



Omerta des internes de médecine générale : les freins à la libération de la parole : vers la création d'un soutien adapté

Laurence Ayela-Bon

► To cite this version:

Laurence Ayela-Bon. Omerta des internes de médecine générale : les freins à la libération de la parole : vers la création d'un soutien adapté. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03409447

HAL Id: dumas-03409447

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03409447>

Submitted on 29 Oct 2021

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

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

UNIVERSITE CÔTE D'AZUR

ANNEE 2021/2022



THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

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

OMERTA DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE :
LES FREINS A LA LIBERATION DE LA PAROLE
VERS LA CREATION D'UN SOUTIEN ADAPTE

Présentée et soutenue le 23 novembre 2021,

A la Faculté de Médecine de Nice

Par **Laurence AYELA-BON**

Née le 26 décembre 1993, à Aix-en-Provence (13)

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christian PRADIER

Monsieur le Docteur Ianis MELLERIN

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Gilles GARDON



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

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

PROFESSEURS ASSOCIÉS

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

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

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



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

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

M.C.U. Honoraires

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



Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Au Professeur Benoit, président du jury, vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse en étant sensible à la problématique traitée. Veuillez trouver, ici, l'expression de mes sincères remerciements et ma profonde gratitude.

Au Professeur Gardon, directeur et rapporteur de thèse, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse avec bienveillance et disponibilité. Votre enseignement clair, précis, et votre souci de la méthode et du travail bien fait, resteront pour moi un exemple à suivre. Soyez assuré de ma profonde gratitude et de ma vive admiration. Merci de m'avoir permis de dépasser mes limites et de pouvoir aider d'autres étudiants. Sincères remerciements et hommages respectueux.

Au Professeur Pradier et au Dr Mellerin, membres du jury de thèse, vous me faites un très grand honneur en acceptant de juger ce modeste travail. Veuillez trouver l'expression de mon respect et profonde gratitude. Sincères remerciements.

A mes parents, José et Malika Ayela, inébranlables depuis le début de ma formation, disponibles et bienveillants, vous avez tout vécu à mes côtés avec un amour infailible. Je vous dois ma réussite. Vous n'avez eu de cesse de me couvrir de tendresse et de rechercher mon bien-être malgré les difficultés. Vous êtes mes plus grands admirateurs, je vous aime.

A mon mari, Alexis, tu as su m'entourer de ton amour, et respecter mon manque de disponibilité afin que je puisse construire notre avenir. Je t'aime, merci de m'avoir épaulé, soutenu et réconforté. Je n'y serais pas arrivée sans toi.

A ma famille, en particulier ma soeur Audrey et mes amis qui se sont montrés disponibles tout au long de mes études et qui m'ont écouté, rassuré, je vous remercie pour votre amour.

A toutes les personnes que j'ai pu croiser au cours de mon long chemin universitaire et qui ont su me remotiver, m'aider, me transmettre la passion du métier. Je pense en particulier à mon parrain Dr Arnoulet, mes maîtres de stage Dr Mellerin et Dr Dupré-Baleyte, mais aussi Dr Abraham, Maxime et Féryel... Vos précieux conseils, empreints de sagesse, votre dévouement m'ont aidé à mûrir et à devenir l'interne que je suis mais aussi le futur médecin de demain. Je ne vous oublierai pas. Un grand merci à vous.

Enfin, un grand remerciement à tous les internes courageux qui ont participé à ma thèse.

Liste des abréviations

ANEMF ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE

ANSM AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT

AP ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

ARS AGENCE REGIONALE DE SANTE

BAPU BUREAU D'AIDE PSYCHOLOGIQUE UNIVERSITAIRE

BEINH BUREAU ELARGI DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE NICE

BIPE BIEN-ÊTRE ET PAROLES DES ETUDIANTS

CNIL COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTES

CNOM CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

DERMG DEPARTEMENT D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE EN MEDECINE GENERALE

DES/DU/DIU DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES/ DIPLÔME UNIVERSITAIRE/INTER-UNIVERSITAIRE

DP DEPERSONNALISATION

DSM MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX

E ENTRETIEN / **ES** ENTRETIENS

EE EPUISEMENT EMOTIONNEL

FFI FAISANT FONCTION D'INTERNE

GEASP GROUPE D'ENTRAÎNEMENT A L'ANALYSE DE SITUATIONS PROFESSIONNELLES

IMG INTERNE DE MEDECINE GENERALE

ISNI INTERSYNDICALE NATIONALE DES INTERNES

ISNAR-MG INTERSYNDICALE NATIONALE AUTONOME REPRESENTATIVE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE

MBI MASLACH BURNOUT INVENTORY

OVE OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA VIE ETUDIANTE

RIPH RECHERCHE IMPLIQUANT LA PERSONNE HUMAINE

SEP SYNDROME D'EPUISEMENT PROFESIONNEL

SUMPPS SERVICE UNIVERSITAIRE DE MEDECINE PREVENTIVE ET DE PROMOTION A LA SANTÉ

Sommaire

INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODES	14
RESULTATS.....	15
DISCUSSION	26
REFERENCES.....	34
ANNEXES	36
SERMENT D'HIPPOCRATE	40

INTRODUCTION

Selon leur appellation ministérielle, les IMG sont des étudiants du 3ème cycle en situation de formation professionnalisante. Cependant, la société leur impose des responsabilités de médecin.

Selon une enquête réalisée auprès de plus de 129 000 étudiants en médecine dans 47 pays différents, un tiers souffrent de dépression ou de symptômes dépressifs. La prévalence globale d'idéation suicidaire est de 11% (1). D'après l'OVE et Grichy, environ 20% des étudiants souffrent de détresse psychologique et de dépression. Presque 60% des internes sont anxieux. Un peu plus de 8% ont déjà pensé à se suicider dans les 12 derniers mois et seulement 4% d'entre eux en ont déjà parlé à quelqu'un (2,3).

L'épuisement professionnel et les tentatives de suicide des professionnels de santé sont malheureusement au cœur de l'actualité française ; ils sont plus à risque que la population générale (4). Chaque année, les médias rapportent une dizaine de cas de suicides chez les internes. Les internes français étant environ au nombre de 30 000, il est possible d'en déduire un taux de suicide approximatif de 33 pour 100 000. À titre de comparaison, le taux de suicide dans la population générale pour cette tranche d'âge (25-34 ans) était de 10,9 pour 100 000 habitants en 2014. Un interne a donc environ trois fois plus de risque de se suicider qu'un français du même âge (5). Au moment de l'écriture de cette thèse, six internes ont déjà succombé à cette mort violente en seulement 6 mois au sein du monde médical français. (6)

L'intérêt croissant pour la souffrance au travail des soignants (7) amène à s'interroger sur l'état de santé des IMG. En témoignent les réactions suscitées et le début de libération de la parole avec le #protegetoninterne lancé par l'ISNI sur Instagram au printemps 2021.

Les troubles de la santé mentale peuvent perturber gravement le déroulement du cursus des internes et nuire à la qualité des soins dispensés aux patients : absentéisme, perturbation de la formation, arrêts de travail répétés, mise en danger des patients ou des co-internes, hospitalisations,

conduites suicidaires, etc., avec pour une fraction minime d'entre eux un cursus non mené à son terme, du fait des invalidations successives voire d'un abandon brutal.

L'internat de médecine est encore souvent considéré comme un passage de souffrance obligé où le burn-out est banalisé, et où on considèrera que toutes les difficultés sont liées à l'interne (8).

Dans la littérature internationale, l'année de prise de fonction des internes est reconnue comme étant la plus difficile à vivre et source de stress : prise de responsabilités soudaine dans la prise en charge des patients, compétitivité, peur de montrer leur vulnérabilité ou d'être stigmatisés s'ils ne sont pas à la hauteur, heures de travail contraignantes, privation de sommeil lors des gardes, éloignement familial, déplacements fréquents (4). Cette période charnière dans la construction du projet professionnel peut néanmoins être à l'origine de facteurs de risque psychosociaux (3,9).

Force est de constater qu'il n'y a que peu d'importance portée au bien-être psychique dans notre cursus universitaire (4). Certains témoignages font d'ailleurs écho de la brutalité des études médicales : *« C'est comme si tout se limitait à savoir ce qu'il y a dans nos bouquins et rien d'autre. »* La pensée collective, toujours bien véhiculée, du médecin est celui d'un être surhumain. Nous sommes conditionnés dès notre première année à ne jamais défaillir et à toujours être les meilleurs quoiqu'il puisse en coûter : *« J'apprends à ne tenir aucun compte des signaux d'alarme de mon corps, à travailler quand j'ai la grippe, quand j'ai une crise de migraine, quand j'ai une entorse de cheville. Parce que les docteurs, ça travaille, c'est le leitmotiv. »* et *“parce que médecin c'est dur comme métier, il faut être fort, il n'y a pas de place pour les faibles, on n'a pas le droit de craquer. »* (10).

Le SEP ou burn-out est un syndrome psychologique complexe défini dans les années 1970 par Freudenberger puis Maslach. Il concerne l'ensemble des professions comprenant une activité d'aide ou de responsabilités envers autrui. Il est à différencier de la dépression car il ne touche que la dimension professionnelle de la personne. Mais ces deux syndromes peuvent coexister (11).

Le SEP est composé de trois dimensions : un EE élevé, relatif à une grande fatigue psychologique et le sentiment de se sentir épuisé, vidé de toute énergie ; une DP élevée, correspondant à une attitude détachée et impersonnelle vis-à-vis des patients que l'on peut qualifier de cynisme ou de déshumanisation ; ainsi qu'un AP bas, avec un sentiment d'échec et d'incompétence dans le travail et

une opinion négative de sa propre personne. L'échelle MBI est l'outil le plus utilisé dans l'évaluation de ce syndrome.

En 2012, les troubles psychiatriques dont le SEP, étaient la première cause d'invalidité définitive des médecins en exercice (12). La souffrance se rencontre donc aussi bien chez les médecins généralistes installés en libéral avec plus de 40% concernés par le burn-out (13) que chez les IMG (14) (les premiers semestres étant les plus à risque (4)). Les principaux facteurs de risque retrouvés sont la charge de travail (discordance entre responsabilités et compétences de l'interne, les tâches administratives, travaux de recherche, volume horaire travaillé, nombre de gardes par mois...), la charge psychologique et le manque de reconnaissance.

En juin 2016, le CNOM a affirmé dans sa dernière enquête nationale réalisée auprès de 7858 étudiants en médecine et jeunes médecins que cette population était en souffrance et en « mauvaise santé ». *« Nous sommes des machines à abattre du travail, on n'a pas le temps de manger, de dormir, alors voir des amis, les loisirs...tout le corps médical le sait et vous fermez les yeux jusqu'à ceux que certains se suicident, alors ne vous étonnez pas. Ce qui nous est imposé n'est pas humain et rendrait n'importe qui fou et dépendant aux anxiolytiques. »* D'autre part, par comparaison avec la population générale, les internes en médecine consultent moins que les personnes du même âge (15).

Dans un communiqué de presse du 18 mai 2021(16), Olivier Véran, ministre de la Santé, rappelle que malgré les circuits de signalements mis en place et la création du centre national d'appui et de ses déclinaisons locales, les situations de mal-être perdurent et la parole peine à se libérer. Dans des situations d'épuisement professionnel d'évolution progressive, le mal-être peut parfois ne pas être perçu par l'étudiant lui-même et il convient dès lors de familiariser l'ensemble des parties prenantes aux symptômes évocateurs afin de faciliter une prise en charge adaptée.

Enfin, cette revue de la littérature a mis en lumière une réalité bien triste : la souffrance des médecins est un sujet tabou, même entre confrères, ce qui empêche la libre évocation des problèmes de santé mentale (8). Ceci d'autant plus qu'aucun relai médiatique n'évoque les suicides chez les internes ce qui continue de laisser exister cette loi du silence.

L'objectif de cette étude est donc d'identifier les freins à la libération de la parole des internes de médecine générale en souffrance psychologique.

MATERIEL ET METHODES

Population

Une recherche qualitative a été conduite par entretiens semi-dirigés auprès d'IMG de la Faculté de Médecine de Nice, recrutés par un message posté sur les différents murs de promotion via les réseaux sociaux puis par effet boule de neige.

Recueil de données

Les ES ont été réalisés par l'investigatrice elle-même à l'aide d'un guide d'entretien validé par une personne habilitée en étude qualitative au sein de la Faculté de Médecine de Nice (cf. annexe 1). Il a été construit à partir d'une revue de la littérature et des hypothèses de l'investigatrice, puis testé et modifié en vue de son amélioration au cours de 3 entretiens préalables. Après une revue rapide du cursus de l'étudiant, il s'organisait selon trois axes : perception de sa santé, raisons de l'omerta, solutions à envisager pour aider à la libération de la parole.

Du fait du contexte sanitaire défavorable dû au Covid-19 (confinement, couvre-feu...), les ES ont été conduits pour la plupart sous forme de visioconférence via différentes plateformes en s'adaptant à chaque étudiant (*Facetime, WhatsApp, Messenger*) ou appels téléphoniques simples et un seul au domicile de l'enquêtrice. Ils ont été réalisés durant une période de 3 mois allant de janvier à mars 2021 et ont été retranscrits dans leur intégralité puis anonymisés. Les données non verbales n'ont pas été recueillies.

Analyse des données

Une analyse phénoménologique interprétative a été menée. Un codage ouvert a permis d'étiqueter l'ensemble des éléments faisant référence aux freins à la libération de la parole des IMG niçois. Ces éléments ont ensuite été réarrangés en une liste de sous-thèmes faisant émerger les thèmes principaux. Les ES ont été réalisés jusqu'à saturation des données d'analyse.

Liens et conflits d'intérêt

L'auteure n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer concernant les données publiées dans cet article.

D'après la loi Jardé, il s'agit d'une recherche non RIPH et non interventionnelle, aussi l'avis d'un comité éthique ou de l'ANSM n'a pas été nécessaire. Une déclaration de conformité MR004 N°2222147 auprès de la CNIL a été réalisée pour le recueil des données.

Résultats

La saturation des données a été obtenue après 16 ES. Ceux-ci ont duré entre 30 et 90 minutes. Les caractéristiques des participants ont été détaillées dans le tableau 1.

	Age (ans)	Sexe	Semestre en cours	Faculté d'origine	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de gardes par mois	Statut matrimonial
Interne 1	24	Féminin	1 ^{er}	St-Etienne	40-50	2-3	En couple
Interne 2	27	Féminin	3 ^{ème}	Nice	45-50	3-4	Pacsée
Interne 3	32	Féminin	3 ^{ème}	Montpellier	50	2	En couple
Interne 4	26	Féminin	3 ^{ème}	St-Etienne	48	2-3	En couple
Interne 5	26	Féminin	3 ^{ème}	Marseille	48	2-3	En couple
Interne 6	26	Féminin	3 ^{ème}	Montpellier	40	2	Célibataire
Interne 7	25	Féminin	5 ^{ème}	Nice	35	0	En couple
Interne 8	26	Féminin	1 ^{er}	Créteil	40	3	En couple
Interne 9	23	Masculin	1 ^{er}	Tours	42	3	En couple
Interne 10	26	Féminin	3 ^{ème}	Montpellier	35	4	En couple
Interne 11	29	Masculin	Fin 6 ^{ème} *	Nice	/	7	En couple
Interne 12	26	Femme	3 ^{ème}	Tours	45	2-3	Célibataire
Interne 13	36	Femme	3 ^{ème}	Italie	32	3-4	En couple
Interne 14	30	Masculin	5 ^{ème}	Nice	50	3	Célibataire
Interne 15	27	Féminin	5 ^{ème}	Bordeaux	48	4	En couple
Interne 16	28	Masculin	5 ^{ème}	Angers	48	2-3	Pacsé

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques des internes interrogés au cours de la période de janvier à mars 2021.

L'âge moyen est de 27 ans, la moitié des internes interrogés est en 3^{ème} semestre, la majorité est en couple et les trois quarts sont des femmes. Interne ayant fini son 6^{ème} semestre, effectuant des remplacements chez SOS médecin et devant passer prochainement sa thèse. *

Une analyse thématique a été conduite à partir des verbatims après retranscription intégrale des ES. L'analyse des résultats a fait émerger 9 grands thèmes à l'origine des freins à la libération de la parole. L'ensemble des verbatims peut être mis à disposition de ceux qui le souhaitent auprès du DERMG de la Faculté de Médecine de Nice.

HONTE ET PEURS

➤ Honte

« Même mon arrêt j'ai failli dire que j'avais le Covid, je n'assumais pas car j'avais honte de les mettre dans la merde, du coup j'ai eu des idées horribles pendant les deux premiers jours. » (E6)

« Le séminaire sur le burn-out c'est bien mais qui va lever franchement la main pour parler ? » (E10)

➤ Manque de légitimité

« C'est une spécialité considérée comme ayant moins d'heures en stage, donc se plaindre c'est ridicule par rapport aux autres. » (E3)

« Le pire, c'est mes copines avec une autre spécialité, si je me plains elles me chient à la gueule, genre j'ai des jours off, on n'est pas légitime à se plaindre. » (E6)

➤ Peur du jugement

« C'est bizarre de parler à un/une co-interne de psychiatrie que je pourrais recroiser sur une garde ou en stage. » (E4) (en ce qui concerne le SOS INH)

« Sinon vaut mieux faire semblant que tout va bien pour ne pas être jugé. » (E5)

➤ Peur de ne pas être compris

« Parce que c'est quelque chose qui ne se voit pas, les gens ont du mal à comprendre et à se mettre à notre place. Ça reste difficile à aborder car on se met à nu. » (E3)

➤ Peur de perdre le contrôle

« Des études qui nous poussent à être parfaits, toujours en compétition avec les autres, donc si on discute de nos problèmes on a l'impression de plus avoir le contrôle de nous-même. » (E1)

➤ Peur de ne pas être à la hauteur

« Une cheffe m'a dit que les gens qui sont stressés ne devraient pas faire médecine, car ils ne seront jamais capables de prendre des décisions. » (E5)

« Peur du regard qui change, de la façon dont on va nous traiter qui va changer » (E8)

IMAGE DU MEDECIN

Les internes ont rapporté le non-droit d'être un patient comme les autres.

➤ Vision de la société

« On est censés aller bien, c'est une norme, une image à renvoyer. Après ça va parler dans l'hôpital, ça va donner une mauvaise image de nous et donc de la discrimination, on va nous dire que c'est à cause de ça qu'on n'y arrive pas et du coup c'est un engrenage. » (E10)

« C'est la culture du non-repos, de l'invincibilité, de l'invulnérabilité. » (E11)

➤ Image du médecin vue par les internes eux-mêmes

« Pour moi je n'ai pas le droit de me plaindre et de me tromper, et je le pense encore même après mon arrêt de travail. » (E6)

TABOU SOCIETAL

Les internes ont rapporté des études longues et difficiles pour lesquelles il semble difficile d'exprimer son ressenti.

➤ Difficulté à aborder son mal-être dans un cadre familial ou amical

« Avec la famille c'est parfois un sujet tabou car ils voient que le côté symbolique et majestueux de la profession et oublient les sacrifices lourds à payer. » (E5)

➤ Manque de compréhension de la part des proches car ils ne vivent pas la même expérience.

« On parlerait plus facilement à nos familles mais ils ne peuvent pas forcément comprendre vu qu'ils sont en dehors, c'est un fossé. » (E15)

➤ L'indicible

« Lors d'une de mes gardes aux urgences de 24h où je devais gérer les étages, j'ai fait une crise de panique : impression de ne pas arriver à respirer, nausées, boule au ventre...Heureusement j'étais dans la chambre de garde, seule...Je n'en ai pas parlé pendant mon stage, pas vraiment l'endroit pour. » (E4)

« Quand on se sent en difficulté et qu'on a besoin de prendre du repos, on n'a pas le courage de le faire, on a honte de dire qu'on risque le burn-out. » (E13)

DEFAUT DE COMMUNICATION

➤ Carence de communication

○ Avec la hiérarchie

« Absence de communication avec les seniors, attentes non raisonnables de la part des chefs. » (E1)

« Les enseignants doivent accepter leur responsabilité en parlant de leurs propres difficultés aux étudiants pour aider à reconnaître que ça existe et permettre aux étudiants de parler. Donner l'exemple. » (E11)

○ De la part des médias, de la faculté et du syndicat

« Le syndicat n'en parle pas assez et c'est dommage, il ne relaie pas assez l'information, d'ailleurs je ne savais pas qu'il y avait une ligne d'écoute avant que tu me le dises. » (E4)

« C'est traiter quand c'est trop tard : décès par suicide. Mais on ne parle pas des choses en amont. » (E9)

« Les médias, ils s'en foutent, ce n'est pas vendeur parce qu'on est perçus comme des privilégiés. » (E16)

➤ Témoignages insuffisants avec une vérité occultée

« T'as l'impression que tout le monde porte le masque de tout va bien dans le meilleur des mondes, l'internat c'est la folie. Ça occulte ceux qui sont peut-être un peu plus fragiles et qui ont besoin d'être épaulés pour y arriver comme les autres » (E5)

➤ Non-possibilité de se confier

« On est souvent confrontés à des situations difficiles et si on n'a pas des personnes avec qui on est à l'aise pour en parler, on garde des éléments négatifs et stressants et on se libère pas du tout. » (E4)

➤ **Non connaissance des structures et des aides disponibles en cas de besoin**

« Une fois l'aide demandée, quelle prise en charge pourra m'être proposée ? Qui va être au courant, qu'est-ce qu'on va me proposer : un psychologue, un médecin de l'hôpital ? Ça aussi c'est un gros frein ! » (E9)

« Non et du coup pour mon ex-compagnon on est allés aux urgences psychiatriques. » (E15)

ELITISME

Les internes souffrent du statut et de l'image véhiculée et inculquée par la profession médicale.

➤ **Le regard porté par la hiérarchie et la peur des conséquences**

« Tu ne veux pas te mettre en arrêt de peur de mettre les autres dans la merde et les chefs à dos. » (E14)

« Avec les chefs c'est difficile car ceux sont eux qui te jugent et mettent ta note en stage. » (E16)

➤ **Performance**

« Il y a quelque chose qui ne peut pas se dire lié au fait que la médecine sélectionne un type de profil et de personnalité. Une culture de la performance, de l'invulnérabilité. » (E11)

➤ **Culture ancrée dans le monde hospitalier du travailleur sans relâche**

« J'ai eu l'impression que mon arrêt de travail faisait de moi une flemme, j'ai chialé comme une merde » (E3)

« On a été formaté à ça, à être seul, à prendre sur soi et à se démerder depuis la p1. » (E14)

➤ **Comparaison avec les autres**

« J'ai peur qu'on me dise que je suis moins bien que les autres, j'y arrive moins bien à cause de la compétition » (E13)

SENTIMENT D'ÊTRE ISOLE

« On se met tous seuls des freins on se dit qu'on est les seuls à ressentir ça et ça ne sert à rien d'en parler car on est plus faibles, plus lents que les autres... » (E7)

« Il y a une solitude de la souffrance psychique liée à l'expérience vécue violente. » (E11)

FATALISME

Les internes considèrent que tout ce qui arrive pendant ce troisième cycle est inéluctable et immuable.

« Même en l'exprimant, ça ne va pas changer grand-chose à leur souffrance, rien n'est mis en place pour les aider. » (E12)

BARRIERE GENERATIONNELLE

Les internes ne peuvent trouver dans leurs pairs des interlocuteurs privilégiés à cause d'un profond décalage et fossé intergénérationnel.

➤ Répercussion du même schéma éducatif par les pairs

« C'est dans les mœurs, c'est comme ça on est tous passés par là, on en chie, c'est marche ou crève. » (E6)

« On a toujours inculqué qu'on devait en chier...c'est normal. Presque ça doit mal se passer pour que ça se passe bien. Ça s'est beaucoup vu aux urgences cette culture. » (E16)

➤ Non-compréhension des pairs

« Il y a la barrière générationnelle. » (E13)

DENI ou SCOTOME PSYCHIQUE

« Je pensais que je ne pouvais pas avoir ça, c'est une forme de déni, d'arrogance, une impossibilité affective de le faire (burn-out), de faire défaut sur le plan professionnel. » (E11)

« Pendant longtemps, il m'a été impossible de craquer, et de prendre des traitements. » (E11)

AUTRES RESULTATS NOTABLES

Les solutions envisagées pour se libérer de l'omerta

Le guide d'entretien a permis de faire émerger plusieurs solutions pour aider à la libération de la parole des IMG que nous avons regroupées en trois thématiques.

Une meilleure communication sur le mal-être avec réassurance et déculpabilisation

➤ Avoir des témoignages et/ou des partages d'expériences

« Communiquer plus sur les troubles anxiodépressifs liés aux difficultés du métier, dire aux personnes qui ressentent de l'anxiété que oui c'est dur les études et le métier, et qu'on n'est pas les seuls à le ressentir, même si on n'est pas sûrs de nous, qu'on ne colle pas à l'image des médecins, qu'on a quand même les compétences et les connaissances. » (E7)

« Il faut des figures de la fac pour en parler pour libérer la parole comme me too. » (E11)

➤ Groupes de paroles

« Faire des groupes dédiés si on en a besoin, un peu comme alcooliques anonymes mais là ça serait les troubles anxiodépressifs anonymes. » (E5)

Un meilleur accompagnement psychologique

➤ Entretien psychologique permettant le dépistage des troubles anxiodépressifs

« Je pense qu'un entretien psychiatrique doit être obligatoire mais vraiment même pour les patients, car je ne dois pas les soigner si je suis moi-même en difficulté, les fragilités psychiatriques doivent être détectées. » (E6)

« Une évaluation systématique de dépistage des troubles anxieux, car la démarche proactive est difficile. On ne sera plus jugé car tout le monde ira, rendre ça obligatoire. » (E14)

➤ **Rôle du référent / tuteur**

« Avoir quelqu'un à qui on pourrait parler et qui prenne de nos nouvelles (c'est le rôle de notre tuteur), en parler davantage surtout quand ça se passe mal. » (E12)

➤ **Parrainage avec un autre interne**

« On devrait avoir un co-interne de GEASP, fonctionner en binôme, pour qu'on se suive pendant trois ans, qu'on pourrait choisir par affinité pour libérer la parole, se donner des nouvelles de nos stages pluri-mensuellement. » (E3)

« On pourrait faire un système de parrainage avec un étudiant au-dessus, ça serait un point de repère pour celui qui arrive, qui peut être isolé. » (E4)

➤ **Questionnaires en vue d'améliorer le vécu des internes et personnes ressources joignables**

« Faire des questionnaires plus poussés après chaque stage, récupérer les questions et en parler avec le service et mettre des propositions. Comme un feed-back en présentiel pour pouvoir en parler avec le chef de service voire avec l'ARS et rajouter des postes si ça ne va pas. » (E2)

« Avoir une liste de personnes à contacter avec des mails de rappel, envoyer des questionnaires de cinq minutes, ça pourrait aider ceux qui veulent demander de l'aide. » (E13)

➤ **Week-end d'accueil dédié**

« Nous on n'a pas eu de week-end d'accueil, ça serait bien de parler du sujet ouvertement (contacts, ressources, solutions pouvant être mises en place). » (E2) en raison du Covid-19

➤ **Référent psychologique au DERMG**

« Avoir un référent « psycho » au DERMG à qui on pourrait s'adresser pour organiser des groupes si besoin. » (E7)

Une refonte du troisième cycle

Les internes pointent du doigt une première année avec un stage d'urgences placé trop tôt dans leur cursus, pouvant être source d'anxiété et d'une perte de repères. Ils souhaiteraient être acteurs de leur formation et avoir un cadre légal plus strict.

« Pour la phase socle, faut absolument lever ce stage d'urgences ! Il faudrait plutôt un stage de médecine polyvalente avec une vraie séniorisation et une autonomisation progressive. » (E10)

« J'aimerais qu'on soit plus proche du DERMG, et être acteur de ma formation, communiquer pour faire changer des choses, être dans une relation d'échanges avec eux. [...] Qu'on ait un cadre légal plus strict. » (E16)

Les solutions pour améliorer la transition externat-internat

Les internes ont évoqué eux-mêmes des pistes de réflexion pour améliorer la transition souvent brutale entre l'externat et l'internat. La plupart d'entre eux voudraient une meilleure préparation à leur rôle d'interne avec une autonomisation progressive, une semaine en immersion en binôme avec l'interne précédent (avant le début du premier semestre lors du stage aux urgences), améliorer la formation en stage (cours pratico-pratiques, ateliers de simulation), faire FFI. Ils souhaiteraient également un tutorat régulier. Enfin, ils aimeraient qu'on rappelle à leurs seniors qu'ils ne sont encore que des étudiants en formation professionnalisante. Il est à noter la réponse d'un des participants suggérant une abolition de l'épreuve nationale classante déterminant le choix de la spécialité.

Autres

Une santé mentale précaire et des comportements à risque décrits devant nous alerter.

La moitié des personnes interrogées a déjà présenté des idées suicidaires au cours de leurs études médicales. *« Oui au début de mon semestre : si je tombe sur les rails du train, ça serait plus facile, les accidents seraient arrivés à force un soir. Il y a une fois où j'attendais le train, j'avais perdu un patient, je me suis dit « beh vas-y jette-toi ». Tu vois ça me traverse l'esprit mais après je suis rentrée chez moi, je me suis dit je suis fière je ne l'ai pas fait. » (E6)*

Un peu plus de la moitié présente des troubles du sommeil en rapport avec leurs études, avant ou pendant une garde, des cauchemars avec des réveils nocturnes ou une hypersomnie dite de refuge, des difficultés d'endormissement. Certains ont parfois recours à des traitements anxiolytiques comme du « xanax » (E6), de « l'atarax » (E16). *« La veille de garde est toujours un peu stressante avec la boule au ventre » (E9). « Je fais des cauchemars du travail et du coup je me réveille stressé en ayant l'impression de ne pas avoir quitté le travail. » (E14)*

Certains étudiants ont rapporté des comportements à risque comme l'intoxication alcool-tabagique allant du festif occasionnel à des formes plus régulières de consommation *« avec du mal à arrêter*

depuis que je suis dans ce stage » (E3) (cigarette électronique chez une étudiante enceinte), des prises de substances illicites comme de « l'ecstasy » (E6) et enfin des prises de risques inconsidérées. « Une bouteille par jour tous les huit jours à peu près pour décompresser, et après je décompensais en soirée avec un black-out, je me réveillais, j'avais un mec dans mon lit que je ne connaissais pas... » (E10)

Une grande partie des internes interrogés bénéficient actuellement ou ont bénéficié d'un soutien psychologique pendant leur externat. Certains consomment ou ont déjà consommé des traitements psychotropes. *« La psychologue je l'ai vu pendant les urgences. On avait abordé pas mal de choses notamment la confiance en soi au travail [...] Beaucoup d'angoisses liées à l'internat. » (E14)*
« Antidépresseur au début de mon semestre, venlafaxine 37.5 mg deux fois par jour pendant trois mois, et j'ai arrêté brutalement, j'ai eu le syndrome de sevrage c'était horrible, et du zopiclone. » (E6)

La quasi-totalité des étudiants a déjà ressenti ou ressent une sensation de burn-out et/ou de tristesse (E14 : « 60% du temps », lors de son stage aux urgences). L'expression de ces souffrances est tributaire du ressenti de l'interne sur son stage actuel ou les anciens lieux de formation. Certains ont même déjà songé à arrêter leur cursus. Le lien de causalité entre leur état psychique et les études a été clairement identifié par les internes, qualifiant eux-mêmes leur santé mentale comme étant « *en dents de scie* » (E5) ou « *mauvaise* » (E7).

« Une fois que j'ai arrêté mes études, mes troubles ont diminué progressivement. » (E3)
« Je sais que je suis encore fragile, je sais que ça peut arriver à tout moment. » (E6)

Beaucoup d'étudiants ont été confrontés à des internes en souffrance psychologique et ont essayé de les aider. *« Autant que possible de l'écoute, échange, partage d'expériences, essayer de les déculpabiliser, proposer d'en rediscuter. » (E14)*

Ils ont exprimé pouvoir se confier à d'autres internes car il existe une compréhension mutuelle sur les souffrances vécues. *« Oui je peux car ils vivent la même chose que moi, et parce que j'ai noué des liens d'amitié et je leur fais confiance. » (E14)*

Quant à la place des GEASP pour l'évocation des troubles anxiodépressifs, l'avis des participants est mitigé. Le sujet peut être facile à aborder si présence d'un groupe « *ouvert* » (E4), « *bienveillant* » (E8), et en fonction du « *conducteur* » (E13). Mais souvent les étudiants reprochent le manque d'intimité (E2) et la peur du jugement (E7, E15).

Les contraintes ou les situations à l'origine de la souffrance des IMG recueillies au cours des entretiens ont été répertoriées dans la figure 1.



Figure 1 catégorisant par thèmes les contraintes ou situations à l'origine de la souffrance des internes de médecine générale niçois.

L'écart entre le statut étudiant et la vie active

La plupart des internes interrogés reprochent de ne pas avoir assez de temps à consacrer à leur famille, leurs amis et leurs loisirs en raison d'un stage prenant, de travaux universitaires chronophages et inadaptés.

« C'est des choses qui m'ont toujours fait chier, ce n'est pas démesuré ce qu'on nous demande mais c'était trop scolaire, je n'avais pas envie de m'y investir car c'est un décalage entre l'internat professionnalisant et les trucs de la fac qui renvoient à l'infantilisation, la dépendance... » (E11)

« Quand j'ai un jour libre, j'ai envie de faire autre chose mais là du coup je dois rattraper mon retard pour les trucs de la fac. » (E10)

Enfin, les internes n'ont pas toujours le sentiment d'être bien accompagnés ou soutenus par leur hiérarchie. « *Au niveau de l'encadrement formation : correctement accompagné mais ça pourrait être mieux (formation continue, enseignements). D'un point de vue psychologique, personne ne m'a jamais demandé si j'étais heureux au travail ou si j'ai des problèmes.* » (E13)

Discussion

Résultats et réalité

Avant chaque prise de fonction dans un stage, l'étudiant doit pouvoir présenter un certificat médical d'aptitude physique et mentale délivré par un praticien hospitalier mais en aucune façon n'est réalisée une évaluation psychologique par un professionnel habilité.

On sait qu'avoir un entourage social et familial permet le bon maintien psychologique de tout individu (4,11). Cependant, l'étudiant peut avoir des réticences à exprimer son mal-être du fait de projections parentales (10) ou d'une incompréhension en raison de parcours professionnels différents à l'origine d'un fossé entre l'interne et ses proches pouvant majorer sa souffrance et le sentiment de solitude.

La première année d'internat (17) mais surtout le stage aux urgences avec la réalisation de gardes (14) peuvent être à l'origine de grandes difficultés : stress intense, burn-out pour les étudiants insuffisamment préparés.

Les étudiants ont exprimé le sentiment de se sentir isolés et de ne pas avoir connaissance des aides disponibles (16,18). Néanmoins, il existe à la Faculté de Médecine de Nice plusieurs structures offrant leur aide comme le SUMPPS, le BAPU dont les coordonnées sont inscrites dans le guide du DES de médecine générale remis à chaque étudiant au moment du séminaire d'accueil à la Faculté. Le BAPU propose des consultations et une psychothérapie individuelle pour tout demandeur, soit par des psychiatres, soit par des psychologues. Malheureusement, cette structure est souvent saturée avec un long délai d'attente ne permettant pas de répondre à la souffrance des étudiants. D'autre part, il est possible d'aborder leurs difficultés au moment de l'entretien annuel avec leur tuteur pédagogique. Il faut rappeler que le tutorat est réellement efficace mais les internes ne font pas toujours appel à leur tuteur(trice) en cas de détresse. Il existe de manière totalement indépendante le syndicat des internes

niçois BeINH qui propose une écoute active et redirige vers des personnes ressources via SOS INH dirigé par des chefs de clinique ou des internes en psychiatrie.

Du fait d'un volume horaire hebdomadaire conséquent, les étudiants n'ont pas forcément assez de temps libre (4) pour pouvoir consulter les professionnels qualifiés en santé mentale ni de pratiquer une activité de loisirs de leur choix afin de trouver une alternative pour décompresser. Ce manque de temps est d'ailleurs un obstacle important retrouvé aussi chez les médecins généralistes français (19).

Une enquête réalisée par Duval (20) a mis en évidence de moins bons scores de qualité de vie chez les internes que dans la population générale française. Dans cette étude, le fait d'être en stage ambulatoire était associé à un score significativement plus élevé de qualité de vie avec un temps de travail moins important (37,14 heures en moyenne) que dans les autres stages hospitaliers, une pression plus faible de la structure de soins, une pression hiérarchique moins forte et un accompagnement personnalisé par des supervisions directes ou au cours de colloques singuliers avec les maîtres de stage.

Le statut de médecin rend difficile l'évocation des difficultés psychologiques de même que la vision populaire comme en témoignent les verbatims retranscrits et plusieurs études sur le sujet (9). Il existe un profond déni du mal-être avec la peur de parler sur son lieu de travail, de la honte et de l'orgueil en raison d'une culture bien ancrée qui encourage les médecins à cacher leur détresse (21). Enfin, le message de prévention est parasité par la culture médicale : les contraintes des internes sont banalisées, à cela s'ajoutent la culture de l'invincibilité, des études sacerdotales avec une fonction apostolique et le mythe du médecin tout puissant, ce qui n'encouragent pas les internes à consulter un professionnel pour leur santé (9).

La majorité des personnes ayant participé à cette étude sont des femmes. Tourneur et Komly avaient mis en évidence que les femmes IMG semblaient plus fragiles psychologiquement du fait de consultations plus régulières chez les psychiatres et d'une consommation (faiblement) accrue d'hypnotiques et d'antidépresseurs (4). Pour autant les situations de mal-être peuvent toucher aussi bien l'un comme l'autre sexe. D'après Delbrouck, les femmes subissent plus la charge d'une estime de soi plus négative et plus de dépersonnalisation que les hommes, le sexe féminin étant corrélé à un EE accru alors que le sexe masculin est considéré comme un facteur prédisposant au cynisme (22).

Depuis les années 70, des recherches ont montré que le syndrome de l'imposteur touche aussi bien les hommes que les femmes, notamment lors de période de transition (23,24). Cependant, il ne s'agit

pas d'un trouble mental classé dans le DSM, et comporte trois caractéristiques : la peur d'être démasqué et montré du doigt, croire que les autres surestiment nos capacités et nos atouts et l'attribution de nos succès à des facteurs extérieurs (chance ou travail acharné).

Le curriculum caché est un terme utilisé pour décrire les règles sociales non écrites et les comportements attendus que nous connaissons mais que nous n'avons pas appris (Bober, 1994). Il s'agit d'effets involontaires des actions et des institutions humaines. Ces acquisitions implicites peuvent engendrer des contraintes futiles, des objectifs inatteignables chez l'individu à l'origine d'une diminution de l'AP.

C'est entre 15 et 25 ans que les troubles psychiatriques apparaissent dans la grande majorité des cas. D'autre part, la vie universitaire est une période de réaménagement psychique. Les étudiants en santé font partie de cette tranche d'âge, et sont d'autant plus à risque de troubles anxiodépressifs par leur charge de travail, leurs lourdes responsabilités et leur confrontation à des situations difficiles ce qui constituent de multiples facteurs de stress.

Il est cependant à noter que bien qu'il y ait moins de tentatives de suicides et d'automutilation chez l'homme, il existe une surmortalité masculine nette avec un sex-ratio H/F d'environ 3 (25). Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 18-25 ans.

Il a été montré que les IMG pensant et/ou craignant commettre des erreurs médicales pouvaient présenter des fragilités psychologiques et sont à risque de burn-out. De même, le manque de confiance en soi peut favoriser le burn-out. Les situations répétées de stress et leur non-maîtrise peuvent être sources de mal-être. (4).

C'est aussi une population présentant des taux de médication plus importants que dans la population générale avec environ 9,2% des étudiants déclarant prendre des hypnotiques au moins une fois par mois, contre 5 à 7% recensés dans la population générale, et 6,5% déclarent prendre ou avoir pris des antidépresseurs pendant leur internat, contre 3,5% de la population générale âgée de plus de 15 ans (26).

D'après Cléménçon, les comportements de soins des internes ne permettent pas toujours une prise en charge satisfaisante : défaut de médecin traitant pour 20 à 30 % d'entre eux, absence de consultation médicale dans un cas sur deux en cas de pathologie et jusqu'à 70 % des étudiants en souffrance qui ne consultent pas (18), auto-prescriptions et automédications banalisées, y compris en

cas de pathologies chroniques. Peu ou mal pris en charge, ces troubles psychiques vont parfois engendrer des répercussions importantes chez les internes comme en témoignent nos verbatims. La majorité des internes en difficulté présentaient des troubles antérieurement à l'internat. Évoqués précédemment, les mythes et représentations des jeunes médecins vont notamment être à l'origine d'un déni des troubles ou d'une autocensure, facilités par la possibilité d'autogestion de sa propre santé. Des freins plus organisationnels sont relevés : absence d'examen pendant l'internat qui pourrait éventuellement constituer une barrière, interlocuteurs multiples et changeants, perte d'informations liée à la mobilité géographique des étudiants et à l'absence de transfert des dossiers universitaires. Il peut s'agir de l'absence de relation de proximité entre internes et maîtres de stage ou tuteurs, des carences du système de tutorat, de l'absence de cadre discriminant lors de la réalisation du certificat d'aptitude. Les validations de complaisance ou le non-signalement volontaire d'un IMG présentant des troubles psychiques sont des problèmes également rapportés. Le diagnostic pédagogique précoce notamment dès l'externat permettrait d'éventuels aménagements de la formation (8).

La présence antérieure de troubles psychiques est souvent rapportée dans nos entretiens, de même que l'envie de vouloir arrêter leurs études. Il peut s'agir de troubles anxieux préexistants, d'un suivi psychiatrique et parfois d'idées suicidaires. Cela est cohérent avec les résultats de l'étude de l'ANEMF, réalisée fin 2012 auprès de 7200 externes et montrent l'importance d'agir au plus tôt de la formation. En effet, près d'un étudiant sur deux disait ressentir le besoin d'une aide psychologique et pleurer au moins une fois par mois à cause de ses études (27).

Selon Eisenberg, plusieurs représentations peuvent expliquer la résistance des étudiants à aller consulter comme la normalité du stress à l'université, l'idée de ne pas avoir besoin de soins avec des symptômes pouvant disparaître seuls, le manque de temps, l'incompréhension des autres, la peur du jugement d'autrui (18) ; ce qui est concordant avec nos résultats.

Quatre ans après la première enquête « Santé Mentale des Jeunes Médecins » réalisée par l'ISNI, et une crise sanitaire plus tard, le constat semble être le même : les internes sont davantage exposés à la dépression, l'anxiété ou encore à l'épuisement professionnel. L'ISNI s'est donc associé au printemps 2021 à l'ISNAR-MG et l'ANEMF pour proposer une nouvelle étude nationale de plus grande envergure afin de refaire l'état des lieux de la santé mentale des étudiants et internes en médecine de France.

Bien que ne faisant pas parties de l'objectif principal, les contraintes à l'origine de la souffrance des internes exprimées dans notre étude ne sont pas nouvellement décrites (10,21,28).

Forces et limites

La méthode utilisée était parfaitement adaptée et a permis de répondre à l'objectif de départ.

La grille COREQ a permis d'évaluer la qualité de l'étude. Le directeur de thèse était formé à la recherche qualitative en santé et avait dirigé plusieurs études de ce type.

Le nombre de participants ainsi que l'originalité du travail étaient des forces de l'étude. L'échantillon des internes s'est envisagé en recherche de variation maximale, et tous les internes sollicités ont accepté de participer. L'approche phénoménologique permettait d'explorer l'expérience vécue des participants pour donner du sens au phénomène étudié.

La dimension intime a été privilégiée lors des ES individuels, la plupart étant en visioconférence. Cependant, ce mode de recueil de données a pu être à l'origine d'une perte de données contextuelles et non verbales notamment lors des interviews réalisées par téléphone.

L'enquêtrice était elle-même IMG, ce qui a pu renforcer la compréhension mutuelle. Néanmoins, ce travail étant sa première expérience, elle n'avait pas la formation adaptée et a donc pu induire des réponses en orientant ses questions créant un biais d'intervention. Cette limite a pu être compensée par un guide d'entretien validé et composé de plusieurs questions de relance. Les questions ouvertes ont été un atout pour permettre la libre expression des étudiants. Cependant, la longueur du questionnaire a pu être à l'origine d'une perte de données recueillies notamment en fin d'entretien.

Le guide d'entretien n'a néanmoins pas abordé les aspects somatiques pouvant accompagner des troubles anxiodépressifs comme nous l'a suggéré l'interne n°14 alors qu'il peut exister une somatisation poussée à l'extrême (10) ni les troubles du comportements alimentaires comme nous l'a suggéré l'interne n°3.

L'effet boule de neige et le fait que les internes ont contacté directement l'enquêtrice à partir du message posté sur Facebook a montré un fait sociétal nouveau. A savoir le besoin de s'exprimer et de trouver une oreille attentive, comme si notre thèse était une offre de soins pourvoyeuse d'action psychologique, mais est aussi à l'origine d'un biais de volontariat sélectionnant un type de profil particulier de personnes potentiellement plus sensibles à la problématique. Enfin, nous ne pouvons omettre qu'une partie de l'échantillonnage a été obtenu par convenance à l'origine d'un biais de recrutement : connaissances personnelles, étudiants sur le terrain de stage de l'enquêtrice.

Le codage a été réalisé par l'enquêtrice qui est aussi l'auteure ce qui peut limiter l'analyse des verbatims du fait de l'absence de pluralité des points de vue en cas de codage de groupe.

L'ensemble des résultats n'est pas généralisable à tous les internes de France : spécificités locales des internes niçois et problématiques différentes des internes d'autres spécialités.

Enfin, la réalisation des ES s'est déroulée durant une période très particulière et stressante en raison de la pandémie de Covid-19 pouvant créer un biais d'investigation. En effet, le confinement a pu avoir des effets psychologiques négatifs pouvant fragiliser d'autant plus certains étudiants bien qu'aucune association n'ait été démontrée (29).

Perspectives

Ce travail a enfin permis de faire émerger des propositions concrètes pour aider les étudiants.

Proposer des suivis psychologiques réguliers n'est pas une demande nouvelle de la part des étudiants (9,12) mais témoignent de la non-application de ces propositions au sein des Facultés de Médecine en dehors d'une démarche personnelle souvent difficile à entamer seul. Il serait licite de proposer une évaluation semestrielle contribuant ainsi au dépistage avant l'installation du SEP. Une consultation dédiée, obligatoire, soit sur le lieu de stage par un psychologue, ou mieux lors de la visite obligatoire à la médecine du travail pourrait être envisagée et pourrait permettre de tirer la sonnette d'alarme. L'interne pourrait alors se rendre compte plus facilement de son mal-être, avant que des conséquences mentales ou physiques ne s'installent (11).

De même que les échanges entre pairs (12), à l'image des groupes Balint (30,31) qui sont régulièrement plébiscités par les internes, et l'accompagnement des étudiants dans leur gestion du stress sous forme de cours de sensibilisation ou de cours pratiques comme la méditation pleine conscience (9,12,14,32,33) peuvent les aider et permettraient d'atténuer les difficultés ressenties tout en favorisant la formation psychologique continue du soignant. Ces groupes de pairs ne sont pas là pour juger, mais plus pour admettre que les situations complexes rencontrées sont partagées par d'autres.

Si l'on souhaite améliorer la santé des étudiants en médecine, il ne faut pas seulement soigner les troubles, mais également tenter de prévenir leur apparition (12).

Des avancées ont déjà eu lieu. La prise de conscience du problème a été permise grâce aux études scientifiques et aux enquêtes menées par les syndicats étudiants et la création en 2019 par le gouvernement du Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé. Cette reconnaissance a été officialisée avec le rapport du Dr Donata Marra sur la qualité de vie des étudiants en santé avec évocation de facteurs explicatifs (diminution du compagnonnage, glissement des tâches logistiques et administratives vers les étudiants, bachotage de l'examen classant national, explosion de la quantité de connaissances à maîtriser, confrontation à la mort et à la souffrance, compétitivité, encadrement insuffisant en stage, manque de temps pour la vie personnelle et les activités extra-universitaires, faible accompagnement du projet professionnel, formation insuffisante des encadrants, etc) et l'émission de douze recommandations pour « aider à l'empowerment de chacun » (34).

Le rapport de 2020 de la fondation Jean Jaurès (5) préconise plusieurs mesures pour améliorer la santé mentale des étudiants du 3^{ème} cycle comme la revalorisation du salaire et la réduction du temps de travail (35). La lutte contre la maltraitance, les abus sexuels et le harcèlement sont nécessaires car 16 % des internes en sont encore victimes(36). L'objectif primordial est surtout de déstigmatiser les maladies psychiatriques car les nombreux préjugés font que les internes atteints craignent d'être diagnostiqués puis stigmatisés. Au niveau de l'encadrement, l'enjeu actuel est d'apprendre aux médecins à être plus bienveillants avec leurs étudiants, de les former au dépistage des troubles anxiodépressifs et à la réorientation vers les structures adéquates.

Au printemps 2021, le ministre de la Santé appelle les directeurs d'ARS, les présidents d'Université, les doyens à suspendre l'agrément d'un terrain de stage à l'évidence maltraitant, à protéger les étudiants en souffrance, y compris en les réaffectant dans un autre service et en appelle à la responsabilité de chacun afin que plus personne ne ferme les yeux sur ces situations encore trop fréquentes(16).

L'offre de formation est aujourd'hui insuffisante : l'Université française ne propose à l'heure actuelle qu'un seul DIU « soigner les soignants », créé en 2015. Il pourrait être proposé la validation d'un DU approfondissant cette problématique en étant plus accés sur la finesse clinique, l'éthique du soin pluridisciplinaire, l'approche préventive et les dispositifs de prévention pour les étudiants (18). Sur la Faculté de Nice, existe le DU « Art du soin en partenariat avec le patient » depuis 2018 avec un seul module sur la souffrance du soignant (37).

Enfin, il est important de comprendre qu'un étudiant doit être considéré dans son ensemble (difficulté d'apprentissage, problèmes financiers ou familiaux, mauvaise hygiène de vie, etc.). C'est donc dans cet objectif qu'a été créé le BIPE en région parisienne afin de favoriser la réussite personnelle de chaque

étudiant. Il propose ainsi des interventions individuelles (aide à l'orientation ou en cas de problème en stage, etc.) et collectives (gestion du stress, méthodes d'apprentissage, qualité de vie, etc.) ; et agit également au niveau de l'institution sur les dysfonctionnements pédagogiques afin de favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien-être des étudiants.

Un nouveau concept : l'Interne-Patient-Partenaire (IPP)

Nous avons décidé de proposer une écoute ciblée en vue d'envisager un accompagnement approprié pour les internes de toutes spécialités en souffrance psychologique à l'image d'autres initiatives semblant porter leur fruit (18).

L'IPP est un terme que nous avons créé et qui à l'image du patient partenaire dit « expert » participant à l'éducation thérapeutique d'autres patients dans une maladie chronique ciblée, permettrait d'aider les internes en difficulté car il aurait lui-même vécu des situations similaires, aurait trouvé le moyen de s'en sortir et pourrait être en mesure de les conseiller. Il s'agit donc d'une clé supplémentaire proposée sans vouloir remplacer les aides préexistantes en tant qu'espace de paroles afin de réorienter les étudiants en difficulté.

L'auteure s'est donc proposée. Elle a recherché les moyens de mettre en œuvre ce nouveau projet et s'est donc renseignée sur une formation certifiante avec la participation au DU « Art du soin » afin de pouvoir animer avec un(e) psychologue clinicien(ne) des groupes de paroles et de soutien.

Cette cellule d'écoute sera mise en place à la Faculté de Médecine de Nice dès l'hiver 2021.

Un prochain travail devrait évaluer cette structure ainsi qu'une pérennisation à l'échelle locale voire nationale.

Références

1. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
2. Repère sur la santé des étudiants. Disponible sur http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2018/11/Reperes_sante_etudiants_2018.pdf.24p.
3. Grichy L. Troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine : Prévalence, facteurs de risques et prévention : A propos d'une étude nationale. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2017.
4. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine.136p.
5. La santé mentale des étudiants en médecine. Fondation Jean-Jaurès. 2020. Disponible sur: <https://jean-jaures.org/nos-productions/la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine>
6. Suicides des internes en médecine : l'État et les doyens fautifs ! ISNI. 2021. Disponible sur: <https://isni.fr/suicides-des-internes-en-medecine-letat-et-les-doyens-fautifs/>
7. Repérage et prise en charge clinique du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Fiche Mémo HAS. 2017.
8. Cléménçon D. Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge en 2015 ? Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2015: 248p.
9. Pesci A. L'interne et sa santé : étude qualitative auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Lyon ; 2018 :108p.
10. Auslender V. Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Michalon Editeur; 2017: 320 p.
11. Mani C. Étude des déterminants du syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale de la région PACA. Université Nice Côte d'Azur ; 2016 : 63p.
12. Brunianyn J, Ronflet J. Prévention du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : analyse qualitative par focus group ; 2015 : 178p.
13. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. exercer. 2012;101:72-8.

14. Lacaze C. Évaluation des gardes par les internes de premier semestre de médecine générale niçois depuis la réforme du troisième cycle. Université Nice Côte d'Azur ; 2019 : 80p.
15. Santé des étudiants et jeunes médecins : des résultats inquiétants. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/santé-etudiants-jeunes-medecins-resultats-inquietants-0>
16. Mal être des étudiants en santé, communiqué de presse du 18 mai 2021 du ministère des solidarités et de la santé. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2021-05-18_cp__maltraitance_harcelement_etudiants_sante.pdf. [2p.]
17. Martini S, Arfken CL, Churchill A, Balon R. Burnout Comparison among Residents in Different Medical Specialties. Acad Psychiatry. sept 2004;28(3):240-2.
18. Maccotta C, Corcos M. État des lieux sur l'accès des étudiants aux soins psychiatriques et psychologiques en Île-de-France; Rapport de la mission effectuée à la demande de l'ARS Île-de-France ; 2017 : 74p.
19. Gaboreau Y, Verjus AL, Bosson J-L, Marchand O, Imbert P. Santé des médecins et système de soins dédié : une étude des besoins. exercer. 142^e éd. 2018;148-55.
20. Duval D. Etat des lieux de la qualité de vie des internes de Médecine Générale en Pays de la Loire. Université d'Angers. 2018 ; Disponible sur : /documents/dune8527
21. Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. Recherche I Santé des soignants. 2019 ;6p.
22. Delbrouck M. Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck Supérieur; 2008. 284 p. (Oxalis).
23. Mann S. Le syndrome de l'imposteur. Québec Amérique; 2020. 197 p.
24. Le Men C. Le syndrome de l'imposteur, parcours d'une interne en psychiatrie. La découverte; 2019. 98 p.
25. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2020.
26. Galam E, Komly V, Tourneur AL, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. Br J Gen Pract. mars 2013;63(608):e217-24.
27. Enquête sur les conditions de travail des étudiants en médecine. 2013. Disponible sur https://www.psychanalyse.com/pdf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medicine.pdf.36p.
28. Garceran N, Robert J. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. Exercer. 2010;90:4-10.
29. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. 2020. JAMA Network Open | JAMA Network.<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2772154>.13p

30. Atkinson D, Rosenstock J. A Role for Balint Groups in Medical Student Training. *Ann Behav Sci Med Educ.* 1 mars 2015;21(1):38-43.
31. Groupes Balint de Formation à la Relation Thérapeutique chez les étudiants en 4e année de médecine. Effets sur l'empathie clinique par un essai randomisé multicentrique contrôlé. 2018. Disponible sur https://www.researchgate.net/publication/326588454_Groupes_Balint_de_Formation_a_la_Relation_Therapeutique_chez_les_etudiants_en_4e_annee_de_medecine_Effets_sur_l'empathie_clinique_par_un_essai_randomise_multicentrique_controle. 5p.
32. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* . 12 nov 2018;13(11).<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231624/>
33. Halland E, De Vibe M, Solhaug I, Friberg O, Rosenvinge JH, Tyssen R, et al. Mindfulness Training Improves Problem-Focused Coping in Psychology and Medical Students: Results from a Randomized Controlled Trial. *Coll Stud J.* 2015;49(3):387-98.
34. DICOM_Jocelyne.M, DICOM_Jocelyne.M. Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>. 69p.
35. Temps de travail des internes : le compte n'est pas bon. What's Up Doc. 2019. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/temps-de-travail-des-internes-le-compte-nest-pas-bon>
36. Enquête : harcèlement sexuel dans le milieu médical en France. <https://français.medscape.com/diaporama/33000214>
37. Import F. Diplôme Universitaire - Art du soin en partenariat avec le patient. Université Côte d'Azur. Formations Import. <https://univ-cotedazur.fr/offre-de-formation/diplome-universitaire-art-du-soin-en-partenariat-avec-le-patient>

Annexes

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN (version finale)

Bonjour, je suis Laurence AYELA, je suis interne en médecine générale dans la promotion Calmette à la Faculté de Médecine de Nice. Je souhaiterais réaliser, grâce à votre aide, une thèse au sujet des troubles anxiodépressifs des internes de médecine générale, une période charnière de transition entre l'externat et leur position de futur médecin, en devenir.

En effet, l'étude CP4H réalisée au sein de notre Faculté a montré une souffrance importante parmi les étudiants. Le syndrome de burn-out est reconnu depuis quelques années chez nos aînés médecins généralistes. Aussi, j'aimerais connaître les freins à la libération de la parole des étudiants sur les difficultés de leur quotidien et les solutions qui pourraient être mises en place selon leurs attentes. Votre participation est importante. Je vous en remercie par avance.

L'anonymat et la confidentialité la plus stricte dans le traitement de vos réponses sont de rigueur.

1/ RECUEIL DES CARACTERISTIQUES

Situation personnelle :

1. Êtes-vous : une femme ou un homme ? Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre situation personnelle : marié(e), en couple, PACS, célibataire, avec ou sans enfants ?
3. Vivez-vous à l'internat ou dans un logement personnel ? Vivez-vous seul, en colocation ou en couple ?

Situation professionnelle :

1. Quel semestre d'internat et quel stage êtes-vous en train d'effectuer ?
2. Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? Combien de gardes avez-vous par mois ?
3. Dans quelle ville avez-vous effectué votre externat ?
4. Avez-vous eu au cours de votre externat une autonomisation progressive en stage ?
5. Avez-vous déjà envisagé d'arrêter la médecine ? Si oui, pouvez-vous nous indiquer précisément les raisons ?

Mode de vie :

1. Consacrez-vous suffisamment de temps à votre entourage ?
2. Pratiquez-vous aussi régulièrement que vous le souhaitez un loisir (sport, musique...) ?
3. Avez-vous suffisamment de temps pour effectuer vos travaux universitaires ? Si non, quelle est la principale raison qui ampute votre temps (ex. stage chronophage, charges de famille, etc.)

2/ ETAT DES LIEUX

Perception de votre santé :

1. Comment qualifiez-vous votre santé mentale avec un adjectif ?
2. Le burn-out est un syndrome d'épuisement professionnel. *Il s'agit de l'association d'un épuisement émotionnel, dépersonnalisation (= sentiment de perte de sens de soi-même, dans lequel un individu ne possède aucun contrôle de la situation), faible accomplissement personnel.* Vous sentez-vous menacé par le burn-out ? Vous sentez-vous triste ? Pourquoi ?
3. Comment vous sentez-vous dans votre stage actuel ? Avez-vous l'impression d'être à bout en fin de journée ? Pourquoi ?
4. Avez-vous déjà craqué sur votre lieu de travail ou en rentrant de stage ? Pour quelle(s) raison(s) ?
5. Souffrez-vous de troubles du sommeil en rapport avec vos études ? Pouvez-vous décrire ?
6. Diriez-vous que vous avez un comportement à risque : consommation alcool-tabagique, drogues ... Si, oui, pouvez-vous expliciter ?
7. Êtes-vous ou avez-vous été sous traitement antidépresseur au cours de votre internat ? Consommez-vous des anxiolytiques ou des hypnotiques ? Si, oui, pouvez-vous expliquer les raisons ?
8. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre/psychologue au cours de votre internat ? Si, oui pour quel(s) motif(s) ?
9. Avez-vous pris contact avec le médecin du travail en raison de difficultés psychologiques ? Si oui, pourquoi ? Cela vous-a-t-il aidé et en quoi ?
10. Avez-vous eu des idées suicidaires et/ou avez-vous déjà essayé de mettre fin à vos jours au cours de votre semestre actuel ou du précédent ? Si, oui pour quelles raisons exactement ?
11. Connaissez-vous les structures mises en place pour aider les internes à l'échelle locale ? Si, oui pouvez-vous nous les énumérer ? En avez-vous fait appel et pourquoi ? Sont-elles faciles à trouver et disponibles ?
12. Avez-vous déjà parlé de vos difficultés psychologiques à quelqu'un ? Si oui, à qui et pourquoi avez-vous choisi cette personne ?
13. Vous sentez-vous correctement accompagné et soutenu dans votre formation ? Expliquez.
14. Sollicitez-vous votre tuteur en stage et si oui, pour quelles problématiques ?
15. Avez-vous déjà parlé de votre stress ou de difficultés psychologiques au cours d'un GEASP ? Si, oui, quelle(s) étai(en)t la(les) situation(s) ?
16. Comment qualifieriez-vous la période de l'internat et pour quelles raisons ? (Plusieurs adjectifs possibles). En pratique, quelles sont selon vous, les situations ou les contraintes à l'origine des souffrances des internes ?

17. Avez-vous l'impression que les troubles anxiodépressifs sont un sujet tabou entre médecins, co-internes ou avec votre famille, vos amis ?
18. Avez-vous déjà été confronté à un co-interne ayant des troubles anxiodépressifs ? Si, oui quelle a été votre attitude ?

3/ RAISONS DE L'OMERTA

1. Quelle est l'image du médecin face à la société ? Quelles sont vos propres représentations ?
2. Selon vous, pourquoi les internes de médecine générale n'expriment pas ou peu leur mal-être en stage ? Quels en sont les freins ?
3. Pensez-vous être aidé par la hiérarchie ? Le syndicat ? Pourriez-vous demander de l'aide si cela n'allait pas ?
4. Pensez-vous que le sujet est suffisamment abordé au cours des études, par les médias, le syndicat des internes ?
5. Pourriez-vous vous confier à vos co-internes ? Si non, pourquoi ?
6. Pensez-vous que cela est un sujet facile à aborder au sein d'un GEASP ?
7. Pourquoi cela reste tabou malgré la médiatisation et les efforts réalisés au sein des facultés ?
8. Y a-t-il un point que nous n'avons pas abordé et dont vous auriez aimé parler sur les troubles anxiodépressifs des internes et leur difficulté à en parler ?

4/ SOLUTIONS A ENVISAGER POUR SE LIBERER DE L'OMERTA

Selon vous, quelles solutions pourraient être envisagées pour aider à la libération de la parole des internes de médecine générale et améliorer la transition externat-internat au sein de notre Faculté ?

Questions de relance :

- *Pensez-vous être suffisamment et correctement accompagné dans votre cursus ?*
- *Comment créer un climat de confiance ? Pensez-vous solliciter votre tuteur ?*
- *Quelles seraient vos idées pour améliorer la transition externat-internat ?*

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRACT

OMERTA OF INTERNS OF GENERAL MEDICINE : THE BRAKES TO THE LIBERATION OF SPEECH.

A qualitative study

Context : the observation of the psychological suffering of health professionals is spreading and general medicine interns are unfortunately no exception. However, this is a subject that remains highly taboo despite the media coverage.

Objective : to know the brakes to the liberation of speech.

Methods : qualitative study by semi-structured interviews with 16 IMG from Nice. A phenomenological analytical approach was used.

Results : The analysis of the results revealed 9 major themes at the origin of the barriers to free speech, the main one is being shame, as well as concrete solutions to help students express themselves. Additional results showed that the students interviewed had poor mental health with risky behaviors as well as the constraints that caused their suffering.

Conclusion : Nine barriers to free speech were highlighted as well as concrete solutions to help students in difficulty with notably the creation of a talk group led by a clinical psychologist and the intern patient-partner.

MOTS-CLES : syndrome d'épuisement professionnel ; burn-out ; internes de médecine générale ; souffrance ; troubles anxiodépressifs ; omerta.

EQUATIONS DE RECHERCHE :

Burnout + AND + student +AND + medicine (ERIC et Pubmed)

Burnout + AND + student + AND + university (ERIC et Pubmed)

Troubles anxiodépressifs et interne de médecine générale/ médecine (Google Scholar)

Internes en médecine générale et burn-out (SUDOC)

Internes en médecine générale et syndrome d'épuisement professionnel (SUDOC)