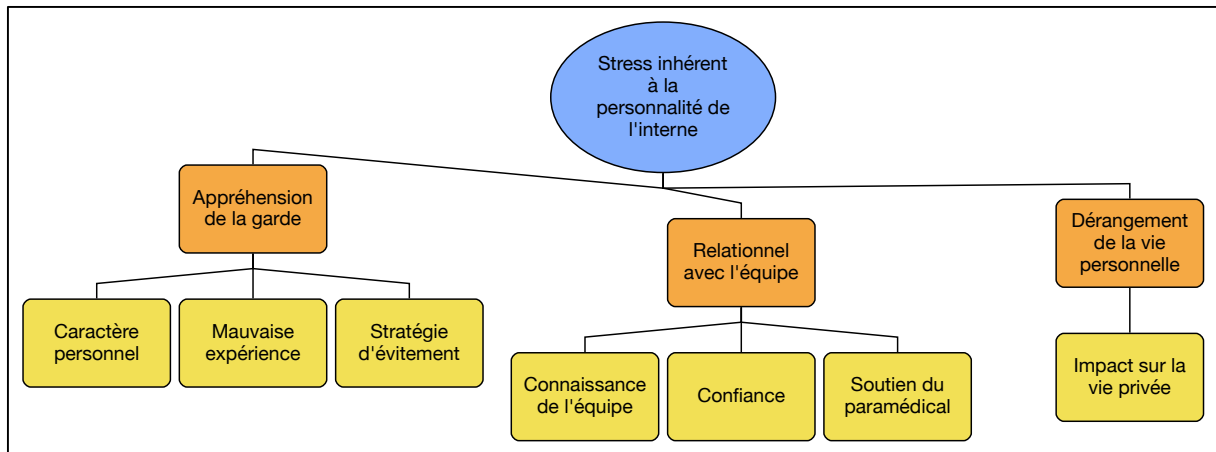


Figure 3: Stress inhérent à la personnalité de l'interne

II.3.1 Appréhension de la garde

Certains internes ont décrit une anticipation, une appréhension de la garde en amont de celle-ci : « Je sais que dans les 3-4 jours avant j'appréhende » (E6), « Le fait de ne pas savoir ce qui va se passer, de ne pas être sûr d'avoir un sénior qui sera là si tu as besoin, des choses comme ça [...] Un ou deux jours avant j'y pense, savoir avec qui je suis, quelle équipe je vais avoir, si ça va être calme ou pas » (E8), « Moi j'étais stressée deux jours avant de toute façon » (E10). Ce phénomène d'anticipation est parfois rattaché au caractère de l'interne « J'anticipe toujours parce que je suis de nature stressée » (E2), « Je me sens stressé, je pense que c'est vraiment le mot parce que déjà c'est mon tempérament de base » (E6). D'autre fois, ce stress faisait suite à une mauvaise expérience « J'ai très mal vécu la première garde et du coup c'est surtout pour ça que je stresse avant la garde, je me dis toujours que ça va être comme la première » (E1).

Cette appréhension est pour autant passagère. Les internes ont rapporté la sensation d'être « lancé » une fois la garde commencée et après un temps d'adaptation : « Une fois que je suis lancé, je n'ai pas vraiment de problème » (E1), « Après on est toujours stressé avant d'y aller mais quand on y est, on y est et puis on est bien (rires) [...] Après j'ai envie de dire quand on est dans le feu de l'action, au final, ça vient instinctivement, on gère, on fait avec ce que l'on a » (E2), « Et puis une fois que tu es dedans tu n'y penses plus » (E10).

Les internes ont également pour certains, dépeint une anticipation de la suivante : « La journée j'étais contente et puis après je me disais dans 4 jours je suis à nouveau de garde, trois jours,

deux jours » (E10). A l'inverse, d'autres évitaient de penser aux gardes suivantes « *Moi je me rappelle qu'en sortant de garde, j'avais l'impression que j'avais... même si la garde d'après arrivait deux jours après, j'avais l'impression que j'étais tranquille pour longtemps [...] Je ne sais pas on a l'impression que la vie reprend* » (E4).

Outre l'appréhension précédant la garde, nombre d'internes ont déclaré y repenser a posteriori : « *Se dire j'aurais dû penser à faire ça ou j'aurais dû penser à faire ça* » (E2), « *Souvent pendant une petite demie heure, une petite heure on a tendance un peu à ressasser les patients qui ont pu nous poser souci ou c'est là où des fois on se dit : Est ce que j'ai demandé ci ? Est-ce que j'ai demandé ça ? Ou est-ce que j'ai mis... Alors des fois je pense que c'est la fatigue qui fait qu'on a l'impression d'avoir oublié des trucs, d'avoir mis des choses qui nous semblent évidentes et des fois on va ressasser un petit peu. C'est ce qui fait aussi que des fois on va se coucher, on n'arrive pas à dormir parce qu'on repense aux patients et on se dit lui avant de l'envoyer est ce que j'ai bien fait ça ?* » (E10), « *Je pense que les quatre ou cinq premières gardes je repensais beaucoup aux patients que j'avais vus* » (E12).

Enfin, des solutions d'évitement des gardes étaient parfois employées par les internes : « *Alors-moi si je n'ai pas fait beaucoup de gardes c'est parce que je suis quelqu'un qui n'aime pas trop ça* » (E4), « *Moi je n'aime pas ça donc je me suis débrouillé pour en avoir le moins possible [...] J'ai joué le jeu dans l'ensemble, à la fin j'ai refilé des gardes mais dans l'ensemble je les ai faites* » (E6).

II.3.2 Relationnel avec l'équipe

De nombreux internes ont décrit comme important le relationnel avec l'équipe et le soutien qui pouvait en résulter : « *On a toujours quelqu'un sur qui s'épauler* » (E2), « *Je savais que l'équipe aussi était là si besoin du coup* » (E5), « *L'avantage c'est comme j'ai beaucoup travaillé à Saint-Quentin, c'est que je connais en tout cas les internes qui y sont passés souvent, que j'ai connus ou les équipes infirmières ou les chefs, je sais avec qui je travaille en général [...] Les médecins avec qui on bosse beaucoup et en qui on a confiance* » (E7).

L'entente avec le sénior présent était également citée par les internes, de même que la confiance que l'interne pouvait avoir envers son chef : « *J'ai fait une garde un dimanche avec Rhéda*

pareil bien séniorisé et il est sympa » (E1), « Il y en a, on se dit je suis avec lui c'est bien, ça va aller, puis il y en a d'autres, ou l'on échange nos gardes pour ne pas être avec ce cheflà » (E10)

Enfin, l'équipe paramédicale était rapportée comme un soutien fort par de nombreux internes interrogés : *« Tu as ton paramédical qui est souvent assez rodé et qui est là pour pouvoir t'encadrer, te guider et essayer de rattraper ou t'orienter un petit peu » (E3), « Je trouve que les infirmières aident beaucoup et ça c'est vraiment un point positif ! C'est à dire quelles sont habituées et elles sont vraiment là pour pouvoir enfin ... nous aider si besoin et c'est vrai qu'elles ont de l'expérience que nous on n'a peut-être pas forcément puisqu'on débutait le stage aux urgences même si elles ne sont pas non plus médecin... Elles ont quand même une grande expérience dans le domaine et je crois que les infirmières c'était vraiment... en tout cas l'équipe, un soutien en fait » (E5), « Les infirmières étaient hyper cool avec moi, je l'ai bien vécu » (E10), « L'équipe paramédicale aussi était vraiment bien. La plupart, ils avaient au moins dix ans d'expérience d'urgences donc... Tu te sentais épaulée ? Oui. » (E12).*

II.3.3 Dérangement de la vie personnelle

Le dérangement de la vie personnelle, de leurs habitudes était ressenti comme stressant par les internes de médecine générale : *« J'aime bien quand même avoir ma vie perso et rentrer chez moi le soir et passer une nuit à l'hôpital je n'aime pas ça » (E4).*

Le bouleversement de la vie privée est ainsi revenu dans plusieurs entretiens *« Je me dis aussi au-delà du travail que c'est du temps passé la nuit, au moment où beaucoup d'autres personnes sont chez elles, en famille ou avec les proches. J'appréhende aussi, je n'accepte pas bien le fait que ça ait un impact sur ma vie privée aussi » (E6), « Je dois m'organiser sur le plan personnel qu'évidemment ça peut bousculer... j'allais dire un petit peu... Est ce que je vais rentrer voir mes parents ? Est-ce que je vais aller faire une séance de sport ? Est-ce que je vais voir mes amis ? Ou est-ce que voilà... Il y avait quelque chose qui se planifiait, moi je ne pourrais pas y être » (E9).*

II.4 Rôle curseur de l'encadrement d'un médecin sénior

Dans cette partie, sont regroupés les facteurs liés à l'encadrement –réel ou ressenti– des internes de médecine générale au cours de leurs gardes (Figure 4). Parmi les différentes réponses, l'encadrement apparaissait comme un curseur agissant sur le stress des internes : lorsqu'ils se sentaient encadrés, les internes étaient moins stressés par les situations précédemment exposées.

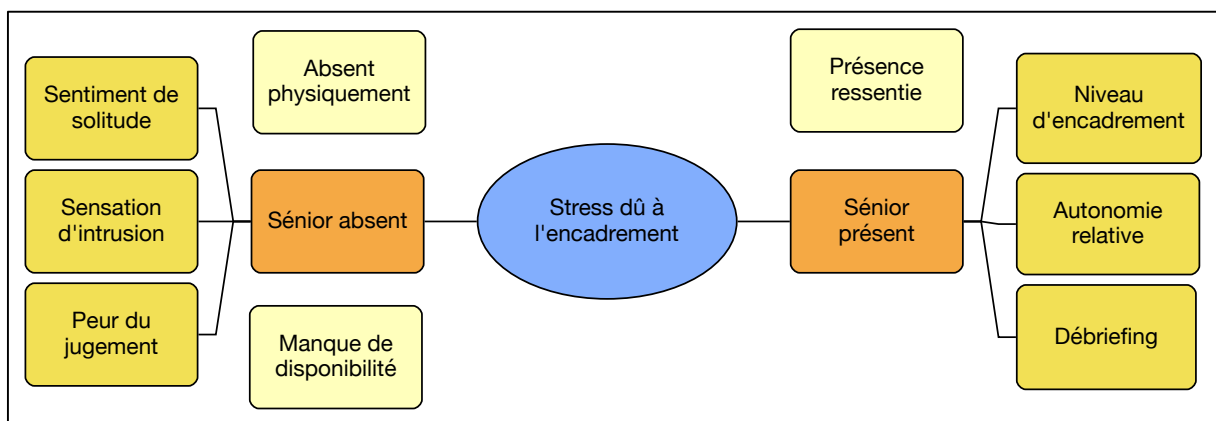


Figure 4: Rôle curseur du médecin sénior

II.4.1 Senior absent

Dans certains cas, les séniors référents ont été décrits comme absents par les internes. Cette absence pouvait être réelle (sénior absent, sorti en SMUR par exemple) ou ressentie (pas de réponse au téléphone...). Dans tous les cas, elle entraînait un sentiment de solitude chez l'interne : « Des intérimaires qui font le SMUR donc quand ils sont appelés, il n'y a plus de chef et sachant que les chefs du circuit long ne veulent pas entendre parler des avis de chirurgie ou des patients du circuit court, à part une ou deux exceptions [...] mais on est vraiment tout seul » (E1), « Un sénior normalement, théoriquement qui est avec nous » (E3), « C'est vraiment ce sentiment de solitude qu'il y a nulle part ailleurs » (E6). Pour eux cette solitude entraînait de ce fait un manque de formation « Ça là-dessus c'est clair, quand il n'est pas là, il ne te forme pas » (E6).

Parfois, ce sentiment de solitude n'était pas consécutif à la présence ou non d'un sénior mais plutôt à son attitude et à sa disponibilité : « Parfois tu les bipes, tu les appelles, tu les rappelles

sur leurs téléphones... » (E8), « Quand tu as le chef qui part se coucher à 22h30 et que tu es toute seule et que tu es nulle en lecture de radio et que le chef ne te dit « même pas tu m'appelles si tu as un souci ou autre »... » (E10)

Pour certains internes, le fait de devoir téléphoner à son médecin sénior pour avoir un avis était vécu comme une intrusion, un dérangement : *« Parce que tu ne veux pas déranger ? Oui. » (E2), « Parfois tu n'oses pas le réveiller » (E6), « Tu sens que quand tu l'appelles, tu n'as pas intérêt à l'appeler toute la nuit... Tu n'es pas rassurée quand même » (E10).*

Enfin, pour d'autres, le stress était majoré par un sentiment d'illégitimité et par la peur du jugement : *« Parce qu'à un moment quand on est plus vieux semestre, on doit se dire que l'on doit être capable de se débrouiller (rires) » (E2), « Alors même si on a toujours la possibilité de demander à des chefs parfois, on a aussi un peu ce sentiment en médecine en général de pas vouloir poser n'importe quelle question à un chef, puisqu'on a pas envie non plus de paraître idiot » (E4), « Disons que quand tu le réveilles, tu as l'impression que c'est ta carte joker. En fait, tu as l'impression que quand tu l'as fait une fois c'est bon tu l'as réveillé une fois dans ta nuit. Tu te dis punaise, s'il m'arrive un autre truc à 5 heures du matin et si j'appelle une deuxième fois qu'est-ce qu'il va penser de moi ? Il va dire je suis une quiche » (E6).*

II.4.2 Sénior présent

La présence des médecins séniors était décrite comme un atout par les internes : *« Quand on a un sénior à côté de nous, on peut rebondir en disant : Ah tiens si tu penses à ça, regarde, pense à tel truc, qu'est-ce que tu aurais fait dans telle situation et s'il y avait eu ça et machin, ça permet de rebondir et d'échanger plus » (E4).*

Pour autant, cette présence n'était pas nécessairement physique et pouvait être ressentie : *« Il y avait toujours un chef au bout du téléphone ou présent à côté » (E6), « C'était surtout le fait de savoir au téléphone, le lien que tu peux avoir téléphoniquement, enfin, si tu sais que ton sénior, il va te répondre et que tu peux lui poser la question, tu vis beaucoup mieux ta garde » (E10).*

En définitive, plus important que la présence physique, les internes ont décrit un besoin d'encadrement « *Mais tu sais c'est une petite aide psychologique, de savoir qu'il est là, il n'est pas en sortie et là tu sais, tu taffes. Il y a du monde mais tu vois que lui aussi il avance* » (E7) « *Par exemple, j'ai eu une autre garde qui était très bien mais au circuit court, la journée, le chef était présent, je lui posais toutes les questions. Il m'a emmené dans des situations particulières et là tu fais ça, ça, ça, tu cherches ça et tu fais ça. Et dans la nuit, j'ai eu exactement les mêmes situations, j'ai su gérer toute seule* » (E11), « *Grâce aux chefs, les chefs étaient vraiment bien, on était bien encadré* » (E12).

La notion de « juste milieu » entre la présence du chef et l'autonomie laissée est également revenue plusieurs fois dans ce besoin d'accompagnement : « *Comme hier soir par exemple c'est tout bête mais mon chef, il était inoccupé, au lieu d'aller je ne sais pas où j'imagine rien faire, il m'a dit « viens je vais avec toi on va en gériatrie », pour une prise en charge que je savais faire tout seul. [...] Il était à côté de moi, il a trouvé le juste milieu. Il a trouvé cette espèce de juste milieu entre l'autonomie et ça c'est très en fonction de ton degré d'avancement dans tes études et des relations que tu as avec ton chef aussi* » (E6), « *J'aurais eu besoin que le chef se déplace, se mette derrière moi et dise... Il croise les doigts et il me dit machin. Mais je sais qu'il serait derrière moi et là j'aurais pu gérer en me disant si ça ne marche pas, il y a quelqu'un derrière alors que là j'étais toute seule* » (E11).

II.4.3 Présence des collègues

Les internes ont décrit la présence des médecins séniors mais aussi de leur co-internes comme soutien moral, social et théorique permettant une réassurance.

La proximité entre les différents membres de l'équipe de garde permettait une relation interprofessionnelle favorable pour l'interne : « *Aussi c'est bête mais c'est centralisé, tous les médecins, tous les internes et tous les infirmiers au même endroit donc du coup ça permet beaucoup plus facilement de demander un avis* » (E1).

Tous les internes interrogés ont évoqué le besoin de discuter des cas traités avec leurs médecins séniors ou leurs co-internes : « *On ne peut pas débriefer de tout sur tout, mais c'est vrai que quand je pense qu'au tout début où on commence... Moi, j'aimais bien parler de tous mes*

dossiers, même les petits trucs merdiques parce qu'au final j'avais peur que l'on me dise tu as oublié, tu n'as pas pensé à ça » (E2), « Mes co-internes qui sont avec moi aux urgences et je leur en parle souvent [...] en disant toi tu as fait quoi, tu as vu quoi... On échange pas mal entre nous. » (E3), « Je pense que si on leur parlait de nos cas, on apprendrait plus de trucs, des choses qu'il faut faire, des traitements... » (E8), « En général, j'aime bien débriefer quand même derrière, rien que pour avoir un recul sur certaines de mes prises en charge, pouvoir réfléchir et me dire là j'ai bien fait et là a posteriori peut être que c'était ça en fait » (E11).

Certains évoquaient également un désir de retour des services d'hospitalisation sur le diagnostic, la suite de la prise en charge et l'évolution de l'état du patient : « *Le problème des gens c'est qu'une fois que l'on voit les patients si on décide de les garder, on n'a pas vraiment de recul sur la suite de la prise en charge. Est-ce que le bilan que l'on a fait initialement, c'était bien ?* » (E1).

III Bénéfices et améliorations

III.1 Bénéfices tirés par les internes

Spontanément, les internes interrogés ont évoqué plusieurs côtés positifs aux gardes, que j'ai jugé utile de présenter. Renforcer ces côtés pourrait en effet constituer un axe d'amélioration afin de rendre les gardes plus agréables et formatrices.

De nombreux internes interrogés ont dépeint une certaine fierté en sortant de garde : celle du travail accompli, celle d'avoir « survécu », celle d'avoir bien travaillé : « *Je me sens content du travail qui est fait, parce que je trouve que ça reste quelque chose qui est hyper intéressant et oui je pense qu'on se sent fier. On se dit on a réussi. C'est un peu l'épreuve du feu (rires)* » (E6), « *Après une garde, je sors de la en disant... Un peu en mode... Un petit peu de sentiment d'héroïsme. En mode voilà j'ai survécu [...] Tu te dis finalement ça finira toujours ma garde, je m'en sortirai toujours* » (E7), « *J'ai le sentiment d'un travail accompli et j'ai survécu à la nuit (rires) et que voilà c'est une sorte de satisfaction d'avoir réussi à gérer ma garde* » (E11).

Ils ont également décrit les gardes comme difficiles mais formatrices : « *C'est vraiment une épreuve, c'est vraiment un travail sur soi en fait, de confiance en soi je trouve les gardes aux urgences. Mais d'un point de vue, il y a beaucoup de gestes et de prises en charge* » (E6), « *Je trouve que c'est hyper formateur* » (E7), « *Et je me dis que les gardes c'est pareil, on en a bavé pendant les gardes mais je pense qu'il y a des choses que je n'aurais pas apprises si je n'étais pas passée en garde donc...* » (E10).

Tous les internes ont rapporté que les gardes leurs avaient permis d'acquérir de l'expérience, de la confiance en soi et de l'autonomie : « *Je pense que sur les gardes on est plus autonome que dans un service ou en stage avec le praticien. Ça nous permet d'avoir une autre réflexion et d'avancer plus dans notre raisonnement que si on a toujours quelqu'un à côté de soi* » (E2) « *Ça aide à prendre de l'assurance en général aussi* » (E4), « *C'est le fait d'être seul. On est seul face aux responsabilités. C'est le seul moment de la formation de médecine où on est vraiment seul : la nuit* » (E6), « *Je pense que de toute façon c'est un passage, un passage qui est pertinent* » (E9), « *Donc t'apprends quand même à être autonome et puis à essayer de te débrouiller un petit peu par toi-même [...] Quand on est interne, on se n'en rend peut-être pas compte, parce qu'on enchaîne, parce qu'on fatigue et qu'on en a marre. Mais j'espère qu'avec le recul on se rend compte quand même. Que c'était utile ? Qu'on a appris des choses oui.* » (E10).

III.2 Gardes en ambulatoire

Dans le questionnaire était également évoquée la possibilité pour les internes d'abandonner les gardes aux urgences au profit de gardes en ambulatoire.

Très peu d'internes interrogés ne trouvaient pas d'utilité aux gardes des urgences hospitalières : « *En tout cas pour quelqu'un qui veut faire de la médecine de ville sachant que le stage aux urgences donne l'expérience...* » (E5), « *Ça apprend des choses scientifiques mais qui ne sont pas forcément applicables en pratique* » (E6).

Pour la majorité, les patients des urgences et de la médecine de ville étaient similaires et les deux types de garde complémentaires : « *Il faut faire les deux, je trouve, il ne faut pas se limiter à une seule* » (E1), « *Oui, il faut que ce soit mélangé. Je pense qu'un médecin généraliste qui*

ne fait plus d'urgence, il ne sait plus quand est-ce qu'il faut adresser ou pas aux urgences et inversement » (E3), « Mais c'est vraiment je pense c'est complémentaire » (E7), « A la place des gardes aux urgences, en complément ou plutôt ? En complément » (E12). Les gardes aux urgences vont ainsi permettre de savoir repérer les critères de gravité et d'hospitalisation des pathologies fréquemment rencontrées en ambulatoire : « Enfin je n'ai pas eu l'impression d'avoir d'autres stages ou tu apprends, ou tu apprends ça. Est-ce que ça va vite ? Est-ce que ça ne va pas vite ? Enfin est-ce que ça va aller ? Est-ce que ça ne va pas aller ? Est-ce que c'est grave ? Est-ce que ce n'est pas grave ? » (E11), « De repérer les urgences immédiates des semi-urgences » (E12).

Enfin quelques internes évoquaient la notion de « devoir » c'est à dire qu'ils se sentaient redevables envers l'hôpital et obligés de participer aux gardes hospitalières : « Après les gardes aux urgences, ça ne me choque pas. On est attribué à un hôpital, il faut faire tourner aussi. C'est normal que l'on fasse les gardes à l'hôpital » (E1), « Ça te paraît normal pourquoi parce que tu estimes que tu dois participer ? Oui. » (E12).

Concernant les gardes ambulatoires, l'ensemble des internes interrogés y était favorable, trouvant cela plus formateur et plus en adéquation avec leur pratique future : « Je pense que ce serait plus formateur de nous faire faire des gardes de SOS médecins « en externe » parce que c'est ce que je serais peut-être amené à faire moi-même. Et limite là je sais que quand je vais commencer à remplacer, je pourrais être encore interne et je pourrais faire des gardes de nuit. Là par contre, je flipperais plus peut-être » (E3), « Je pense que l'on se rapprocherait forcément plus de la vraie pratique de la médecine générale et pour vraiment des internes de médecine générale, oui je pense que ce serait mieux » (E4), « Je pense que ce serait plus intéressant pour nous de faire des stages de garde de nuit de médecine générale en ville » (E6).

Dans tous les cas, ce type de garde n'était envisagé qu'à un certain stade de l'internat de médecine générale : « Ça dépend à quel stade à mon avis du cursus... C'est-à-dire que faire des gardes en médecine de ville, du coup après il y a la question de la séniorisation aussi et savoir aussi dans quel contexte on se place. Mais ça me paraît une bonne chose pour les internes qui se destinent vraiment à la médecine générale mais plutôt je pense en 2^{ème} partie d'internat. Au moins après un 3^{ème} ou un 4^{ème} semestre parce que je pense que c'est plus facile quand même d'être encadré en structure hospitalière que sur une garde de ville » (E4), « Mais

je pense que quand je serais plus expérimentée oui pourquoi pas ça peut être super intéressant et super formateur parce que ce sera le reflet de ce qu'on fera plus tard » (E11).

DISCUSSION

I Limites de l'étude

I.1 Limites liées à l'échantillon

Ma première idée était de recruter des internes répartis dans l'ensemble de la Picardie en envoyant un mail à l'ensemble des promotions de médecine générale. Seul deux internes ont été incorporés par ce moyen. Trois internes ont été recrutés par les réseaux sociaux et deux suite au « bouche à oreille ». Le reste de la population faisait partie de mes connaissances et s'est portée volontaire dans ce contexte. On peut se demander dans quelle mesure ces internes se sont sentis obligés de participer du fait de nos liens personnels. Devant le peu de réponses spontanées suite au mail envoyé initialement, nous pouvons également nous poser la question d'une éventuelle réticence des internes à parler de leurs difficultés et de leur souffrance. Enfin, les personnes volontaires s'estimaient peut-être plus concernées par le sujet d'étude ; mais celui-ci n'était pas détaillé précisément lors de la demande d'entretien.

La période des entretiens s'est répartie de mai 2019 à novembre 2019. La majorité d'entre eux a été réalisée en octobre 2019 soit sur le dernier mois de l'année d'internat écoulée. Cela a pu influencer les réponses des internes en stage hospitalier. En effet, l'entretien arrivait après six mois de stage dans un hôpital défini, ce qui peut entraîner un biais cognitif puisqu'on évoque plus facilement ce que l'on est en train de vivre que des évènements antérieurs.

Il est à noter que deux internes de première année avaient en réalité déjà réalisé une année d'internat avant de repasser l'ECN. Néanmoins comme les spécialités choisies par ces internes étaient la médecine du travail et la biologie médicale et qu'ils n'avaient pas réalisé de stage dans un service de médecine, cette année a été considérée comme une année blanche. De même, l'interne interrogé le premier jour du semestre d'hiver n'avait de ce fait pas encore fait de garde sur le semestre. Il a donc été considéré arbitrairement dans le semestre précédent.

I.2 Limites liées aux entretiens

J'ai réalisé personnellement tous les entretiens. Nous pouvons nous demander si cela a pu entraîner une modification dans les réponses de mes collègues. Le fait de me connaître personnellement a pu les gêner lors des entretiens : il est possible qu'ils aient minimisé leurs angoisses dans un souhait de ne pas montrer leurs faiblesses. On parle de « biais de désirabilité sociale » (35) c'est-à-dire le souhait pour l'interviewé de se montrer sous son meilleur jour.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Je pense que certains internes ont pu être gênés par cet enregistrement. Plusieurs d'entre eux sont d'ailleurs revenus sur ce point à la fin des entretiens en me rapportant leurs difficultés à échanger en se sachant enregistré.

La question de l'anonymat se pose également. Aucun interne n'a soulevé ce point et certains ont naturellement décliné leur identité au début de l'enregistrement. On peut toutefois imaginer une gêne quant à l'utilisation de leur propos pour la rédaction d'une thèse.

I.3 Limites liées à l'analyse

J'ai personnellement réalisé le codage de tous les entretiens. De ce fait, l'analyse qualitative a pu être influencée par mon vécu personnel. Il est possible que lors du codage, les éléments m'interpellant soient ceux que je considère personnellement comme des facteurs de stress. On peut alors parler de biais de confirmation : les éléments repérés et codés allant dans le sens de mes idées préconçues.

Ce biais est limité par le fait que le codage ait été réalisé en parallèle par un collègue selon un système de triangulation. Il est à noter que ce double codage n'a été réalisé que sur deux entretiens du fait du caractère chronophage de l'activité.

II Facteurs de stress décrits

Les facteurs de stress décrits par les internes peuvent selon-moi être divisés en deux catégories : les facteurs qui ne sont pas modifiables et ceux sur lesquels on peut entreprendre des actions – de la part des instances ou des hôpitaux – afin d’améliorer les conditions de travail lors des gardes.

II.1 Facteurs non ou peu modifiables

Sont considérés comme non –ou peu– modifiables, les facteurs inhérents à la personnalité de l’interne c’est-à-dire son caractère (tendance au stress), sa sociabilité avec l’équipe, son tissu social (soutien des pairs). Ces facteurs de stress sont également retrouvés dans les travaux de thèse de Garling (6) et Crémère(4). Cette dernière soulevait de ce fait l’intérêt d’un dépistage des internes à risque, c’est-à-dire ceux ayant une tolérance au stress plus faible, afin de les accompagner dans leurs difficultés.

Dans ses travaux, Garling (6) retrouvait comme facteur important de stress la confrontation à la mort. Ce sujet n’est ressorti dans aucun de mes entretiens. Le fait qu’elle n’ait interrogé pour sa part que des premiers semestres peut en être une explication. En effet, elle rapportait la difficulté des internes de premier semestre à faire face à cette idée de « mort » puisqu’ils n’y ont pas été exposés ou peu durant leur externat. Pour ma part, j’ai choisi d’interroger des internes de tous les semestres chez qui un phénomène « d’habituation » a pu être développé.

On retrouve également dans les facteurs non modifiables le dérangement de la vie personnelle. Ce facteur n’était pas retrouvé dans les différentes références bibliographiques que j’ai pu consulter. Pourtant, cela correspond à ce que l’on peut trouver aujourd’hui dans les médias : les jeunes internes, membres de la « génération Y » (nés entre 1980 et 2000) ne veulent plus sacrifier leur vie personnelle au profit de leur travail. Selon une enquête réalisée en 2013, 97 % des internes interrogés (36) se déclaraient autant attachés à l’équilibre de leur vie familiale qu’à l’intérêt médical de leurs fonctions. Dans un article publié par *Le Monde* en mai 2019, une interne anonyme rapportait « *La médecine est mon travail, pas mon identité globale* » (37). La grève des internes du 10 décembre 2019, organisée par l’ISNI (38) comportait de nombreuses revendications, certaines concernant le volume horaire travaillé. Tout ceci nous montre bien un

changement de mentalité des internes. Dans ce contexte, la garde hospitalière est vue par beaucoup comme un stress supplémentaire du fait de son impact sur leur vie privée.

Enfin, il est à noter qu'aucun interne interrogé n'a évoqué la religion, l'alcool, le tabac ou autres drogues comme mécanisme de protection contre le stress(4,6,32,39–41). Cependant, je n'ai pas abordé ouvertement la question de la gestion du stress contrairement aux autres études.

II.2 Facteurs modifiables

Les facteurs modifiables concernent l'organisation des services, la formation et l'encadrement des internes et l'afflux de patients.

II.2.1 Difficultés du travail et affluence

Au cours des entretiens, l'affluence de patients aux urgences a été rapportée comme un facteur de stress important par les internes. Cette notion était peu retrouvée dans mes recherches bibliographiques. Dans sa thèse, Motte-Vincent (42) rapportait tout de même le fait que le manque de lit d'hospitalisation et l'affluence des patients sont ressentis comme difficiles dans 97% des cas. Le fait que l'afflux des patients soit mis en avant dans mon travail peut être dû au fait que la fréquentation des urgences augmente d'année en année. En effet, il existe une augmentation de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences depuis 1996 (43). À mon sens, une éducation de la population sur les motifs de consultations aux urgences pourrait être utile afin de réorienter les patients vers la médecine de ville dans certains cas. Cela permettrait de diminuer le nombre de consultations aux urgences et d'améliorer les conditions de travail des internes mais également de l'ensemble des équipes hospitalières.

Dans les difficultés décrites par les internes interrogés, je suis interpellée par l'impact de la fatigue ressentie par les internes. Plusieurs d'entre eux décrivaient une inquiétude quant à leur capacité à prendre en charge correctement un patient, à ne pas faire d'erreur, après un certain nombre d'heures de travail cumulé. Dans son étude, Kadayer (44) conforte cette idée puisqu'il rapportait une baisse significative des fonctions cognitives au décours immédiat des gardes effectuées. Des hôpitaux dans certains pays – dont le Canada – évoluent dans ce sens en limitant leurs gardes à 12 ou 16 heures (45). Il serait dans ce cas intéressant d'évaluer la « limite »

d'heures de travail cumulées au-delà de laquelle il devient dangereux pour l'interne et ses patients de travailler. Nous pourrions par la suite ajuster le format horaire des gardes à ces données.

Les internes interrogés ont décrit l'organisation du service en tant que facteur de stress, ce que j'ai peu retrouvé au cours de mes recherches. La sectorisation des patients et le recours aux intérimaires sont relatifs aux conditions locales des hôpitaux et peuvent être modifiés par ceux-ci. Un des points qui m'interpelle concerne les transmissions de dossiers faites à l'interne lorsqu'il arrive en garde. En tant qu'interne en fin de cursus, je peux comprendre qu'il soit difficile – en début d'internat notamment – de remettre en question la prise en charge du médecin sénior qui nous transmet un dossier. Dans certain cas, le dossier est peu rempli, le cheminement de pensée de notre prédécesseur est difficile à saisir et il faut donc tout refaire. Dans d'autres cas, on peut ne pas être en accord avec les examens demandés, avec le diagnostic final ou la conduite à tenir. Cette position peut être délicate pour un interne et donc vécue comme stressante. Une transmission des dossiers entre médecins séniors lors du changement d'équipe pourrait être envisagée pour pallier cette difficulté.

Enfin, rejoignant l'organisation du service et des gardes, les internes sont souvent en stage dans un service donné puis détachés aux urgences pour leurs gardes. La méconnaissance de l'organisation des urgences, de l'équipe paramédicale et médicale était décrite comme un facteur de stress. Cette notion est retrouvée chez Crémère (4) qui soulevait également le fait que tous les six mois, ces internes vont changer de stage et donc d'hôpital, devant souvent apprendre une nouvelle organisation. Mais ce changement régulier permet également aux internes de voir des fonctionnements divers, ce qui leur donne des pistes pour leur installation future.

II.2.2 Formation et ambiguïté de rôle

Le manque d'expérience et de connaissances était un facteur de stress décrit par tous les internes interrogés. Ce manque renvoie à la notion d'ambiguïté de rôle que l'on a – je pense – toutes et tous ressentie au cours de notre cursus : cette impression de ne rien savoir, mais de devoir tout savoir. Elle résulte de l'inadéquation entre ce dont l'interne se sent capable et ce qu'on lui demande. Cette ambiguïté est particulièrement marquée chez les premières années comme le

montrait dans sa thèse Garling (6): ceux-ci sortaient tout juste de l'externat où les responsabilités sont quasi nulles. Dans mes entretiens, les internes de premier semestre évoquaient une difficulté à prendre des décisions, expliquant la recherche de l'aval d'un médecin sénior pour se rassurer. Pour pallier ces difficultés, Garling (6) évoquait l'idée d'un accompagnement dans la prise de décision en début d'internat. La mise en place d'un tutorat avec un encadrement des internes de premier semestre dans leur prise de décision, pourrait ainsi diminuer le stress ressenti.

Truchot(39) attribuait lui ce manque de clarté dans le rôle des internes à un manque d'objectifs de stage précis. Établir ces objectifs (46) permettrait à chaque interne de savoir ce que l'on attend de lui et d'être épaulé si besoin. Dans cette optique, le département de médecine générale d'Amiens propose sur son site internet une grille de compétences à remplir. Se pose toutefois la question de sa diffusion aux encadrants des internes et de la clarté de ses objectifs. Avoir cette grille d'objectifs, un manuel ou une formation à l'encadrement, pourrait permettre un meilleur accompagnement des internes. Si le médecin sénior considère son interne comme un étudiant, un novice, il sera plus enclin à l'accompagner dans son travail. À l'inverse, s'il le considère comme son égal, il lui laissera plus d'autonomie. Malheureusement, cette autonomie trop importante au regard de l'expérience de l'interne est une source de stress importante pour celui-ci. Une formation à l'encadrement est réalisée pour les Maîtres de Stages des Universités (MSU) en médecine générale ; il me semble approprié de la généraliser à l'ensemble des médecins encadrant les internes, y compris en hospitalier.

En parallèle de cette ambiguïté de rôle ressentie par l'interne, la question de l'encadrement est revenue dans chacun des entretiens que j'ai réalisés. Les internes ont tous évoqué l'idée d'un compagnonnage au cours des gardes hospitalières, notion retrouvée dans de nombreux travaux préalables (4)(47)(48)(6). Comme rapporté par certains des internes interrogés, il est question d'un « juste milieu » entre la présence d'un médecin sénior et la liberté de décision. L'interne a ainsi besoin de se sentir encadré mais avec une certaine autonomie : il doit être seul décisionnaire mais savoir qu'il a accès à une « personne ressource » s'il en ressent le besoin. En effet si une présence trop importante empêche l'interne de progresser et d'acquérir de l'autonomie, un médecin sénior absent est un facteur de stress important pour l'interne qui se sent alors seul avec ses décisions et ses responsabilités. En ce sens, l'accompagnement du médecin senior constitue un curseur sur le stress de l'interne.

Le contexte actuel et son manque de médecin dans les hôpitaux hors CHU est également un élément influençant : certains services ont besoin des internes dans un rôle de médecin (et non d'étudiant) pour assurer leur fonctionnement. Le dernier exemple en date étant les services de pédiatrie d'Ile-de-France qui, suite à une erreur de répartition, n'étaient plus en mesure d'ouvrir leurs urgences en continu du fait du manque d'internes (49). L'ARS a donc décidé de réaliser une seconde répartition afin de pourvoir ces postes. On peut se poser la question de la qualité de formation des internes dans ces stages où leur absence empêche un service de fonctionner. Se pose également la question du respect de l'interne en tant que personne qui, à 10 jours du début de son stage, ne connaît pas son affectation.

II.2.3 Débriefing et soutien social

Dans sa thèse, Barbarin montrait que 89,5% des internes ressentaient le besoin de discuter de leur travail avec d'autres médecins ou internes afin d'évacuer le stress (7). Cela correspond bien à ce qui est décrit ici : tous les internes interrogés rapportaient le besoin de discuter avec leurs collègues que ce soit au moment de prendre en charge un patient ou a posteriori. Ce besoin de « débriefing » les situations rejoint le coping centré sur les émotions : en discutant du cas, de ce qu'un autre aurait fait à notre place, on cherche à se rassurer sur ses compétences et sa prise en charge. Les différents internes questionnés sont d'ailleurs objectifs sur ce besoin de se rassurer.

La présence de l'équipe paramédicale, l'entente générale et l'aide reçue par les internes de la part des infirmier(e)s revenaient également dans plusieurs entretiens. Cela était perçu comme un soutien social et moral par l'interne. Dans les situations difficiles, le manque d'expérience de l'interne est en partie pallié par l'expérience des infirmier(e)s qui peuvent être considérés comme des « guides » par les internes. Dans son travail de thèse, Séjourné revenait sur l'intérêt de l'équipe paramédicale comme soutien dans les situations stressantes (41). Néanmoins, même si l'entente générale dans un service et le travail en équipe sont fondamentaux, il serait plus formateur pour l'interne que ce soit son médecin sénior et non les paramédicaux qui lui apprennent comment réagir aux situations d'urgence.

III Perspectives et gardes ambulatoires

J'ai choisi d'interroger les internes en fin d'entretiens sur la possibilité de réaliser des gardes en ambulatoire en remplacement des gardes hospitalières. Étonnamment, peu d'internes ont adhéré à cette possibilité. Si quelques internes ont évoqué un sentiment de « devoir » participer à la permanence de soins à l'hôpital, la grande majorité met essentiellement en avant la capacité de formation d'une garde. L'acquisition d'expérience, de connaissances, de techniques était évoquée par les internes. Mais, plus marquant à mon sens, les internes décrivaient également une évolution personnelle grâce aux gardes et à l'autonomie ressentie durant celles-ci. Une prise de confiance en soi, un gain d'assurance et une plus grande capacité à s'affirmer revenaient dans les entretiens. En ce sens, les internes jugeaient les gardes indispensables et formatrices y compris pour les futurs médecins généralistes. Motte-Vincent (42) retrouvait dans son travail de thèse les mêmes notions avec 72% des internes qui déclaraient vouloir prendre des gardes si celles-ci étaient facultatives.

Si la majorité des internes semble favorable aux gardes hospitalières, il me paraît nécessaire d'agir afin de diminuer les facteurs de stress. Cela permettrait ainsi de favoriser la formation des internes et de diminuer le risque de Burnout qui est, selon Thevenet (5), majoré de 1,6 fois à chaque garde mensuelle réalisée. Améliorer l'encadrement des internes, favoriser le compagnonnage, organiser des débriefings après chaque garde, semblent des pistes intéressantes. À plus grande échelle, éduquer la population afin d'éviter les consultations abusives pourrait permettre une moindre affluence. Cela permettrait d'éviter le stress qu'ont les internes devant la nécessité de devoir travailler « vite et bien » et de laisser plus de temps au médecin sénior pour encadrer les internes.

Concernant les gardes ambulatoires en particulier, tous les internes interrogés y étaient favorables car plus en adéquation avec leur pratique future et donc plus agréables et intéressantes. Nombre d'entre eux évoquaient cependant la peur d'être seul en cabinet sans recours en cas de problème. Les internes - les plus avancés dans leur cursus comme les nouveaux - sont donc intéressés par ces gardes mais après l'acquisition d'une certaine expérience. Il me semble intéressant, dans cette optique, de proposer ces gardes aux internes ayant obtenu leur licence de remplacement. N'ayant trouvé aucune étude sur le sujet, il pourrait être pertinent d'approfondir cette question.

CONCLUSION

Les gardes aux urgences sont pour beaucoup d'internes appréhendées et pourvoyeuses de stress. Tous y trouvaient malgré cela un intérêt sur les plans personnels (gain d'autonomie, d'assurance et de confiance en soi) et professionnels. Notre étude cherchait à identifier les facteurs de stress survenant au cours de ces gardes afin de permettre une amélioration de la formation et indirectement une meilleure prise en charge des patients.

Les éléments vécus comme stressant se rattachaient à la personnalité de l'interne, à l'organisation du service, à la charge de travail et à l'ambiguïté de rôle. Les internes de médecine générale se décrivaient stressés par les situations graves – ou non – qu'ils ne se sentaient pas capables de gérer. S'il n'est pas question de leur éviter toute urgence ou situation inconnue, il est pourtant important de rappeler que les internes sont des étudiants et doivent donc être encadrés et aidés dans leurs difficultés. En parallèle, des actions plus générales comme une éducation de la population sur les motifs de consultation aux urgences ou une réévaluation de la durée des gardes seraient intéressantes pour améliorer les conditions de travail.

Devant l'augmentation du nombre de Burnout, il semble important de préserver la santé mentale des médecins de demain. Agir sur l'ensemble de ces facteurs de stress permettrait ainsi de rendre les gardes hospitalières plus attrayantes, moins stressantes et ainsi de replacer l'objectif pédagogique au premier plan.

BIBLIOGRAPHIE

1. 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.
2. Larousse É. Définitions : burn out - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn_out/10910385
3. Raulin N. La vraie raison du «burn-out» des internes des urgences de Mulhouse [Internet]. Libération. 2019. Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/10/09/la-vraie-raison-du-burn-out-des-internes-des-urgences-de-mulhouse_1755998
4. Crémière ML. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative. In 2014.
5. Thevenet M. Analyse du Burn-out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile de France et le Roussillon. [Paris]: Pierre et Marie Curie; 2011.
6. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences: la confrontation à l'impuissance et à la mort. :66.
7. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale Burn-out in residents in general practice. A cross sectional study. *exercer* 2012;101:72-8.
8. SABBAGH R, Université Paris 11. Faculté de médecine de Paris-Sud. Kremlin-Bicêtre. FRA / com. Le burn-out des internes en médecine générale en France et aux Pays-Bas : comparaison et étude des facteurs associés. 2015.
9. Guinaud M, Compagnon L. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. UPEC, France: Université de Paris-Val-de-Marne; 2006. 79 p.
10. Larousse É. Définitions : interne - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/interne/43775>
11. Code de la santé publique - Article R6153-1. Code de la santé publique.
12. Marie de. Réforme de 3ème cycle – SRP-IMG [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/?p=2052>
13. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne.
14. Larousse É. Définitions : garde - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/garde/36093>
15. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
16. Lilti T. Hippocrate. Le Pacte; 2014.
17. Beaulieu B. Alors Voila - 1001 vies des Urgences. Fayard; 2013.
18. Larousse É. Définitions : stress - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>
19. Timsit-Berthier - ÉVOLUTION DU CONCEPT DE STRESS.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <http://www.intelligence-complexite.org/fileadmin/docs/1406timsit.pdf>
20. Lazarus, Folkman. Stress, Appraisal, and Coping [Internet]. 1984 [cité 11 oct 2019]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=i->

ySQQuUpr8C&oi=fnd&pg=PR5&dq=Lazarus+et+Folkman.(1984)&ots=DfJMpweePc&sig=E1YXNWt_KAe7Zb6A_B36QXr3YS0#v=onepage&q=Lazarus%20et%20Folkman.(1984)&f=false

21. Legeron P. Le stress au travail. Odile Jacob. 2003.
22. OMS | La santé mentale au travail [Internet]. WHO. [cité 19 oct 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/
23. Larousse É. Définitions : coping - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coping/19114>
24. Suls J, Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc.* 1985;4(3):249-88.
25. Bruchon-Schweitzer M. Personnalité et maladies: stress, coping et ajustement. 2001.
26. Schauféli WB, Greenglass ER. Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health.* 1 sept 2001;16(5):501-10.
27. Direction générale du travail. Le syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout: mieux comprendre pour mieux agir. 2015. Report No.: 97782111299818.
28. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav.* avr 1981;2(2):99-113.
29. Mouries DR. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES MEDECINS LIBERAUX FRANCILIENS : TEMOIGNAGES, ANALYSES ET PERSPECTIVES. :59.
30. Cathébras P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. /data/revues/07554982/00330022/1569/ [Internet]. 1 mars 2008 [cité 19 oct 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/102123>
31. Truchot D. Le BURNOUT des médecins libéraux de Champagne Ardenne. :43.
32. Barbarin B. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale. *Nates*; 2008.
33. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
34. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative - Analyser sans compter si classer. Deboeck supérieur; 2018.
35. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. :20.
36. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. SIHP; 2013.
37. A l'hôpital, ces futurs médecins qui ne veulent plus tout sacrifier à leur métier. *Le Monde.fr* [Internet]. 7 mai 2019 [cité 1 déc 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2019/05/07/a-l-hopital-ces-futurs-medecins-qui-ne-veulent-plus-tout-sacrifier-a-leur-metier_5459128_3232.html
38. Les internes se déclarent en grève [Internet]. ISNI. 2019 [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://isni.fr/les-internes-se-declarent-en-greve/>
39. Truchot D, de Franche-Comté U. LE BURNOUT DES ETUDIANTS DE MEDECINE. :30.
40. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. :136.
41. Séjourné A, Denis-Delpierre N, Boudoukha A-H. Souffrances psychologiques chez les internes: vulnérabilités et préconisations : effets quantitatifs (burnout, stress, qualité de vie et comportements addictifs) et qualitatifs du vécu des événements au cours de l'internat. France; 2012.
42. Motte-Vincent P. Étude sur la satisfaction des étudiants en médecine concernant les gardes aux urgences, en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]:

Université Joseph Fourier; 2007.

43. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans [Internet]. Le Quotidien du médecin. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>
44. Kadayer S. Evaluation des fonctions cognitives de l'interne après une garde aux urgences [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Villemin; 2003.
45. Maurice S, Beaton J, Ng V. Quelle famille: est-ce la fin des gardes de 24 heures pour tous les résidents canadiens? Can Fam Physician. 1 mai 2011;57(5):627-8.
46. Objectifs de stages hospitaliers pour les internes de médecine générale Training objectives for general practice trainees in hospital units.
47. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. nov 2011;12(4):199-212.
48. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale [Internet]. [cité 17 déc 2018]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-7751>
49. Pédiatrie en Ile-de-France : les internes devront refaire leur choix [Internet]. [cité 23 oct 2019]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/10/22/pediatrie-en-ile-de-france-les-internes-devront-refaire-un-choix_6016387_3224.html

ANNEXE

I Annexe 1 : Questionnaire

1. Peux-tu te présenter rapidement et me dire à quel type de médecine ambulatoire tu te destines ? (âge/sexe/semestre d'internat/ cabinet rural ou urbain)
2. Peux-tu m'expliquer dans quel hôpital as-tu réalisé des gardes et leurs déroulements ? (hôpitaux d'affectation/séniorisation/nombre de gardes par mois/type de patients vus)
3. Quel est ton ressenti au cours des gardes que tu réalises aux urgences ?
Reformulation : Comment te sens tu vis à vis de l'ambiance des urgences en garde et du travail demandé ?
4. Quelles sont tes éventuelles craintes et appréhensions avant une garde ?
Relance : Anticipes-tu ta garde dans les jours qui la précèdent ?
5. Quels sont pour toi les facteurs influençant ton stress au cours des gardes que tu réalises?
6. Comment te sens tu après une garde ? Quels sont les évènements dont tu as éventuellement besoin de discuter *a posteriori* ? Vers qui te tournes tu dans ces cas-là ?
7. Dans quelle mesure penses-tu que les gardes aux urgences participent à ton apprentissage de la médecine générale ?
Relance : selon toi comment pourrais-t-on optimiser cet apprentissage ?
8. Qu'en penserais-tu si les gardes aux urgences étaient remplacées par des gardes de secteur de médecine générale ? Quels avantages ou inconvénients y trouverais-tu pour ta pratique future ?

Internes de médecine générale picards face au stress : vécu des gardes aux urgences

Introduction : Les internes de médecine générale sont soumis à l'obligation de réaliser des gardes aux urgences. Comprendre le vécu par l'analyse des facteurs de stress permettrait de les transformer en un temps d'apprentissage. L'objectif principal était de connaître les éléments vécus comme stressants.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par théorisation ancrée réalisée à partir de douze entretiens individuels d'internes de médecine générale picards.

Résultats : Trois catégories étaient rapportées : l'organisation des gardes, la charge de travail et la personnalité de l'interne. L'encadrement par un médecin sénior jouait le rôle de curseur.

Discussion : Les facteurs de stress inhérents à l'interne sont peu modifiables à l'inverse de ceux relevant de l'organisation des urgences, de la charge de travail ou de la formation. Une amélioration de l'encadrement semble primordiale.

Conclusion : Les internes ont décrit comme stressantes les gardes aux urgences. Néanmoins, une amélioration de la formation et de l'encadrement permettrait d'en favoriser l'aspect pédagogique. Les internes ne souhaitent pas abandonner les gardes aux urgences mais les compléter avec des gardes en ambulatoire.

(**Mots clefs :** Internat et résidence, services des urgences médicales, médecine générale, stress professionnel, permanence des soins)

General medicine residents in Picardie and stress : experience of the emergency duties

Introduction: General medicine residents have the obligation to be on call in emergency units. Understanding the experience of residents through the stressors analysis would turn them into a learning time, without being feared by them.

Method: It was a qualitative study by grounded theory. The analysis was based on twelve individual interviews of General Medicine Residents from Picardie.

Results: Three categories were reported: the duty organization, the workload and their own personality. The senior doctor's supervision played the role of cursor.

Discussion: Resident inherent stressors are barely modifiable, unlike those related to emergency organization, workload or medical training. Improving the supervision seems to be essential.

Conclusion: The residents described the emergency duties as stressful. However, an improvement in training and supervision would help to value the pedagogical aspect. The residents did not want to abandon the emergency duties but want to complete them with ambulatory duties.

(**Keywords:** Internship and residency, Emergency medical services, General medicine, Professional stress, After-Hours care)