



HAL
open science

Être en difficulté pendant l'internat de médecine générale en Ile de France : vécus, ressources et points de vigilance

Karine Simon-Gay

► To cite this version:

Karine Simon-Gay. Être en difficulté pendant l'internat de médecine générale en Ile de France : vécus, ressources et points de vigilance. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04223235

HAL Id: dumas-04223235

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04223235>

Submitted on 11 Apr 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10



UNIVERSITÉ DE PARIS CITE

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2022

N°

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN

MEDECINE Présentée et soutenue publiquement le :

11/10/2022

Par

Karine SIMON-GAY

**Être en difficulté pendant l'internat de médecine générale
en Ile de France : vécus, ressources et points de vigilance**

Dirigée par M. le Professeur Éric GALAM

JURY

Mme le Professeur Isabelle AUBIN-AUGER

M. le Professeur Éric GALAM

M. le Docteur Josselin LE BEL

Mme le Docteur Caroline FLIPO

Mme le Docteur Hélène SOUCHU

Présidente

Directeur

Membre du jury

Membre du jury

Membre du jury

Remerciements

À Mme le Professeur Isabelle Aubin-Auger, Professeure des Universités, Département de médecine générale, Université Paris Cité

Pour me faire l'immense honneur de présider cette thèse. Merci pour toute l'attention que vous portez à la formation et au bien-être des internes.

À M. le Professeur Eric Galam, Professeur des Universités, Département de médecine générale, Université Paris Cité

Pour avoir su transformer une question impertinente en un formidable sujet de thèse, et pour m'avoir accompagnée avec patience au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité, pour tes encouragements, pour tes réflexions.

Pour avoir été à mes côtés dans mes premiers pas dans l'exercice passionnant de la médecine générale en ville, en travaillant avec toi j'ai pu confirmer mon goût pour cette spécialité unique.

À M. le Professeur Josselin Le Bel, Maître de Conférence des Universités, Département de médecine générale, Université Paris Cité

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse : votre participation me réjouit et m'honore. J'espère humblement que mon travail vous apportera un nouveau regard sur l'approche des internes en difficulté.

À Mme le Docteur Caroline Flipo, Cheffe de clinique, Département de médecine générale, Université Paris Cité

Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse, un grand merci. Votre présence me tient à cœur ; j'espère que mon travail fera écho à votre expérience d'accompagnement des internes, en l'enrichissant de nouvelles perspectives.

À Mme le Docteur Hélène Souchu

Pour ton apport dans les balbutiements de ce travail, pour en avoir fait, un temps, un projet commun, pour m'avoir ouvert la voie par ton excellent travail de thèse, et enfin pour ta participation à mon jury : merci ! Ce fut un plaisir de partager ces moments avec toi !

A tous ceux qui m'ont soutenu durant ce travail : ma sœur Miva, ma véritable coach de thèse au quotidien, ma Maman, pour tes apports (tiens j'ai lu un truc qui pourrait t'intéresser...), ta relecture et tout ton soutien aimant et pragmatique, mon Papa, pour le support informatique (au secours Papa tout a disparu !) et tout ton soutien aimant et ineffable, à Mathieu, pour l'utilisation de word (ah il suffit de cliquer ici ?) la philosophie du déjeuner et le café, à Barbara, pour le soutien mutuel et pomofocus,

à Alice et Loïc, pour l'adelphie, et à mon Youméla, sans qui le quotidien n'aurait pas la même saveur.

A ceux qui ne m'ont pas soutenu pendant ce travail mais que j'aime quand même : mes crapauds préférés, Enora et Timothée (maman bras !), et mes nièces d'amour, Ambre et Estelle.

A Aude, Marie, Antoine et Céline, les meilleurs co-internes !

Au Dr Max Billaud et Dr Enora Vincendon, pour votre confiance, au Dr Nadège Laguerre et au Dr Sylvie La, la super team des remplaçantes, et à toute l'équipe de la MSP des Tarterêts. Promis je passe vite ma thèse pour continuer à travailler avec vous !

Enfin et surtout, merci à tous les internes (ou ex-internes) qui ont accepté de me consacrer de leur temps, et à toutes celles et ceux qui ont participé à ce travail par des conversations à bâtons rompus, parfois au milieu de la nuit : c'est vous qui avez fait de cette thèse ce qu'elle est !!!

Résumé

Contexte : La souffrance des internes en médecine est un problème d'actualité. Les ressources accessibles sont nombreuses mais mal interconnectées et peu utilisées.

Objectif : Identifier les différentes difficultés, comprendre comment les internes mobilisent les ressources existantes, identifier les points forts du dispositif d'aide aux internes et les points de vigilance.

Méthode : Étude qualitative auprès d'internes de médecine générale d'Ile-de-France en difficulté. Analyse selon la théorie ancrée de 12 entretiens semi-dirigés auprès d'internes en difficulté et de 24 notes de terrain : observations in situ et conversations informelles.

Résultats : Être en difficulté et « poser problème » sont à distinguer.

Les conditions de l'internat génèrent ou amplifient des difficultés, et en complexifient la prise en charge : manque de temps et de ressources ; omerta et stigmatisation de la souffrance.

Tous les champs de la vie des internes sont touchés : difficultés personnelles, médico-psychologiques, universitaires, administratives et en stage.

Les obstacles à une prise en charge sont multiples, chez les internes comme chez leurs encadrants : difficulté à identifier les situations anormales, banalisation de la souffrance ; fatalisme et manque de confiance dans les structures existantes ; peur des répercussions de la demande d'aide. La prise en charge des difficultés en stage apparaît souvent inappropriée : centrée sur l'interne, sans prise en charge du stage.

Conclusion : Des recommandations sur la prévention et la prise en charge des internes en difficulté existent. Elles restent à mettre en œuvre.

En cas de difficultés en stage, une modification rapide et substantielle des conditions de travail des internes en souffrance ou un changement de lieu de stage doit intervenir.

La création d'une structure régionale d'aide aux internes serait salvatrice. Le développement dans chaque DMG de cellules d'aide aux internes, indépendantes du processus de validation, semble utile.

Spécialité :

Médecine générale

Mots clés français :

fMeSH : internat et résidence - qualité de vie - stress psychologique - Assistance - Systèmes de soutien psychosocial - recherche qualitative

Mots-clés libres : internes en difficultés – système d'aide

Forme ou Genre :

fMeSH : Dissertation universitaire

Rameau : Thèses et écrits académiques

Abstract

Background: Residents' suffering is a current issue. Many resources exist, but there are poorly interconnected, and few residents use them.

Objective: Identify the diverse types of difficulties, question the ways residents mobilize the existing resources and identify strengths and weaknesses of the support system for residents.

Method: A qualitative study of general medicine residents in difficulty in the Ile-de-France region. Analysis according to grounded theory of 12 semi-structured interviews with residents in difficulty and 24 field notes: in-situ observations and informal conversations.

Results: All areas of residents' life are affected: personal, medical-psychological, academic, administrative, internships' issues. Residents in difficulty and problem residents should be distinguished.

The conditions of residency generate or amplify difficulties and make it more difficult to deal with them: lack of time and resources; omerta and stigmatization of suffering. There are many obstacles to taking charge, both among residents and their supervisors: difficulty in identifying abnormal situations, trivialization of suffering; fatalism, lack of confidence in existing structures; fear of the repercussions of asking for help. The management of difficulties related to the internships' experience often seems inappropriate: focus on the resident, without taking charge of the internship.

Conclusion: Recommendations on the prevention and management of residents in difficulty already exist. They have yet to be implemented.

The creation of a regional structure of residents' support would be beneficial. The development in each university of support units for residents, independent of the validation process, seems useful.

In case of difficulties during the internship, a rapid and substantial modification of the working conditions of the suffering residents or a change of internship must be made.

English keywords :

MeSH : [internship and residency - quality of life -stress, psychological - counseling - Psychosocial Support Systems - qualitative research](#)

Keywords : residents in difficulty – support system

Publication type :

MeSH : [Academic Dissertation](#)

Liste des abréviations

- APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ASLR (-IMG) : Associations et Syndicats Locaux Représentatifs (des Internes de Médecine Générale)
- BIPE : Bureau Interface Professeurs Élèves
- CNA : Centre National d'Appui
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CROUS : Centre Régional des Oeuvres Universitaires et Scolaires
- CVH : Commission Vie Hospitalière
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DMG : Département de Médecine Générale
- ECN : Epreuves Classantes Nationales
- FFI : Faisant Fonction d'Interne
- ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
- ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| REMERCIEMENTS | 4 |
| RESUME | 6 |
| ABSTRACT | 7 |
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 8 |
| INTRODUCTION | 13 |
| Le mal-être des internes..... | 13 |
| Une problématique à l'ordre du jour | 13 |
| Souffrance des internes en médecine : quelle prise en charge ? | 14 |
| MATERIEL ET METHODES..... | 16 |
| Population d'étude..... | 16 |
| Méthode de recueil des données et d'analyse | 16 |
| 1. Entretiens semi-dirigés..... | 16 |
| 2. Notes de terrains..... | 17 |
| 3. Analyse des données..... | 18 |
| Considérations éthiques..... | 19 |
| Liens d'intérêts..... | 20 |
| RESULTATS | 22 |
| Caractéristiques des données recueillies..... | 22 |
| 1. Entretiens..... | 22 |
| a) Caractéristiques des participants aux entretiens..... | 22 |
| b) Refus de terrain : des entretiens non menés malgré un premier contact..... | 23 |
| 2. Notes de terrain..... | 24 |
| Le contexte particulier de l'internat de médecine générale en Ile-de-France | 24 |
| 1. Système de santé en crise | 24 |
| a) Crise des moyens | 24 |
| b) Crise de valeurs | 25 |
| 2. Culture médico-hospitalière..... | 26 |
| a) La difficulté comme norme..... | 26 |
| b) Omerta et discriminations, sur fond de stigmatisation de la maladie psychiatrique..... | 28 |

| | | |
|----|--|-----------|
| c) | Le tabou de l'arrêt de travail | 29 |
| d) | Une culture fortement hiérarchique | 30 |
| 3. | Interne : un statut particulier..... | 31 |
| a) | Nécessité d'apprendre, responsabilité de soignants | 31 |
| b) | Interne, un rôle intermédiaire, et fragile..... | 32 |
| c) | Un droit du travail hors du commun, peu respecté, et très peu protecteur | 34 |
| d) | Des administrations multiples et défaillantes | 36 |
| 4. | Organisation du travail : une mauvaise gestion des ressources..... | 37 |
| a) | Organisation de l'internat : Des pénuries d'internes structurelles et non compensées | 37 |
| b) | Pénurie d'internes : peu de mécanismes de compensation | 37 |
| c) | Management au sein des services hospitaliers : généralement faible, en grande partie délégué aux internes eux-mêmes | 39 |
| 5. | La médecine générale : une spécialité pas comme les autres..... | 39 |
| a) | Une spécialité mal choisie et déconsidérée..... | 39 |
| b) | Stages en ville : des enjeux particuliers | 40 |
| c) | Pénuries de terrain de stage | 41 |
| | Internes en difficulté, c'est-à-dire ? | 41 |
| 1. | Quelles difficultés ? Diversité des situations | 41 |
| a) | Doit-on être heureux en stage ? Des difficultés ordinaires à l'interne en difficulté..... | 41 |
| b) | Des difficultés de tout ordre | 42 |
| c) | Au-delà de l'interne en difficulté : autres situations de difficultés pendant l'internat | 43 |
| 2. | Maternité et parentalité de l'interne : des difficultés particulières | 44 |
| a) | Un parcours administratif complexe et opaque..... | 44 |
| b) | Une charge de travail difficilement compatible avec une parentalité épanouie | 45 |
| c) | Le problème du mode de garde..... | 46 |
| d) | Choisir d'avoir un enfant, un défaut de solidarité ?..... | 47 |
| 3. | Souffrance en stage | 47 |
| a) | Principaux facteurs de souffrance : charge de travail, contenu du travail, et relations humaines | 47 |
| b) | Difficultés en stage : quelles souffrances ? quelles répercussions ?..... | 51 |
| c) | Stages délétères : des situations toutes différentes, toutes reliées au contexte global de l'internat | 52 |
| d) | Souffrance en stage : Facteurs atténuants..... | 55 |
| | Quelle aide aux internes en difficulté ? | 56 |
| 1. | Description de l'offre d'aide | 56 |
| a) | Acteurs de l'aide | 56 |
| b) | Type d'aide | 58 |
| 2. | Accès à l'aide : un chemin semé d'embûche | 60 |
| a) | Identifier les internes en difficulté..... | 60 |
| b) | Des difficultés au besoin d'aide : le rôle crucial de l'interlocuteur | 61 |
| c) | Face aux internes en difficulté : du fatalisme à la répression, des attitude délétères..... | 62 |
| d) | Chemin vers l'aide - des acteurs mal reliés | 64 |
| e) | Le choix de l'aide : un choix non évident..... | 65 |
| 3. | Intervention au niveau du stage, facteurs clés..... | 67 |
| a) | Écoute de l'interne, évaluation globale de la situation | 67 |
| b) | Intervention sans modification du terrain de stage : conseils à l'interne et intervention auprès du responsable de stage | 68 |
| c) | Modification du stage..... | 69 |
| d) | S'assurer de la non-pénalisation de l'étudiant..... | 71 |
| e) | Prendre en compte les autres internes..... | 71 |

| | |
|--|-----------|
| f) L'évaluation de stage : un outil très limité..... | 71 |
| 4. Soutien psychologique aux internes, facteurs clés | 72 |
| a) Ecoute et soutien..... | 72 |
| b) Proposer un soutien psychologique professionnel : disponibilité, gratuité, confidentialité | 73 |
| c) Quand l'aide humilie..... | 74 |
| d) Arrêt de travail : une solution peu souhaitable..... | 74 |
| e) Stigmatisation et discrimination à la suite des difficultés..... | 75 |
| 5. Zoom sur le rôle des départements de médecine générale | 75 |
| a) Identification des internes en difficultés par le DMG | 75 |
| b) Le double rôle du DMG : accompagnement et validation, un obstacle à l'aide aux internes par le DMG..... | 77 |
| c) Stage en ville : différences importantes entre les DMG | 78 |
| | |
| DISCUSSION | 80 |
| | |
| Principaux résultats..... | 80 |
| | |
| Forces et faiblesse de l'étude | 81 |
| | |
| Comparaison à la littérature..... | 84 |
| 1. Internes en difficulté : quelle réalité ?..... | 84 |
| 2. Internes en difficulté : quelles causes ?..... | 85 |
| a) Charge de travail excessive : un facteur de risque de la souffrance des internes couramment reconnu ; une charge de travail excessive en France | 85 |
| b) Encadrement et relations au travail : l'importance d'un encadrement favorable ; l'impact des violences au travail | 86 |
| c) Des stages en ville peut-être plus protecteurs que les stages hospitaliers ; peu d'influence de l'avancée dans l'internat..... | 88 |
| d) Bien faire, un facteur de bien-être ? | 88 |
| e) La difficulté à reconnaître ses difficultés, un facteur menant au burn-out complet ?..... | 89 |
| f) Facteurs individuels | 89 |
| 3. Prise en charge des internes en difficulté : état des lieux..... | 90 |
| a) Travaux sur la prise en charge des internes de médecine générale : principalement des travaux de thèse..... | 90 |
| b) Interne en difficulté, interne posant problème ou en échec : des confusions dans la prise en charge | 91 |
| c) Accès à l'aide : beaucoup de non-recours ; des situations non prises en charge malgré un repérage ; une dilution de responsabilité..... | 92 |
| d) 3 types d'aide en pratique : soutien psychologique, intervention sur le stage, intervention sur le cursus..... | 93 |
| e) Une prise en charge individualisée ; confidentialité requise, coordination souhaitable..... | 94 |
| | |
| Perspectives | 95 |
| 1. Les recommandations existantes : une base à mettre en œuvre | 95 |
| 2. Prévention primaire | 96 |
| a) Une action nécessairement globale | 96 |
| b) Améliorer les conditions de travail des soignants dans leur ensemble, pour améliorer les conditions de travail de l'interne..... | 96 |
| c) Diminuer la charge de travail des internes et respecter le temps de travail légal : comment y parvenir ? | 97 |
| d) Renforcer le management..... | 99 |

| | | |
|--------------------------------|--|------------|
| e) | Lutter contre le harcèlement..... | 99 |
| f) | Evaluation et agrément de stage : un système à améliorer | 100 |
| g) | Des attentes réalistes des stages : contrat de travail et charte des stages..... | 100 |
| h) | A l'échelle locale : favoriser la convivialité et les échanges informels entre internes | 101 |
| 3. | Prévention secondaire : prise en charge des situations à risque | 102 |
| a) | « Stage à risque » : dépistage et prise en charge précoce des difficultés | 102 |
| b) | Absence imprévue d'interne : quelle stratégie de remplacement ? | 103 |
| 4. | Prévention secondaire à tertiaire : prise en charge individuelle des internes en difficulté | 104 |
| a) | Une prise en charge individuelle : pour qui ? L'intérêt d'un outil d'auto-évaluation..... | 104 |
| b) | Une structure régionale d'aide aux internes : souhaitée et souhaitable..... | 105 |
| c) | Prise en charge des internes en difficulté au sein du DMG | 106 |
| d) | Quelle type de prise en charge des internes en difficulté ?..... | 107 |
| e) | Internes posant problème, interne en échec : des problématiques à explorer, et une prise en charge à mieux codifier..... | 108 |
| CONCLUSION..... | | 109 |
| BIBLIOGRAPHIE | | 111 |
| TABLE DES FIGURES | | 116 |

Introduction

Le mal-être des internes

Le mal être des internes en médecine est désormais une problématique largement reconnue, tant en France qu'à l'international.

Ce mal-être peut être observé selon différents indicateurs : taux de burn-out, symptomatologie anxieuse, dépressive et suicidaire ... Tous les indicateurs sont aux rouges ; trop fréquents, et bien plus fréquents qu'en population générale (1,2).

Ainsi, le taux de burn-out chez les internes en médecine semble avoisiner 45% en France comme à l'international (3). Un état de burn-out complet est décrit chez 6.5% à 21% des internes français (3,4) ; à l'opposé, seuls 40 à 50 % sont complètement indemnes de burn-out (3,4).

Une grande enquête menée par les syndicats d'étudiants en médecine et internes en 2021, portant sur l'ensemble des étudiants en médecine du 1^{er} au 3^e cycle rapporte que 52% à 75% des étudiants ont des symptômes anxieux (selon le seuil retenu pour la symptomatologie anxieuse), 39% ont des symptômes dépressifs et 25% font un épisode dépressif caractérisé, 19% ont des idées suicidaires (5). A l'international, d'après une revue systématique datant de 2015, 29% des internes en médecine présentaient une symptomatologie dépressive (6).

Le mal-être ne concerne pas uniquement les internes : tous les étudiants en santé sont touchés, dans des propensions variables selon les filières (1). Dans une métaanalyse internationale, les étudiants en médecine - avant l'internat – présentent un taux de burn-out moyen de 44%, avec de fortes variabilités selon les études (7). Ce mal-être est également présent chez les médecins séniors ; pour ne citer qu'un chiffre, le burn-out toucherait 49% des médecins séniors d'après une récente méta-analyse (8).

Il s'agit donc d'un problème systémique, avec des causes profondes et multiples (1).

Une problématique à l'ordre du jour

Le mal-être des internes, et plus largement des étudiants en santé, autrefois tabou, est devenu depuis quelques années un sujet d'actualité, tant au national qu'à l'international (9).

En 2016, la couverture médiatique d'événements dramatiques : suicides d'internes, est noté par le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans un rapport à propos de la santé des étudiants et jeunes médecins (10). En 2017, le livre « Omerta à l'hôpital » du Dr Valérie Auslender, sous-titré « le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé » (11) sonne l'alarme. La même année, la première grande enquête santé mentale des syndicats d'étudiants en médecine et internes révèle des chiffres alarmants de symptômes anxieux, dépressifs et suicidaires chez les étudiants en médecine (12).

Le sujet est porté devant le gouvernement, et une mission interministérielle (ministères de l'éducation et de la santé) commande une enquête auprès du Dr Donata Marra, spécialiste en psycho-neuro-pédagogique et créatrice du BIPE (bureau interface professeur élèves) à l'Université Pierre et Marie Curie.

Le rapport, remis le 3 avril 2018 (1), est formel : il y a un problème de mal-être des étudiants en santé, et des actions doivent être mises en place, rapidement. Les internes en médecine font partie des publics prioritaires. La médecine générale semble une spécialité particulièrement touchée par le mal-être.

Depuis, la pandémie de covid-19 a ébranlé l'ensemble du système de santé, tout en mettant en avant la place des étudiants, dont les internes, dans le système de santé français. La presse s'est fait le relais de l'épuisement des internes (13,14) ; l'impact réel de la pandémie sur les étudiants en médecine est encore en cours d'étude (9).

Les actions politiques promises suite au rapport Marra n'ont pas eu l'ampleur souhaitée. Un centre national d'appui (CNA) a été mis en place pour deux ans, mais celui-ci a souffert d'un manque de moyens et d'un manque de poids politique (5) et n'a pas été pérennisé à l'issue des deux années ; les missions du CNA n'étant pas pour autant terminées ni jugées caduques, mais inscrites dans le « plan national d'action contre les violences sexistes et sexuelles de l'enseignement supérieur », sans garantie de la prise en charge de l'ensemble du problème dans sa complexité, au-delà de la lutte contre les seules violences sexuelles et sexistes (5,15). Ce centre devait notamment coordonner l'action au niveau national.

Les centres régionaux spécifiques aux internes recommandés par le rapport Marra n'ont jamais vu le jour.

Souffrance des internes en médecine : quelle prise en charge ?

Le rapport Marra émet des recommandations concernant la prise en charge des étudiants en difficultés. Il met en exergue plusieurs points importants : la nécessité d'une action en prévention primaire (à l'intention de tous les étudiants), secondaires (à l'intention des étudiants « à risque ») et tertiaires (prise en charge des étudiants en

souffrance) ; la nécessité d'une action coordonnée des différents acteurs ; la nécessité d'une prise en charge « non psychiatrisante ».

Le rapport souligne l'existence de divers dispositifs d'aide aux étudiants, parfois redondants, souvent mal coordonnés voire concurrents, avec un risque de « marchandisation du mal-être » par des associations soi-disant bienveillantes. De plus, le nombre et la variété des dispositifs peuvent occulter des manques réels.

Au niveau ultra local, en prenant le point de vue des internes de médecine générale de l'université Paris Diderot, la thèse d'exercice de Souchu (16) constate la multiplicité des ressources disponibles, et le manque de coordination de ces structures. De plus, ces structures sont relativement peu sollicitées compte tenu de l'ampleur de la problématique de la souffrance des internes.

On peut se demander quelle logique prévaut à la recherche d'aide, et dans la sollicitation de telle ou telle structure.

Il est internationalement reconnu que les médecins sont mauvais pour évaluer leur propre niveau de mal-être, et que, médecins comme internes, sont réticents à chercher de l'aide (17).

Si la recherche d'aide est plus fréquente chez les internes les plus en souffrance, elle dépend aussi de facteurs irrationnels (18).

Ce travail se veut une approche originale et pragmatique de la problématique de la souffrance des internes, en explorant le parcours d'internes de médecine générale en difficulté en Ile-de-France.

Notre question de recherche est : Quelles sont les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale d'Ile de France, avec quel impact ? De quelles ressources disposent-ils, et comment les utilisent-ils ?

Matériel et méthodes

Population d'étude

Il s'agit d'internes (ou ex internes, ayant fini leur internat depuis moins de 2 ans) de médecine générale en Ile-de-France, étant ou ayant été en difficulté.

Le choix de la population se veut pragmatique : la région et la spécialité sont, d'après notre expérience, les deux principaux déterminants dans l'offre d'aide. La médecine générale est la première spécialité en termes de nombre d'internes. L'organisation de l'internat de médecine générale en Ile-de-France est particulière, car divisée entre les différentes facultés de médecine, ce qui impacte le circuit d'aide aux internes.

L'auteure principale étant interne de médecine générale, en Ile-de-France, cela a facilité le recrutement des internes et la compréhension du contexte.

Le terme « en difficulté » est volontairement large, afin d'inclure la plus grande variété de situations possibles, tout en choisissant une approche non psychiatrisante. La définition même de l'interne « en difficulté » est discutée dans ce travail.

Pour le recrutement des internes pour les entretiens, la définition choisie a été un interne « ayant rencontré des difficultés pendant son internat, ayant reçu de l'aide ou en ayant eu besoin » ; nous avons choisi de ne pas utiliser directement le terme « en difficulté », que nous percevions comme plus stigmatisant, tout en orientant notre travail vers l'aide reçue ou souhaitée.

Méthode de recueil des données et d'analyse

Le choix d'une méthode qualitative s'est imposé pour permettre une compréhension globale des problématiques et l'émergence de nouveaux concepts. Aux entretiens auprès d'internes s'est rapidement ajouté un recueil plus large de données de terrain, d'abord comme prise de recul de l'autrice sur sa propre expérience, puis comme une source précieuse de données, glanées aux cours d'observations in situ et de discussions informelles.

1. Entretiens semi-dirigés

J'ai réalisé 12 entretiens semi-dirigés d'internes.

Ces internes ont été recrutés par divers moyens : connaissance, adressage par des connaissances, appel à témoignage diffusé par mon directeur de thèse auprès de son groupe d'étudiants (groupe d'échange de pratique), publication sur le réseau social Facebook sur un groupe dédié aux internes de médecine générale d'Ile-de-France (annexe D : publication Facebook) et effet boule de neige. Le nombre d'internes recrutés selon chaque modalité est détaillé dans les résultats.

J'ai réalisé les deux premiers entretiens en présentiel en été 2019, puis les entretiens suivants par téléphone, en été 2020 puis en été-automne 2021.

J'ai d'abord changé de méthodologie pour des raisons pratiques : crise sanitaire Covid-19, éloignement ; et j'ai maintenu le changement car j'ai constaté que les entretiens téléphoniques, moins contraignants, permettaient une parole plus détendue (moins de pression à "produire un contenu intéressant" pour les internes). Ce constat est conforme à ce que décrit la littérature : les entretiens téléphoniques permettent généralement une attitude plus détendue et permettent la révélation d'information sensible ; ce qui compense la perte d'information de contexte et non verbales (19).

Les entretiens ont été partiellement dirigés suivant un canevas que j'ai fait évoluer. J'ai modifié ce canevas au fur et à mesure de l'analyse de mes données ainsi que recommandé dans la théorie ancrée (20). Je l'ai également assoupli, et j'y ai intégré le tutoiement - que j'ai constamment utilisé - (annexe B et C : guide d'entretien, version 1 et version 7), en même temps que j'améliorais ma technique d'entretien, notamment en préférant les relances aux questions, ainsi que recommandé par Blanchet et Gotman (21).

J'ai retranscrit les entretiens en vue de l'analyse (retranscription manuelle aidée par le site de retranscription vocale en cours de développement <https://transcription-vocale.fr/> - développé par mon père), en les anonymisant scrupuleusement. J'ai numéroté ces entretiens par ordre chronologique de réalisation (de E1 à E12).

J'ai également inclus dans mon analyse des éléments accompagnant des entretiens : discussions informelles lors des deux premiers entretiens, conversation sur l'application Messenger avant et après le dixième entretien.

Enfin, j'ai réalisé un résumé de chaque entretien.

2. Notes de terrains

Le recueil des données a été effectué de l'été 2018 à l'automne 2021. Ces données sont constituées de :

- Observations directes (issus de ma propre expérience d'interne ou de situations que j'ai observé en tant qu'interne),
- Recueil d'expériences et d'opinions d'internes ou de médecins séniors, lors de discussions informelles, souvent introduites par l'évocation de mon sujet de thèse
- Notes sur des éléments antérieurs à la réalisation de cette étude, vécu ou rapportés, dont je me suis remémorée en cours d'étude.

J'ai noté certains éléments de terrains spontanément ; d'autres me sont apparus pertinents en cours d'analyse, faisant écho à un autre élément de terrain ou à un élément des entretiens.

Dans ma prise de notes, j'ai consigné les éléments me permettant de mieux appréhender la problématique des difficultés lors de l'internat de médecine générale, y compris des éléments indirectement liés : éléments de contexte, expériences autres : difficultés rencontrées par des externes, des internes d'autres spécialités, expérience de gestion réussie d'une situation difficile...

Un total de 22 notes de terrain, au sujet de situations que j'ai vécues (10 notes), qui m'ont été rapportées par un(e) ou des interne(s) (12 notes), un(e) ou des médecins sénior(s) (2 notes), une externe (1 note). J'ai numéroté de T1 à T22 ces notes, sans que cet ordre ait un sens particulier.

3. Analyse des données

J'ai analysé mes données selon la méthode de la théorie ancrée telle que décrite par Lejeune (20), adaptée à la recherche en santé selon les préconisations de Kivits, Balard, Fournier et Winance (22).

Cette analyse a été réalisée au fur et à mesure de la collecte des données, et concernant les entretiens, au fur et à mesure de leur retranscription, par codages successifs et organisation des codes.

Cela m'a permis d'affiner ma question de thèse et de faire évoluer le guide d'entretien.

Concernant les verbatims, une partie a été transmise à mon directeur de thèse, le Pr.E.Galam, qui en a souligné les éléments notables. Suite à cet échange, j'ai procédé à un nouveau codage des entretiens.

Concernant les notes de terrains, j'ai réalisé un premier codage au fil de l'eau, et un deuxième codage en fin d'analyse.

J'ai inséré au fur et à mesure les codes dans un document unique organisé par "nœuds de sens" (22), en utilisant un code couleur afin de pouvoir facilement me référer au document de terrain source: une couleur pour chaque entretien, et une

couleur pour les notes de terrains (à laquelle j'ai ajouté lors du deuxième codage un numéro pour identifier plus facilement la note de terrain correspondante).

Parallèlement, j'ai rédigé divers compte-rendu : opérationnels, de codage, théorique, pour expliciter et tracer l'évolution de mon raisonnement (22) ainsi que plusieurs schémas et même des dessins humoristiques.

L'analyse a elle-même nourri le codage : en découvrant de nouveaux nœuds de sens, j'ai recherché dans les entretiens antérieurs des données les concernant.

J'ai réalisé l'articulation et la hiérarchisation des données à partir du document unique de codage par nœud, au fur et à mesure du codage et en fin d'analyse.

La triangulation des données a été faite de deux manières : par moi-même, entre les données des entretiens et celle des notes de terrains ; entre moi-même et le Pr Eric Galam sur la base des verbatims les plus significatifs et communicables¹.

Enfin, j'ai rédigé une synthèse de mes principaux résultats, que j'ai soumis aux internes auprès desquels j'ai réalisé les entretiens (annexe E : synthèse transmise aux internes ayant participé aux entretiens). J'ai reçu une réponse de la majorité des internes contactés (7/12). Tous les répondants ont validé mes résultats. Une a ajouté des éléments, issus de son expérience postérieure.

Considérations éthiques

D'un point de vue réglementaire, nous avons fait appel avant le début de la recherche au comité d'éthique du CNGE (annexe A).

Une lettre d'information a été remise en main propre (entretien en présentiel) ou par courriel (entretiens téléphoniques) avant l'entretien, et le consentement recueilli par écrit (entretien en présentiel) ou par oral (entretien téléphonique).

Au-delà de l'aspect réglementaire, une réflexion éthique a été menée tout au long de notre travail. En effet, d'après Cécile Fournier et Myriam Winance, dans le cadre de recherche qualitative, la régulation éthique par un comité ne peut suffire ; une attention constante aux questionnements éthiques doit être menée tout au long du travail de recherche. Le souci du respect des personnes s'articule avec la recherche de l'utilité sociale (21).

Dès le début de la recherche, nous nous sommes posé la question de l'utilité de ce travail pour les internes en difficultés, objets et sujets de la recherche. Nous avons

¹ Certains verbatims, bien que très signifiants ne pouvaient être communiqués au Pr Eric Galam au vu des engagements pris auprès des internes interviewés

constaté une littérature abondante décrivant un niveau de souffrance élevé chez les internes en médecine. Nous avons donc orienté le travail de recherche sur l'aide aux internes, plus que sur la description des difficultés. Cette thèse s'inscrit dans un projet collectif, qui a également donné naissance à la très pertinente thèse du Dr Hélène Souchu, cartographiant les ressources accessibles aux internes de médecine générale de Paris Diderot (16).

Dans la réalisation des entretiens, une attention particulière a été portée à l'écoute du témoignage de l'interne, sans jugement. L'anonymisation a été abordée avec les internes, ainsi que la possibilité d'envoyer le verbatim à mon directeur de thèse, refusée par certains. **L'importance accordée à l'anonymisation par plusieurs des internes, et le risque effectif de reconnaissance d'une situation particulière malgré anonymisation, fait que les verbatims ne seront pas publiés.**

Liens d'intérêts

J'ai été moi-même interne, et j'ai rencontré des difficultés lors de l'internat, notamment en lien avec la maternité (j'ai été enceinte puis jeune mère en début d'internat). D'autre part, comme externe, j'ai eu des cours par le Dr Donata Marra, et j'ai bénéficié du BIPE - bureau interfaces professeur élèves - mis en place par le Dr Donata Marra au sein de ma faculté de médecine, à l'université Pierre et Marie Curie, ce qui m'a laissé un préjugé favorable tant pour le BIPE que pour le Dr Donata Marra.

Enfin, tout récemment, je suis devenue tutrice au sein de mon département de médecine générale, au sein de l'Université de Paris Cité. De plus, mon directeur de thèse, le Pr Eric Galam, est professeur des universités au sein du département de médecine générale de l'Université de Paris Cité. Ma thèse sera lue et évaluée par des membres de ce même département.

Afin de garder la meilleure indépendance possible, j'ai mis en place plusieurs garde-fous.

Vis-à-vis de ma propre expérience, j'ai choisi de la formaliser, d'en faire des comptes-rendus de terrain, ce qui m'a permis de prendre de la distance, et de considérer ce que j'ai vécu comme une donnée parmi d'autres.

J'ai adapté la question de thèse en fonction de ces liens d'intérêts : j'ai exclu les difficultés universitaires, à la fois par manque de recul, et par peur de l'autocensure, s'il m'avait fallu critiquer le département qui juge de mon travail ; j'ai ajouté une sous-question interrogeant spécifiquement la place du département de médecine générale dans la prise en charge des difficultés lors de l'internat, afin de pouvoir traiter cette question de façon exhaustive sans lui donner artificiellement une place surévaluée.

Enfin, j'ai fait valider mes résultats par les internes que j'ai interrogés.

Résultats

Caractéristiques des données recueillies

1. Entretiens

a) Caractéristiques des participants aux entretiens

| | |
|--|--|
| Participants | n= 12 |
| Genre | M n=1 F n=11 |
| Promotion (année de passage de l'ECN) | 2015 n=2 2016 n=2 2018 n=2 2019 n=1 2020 n=5 |
| Semestre en cours lors de l'entretien* | 1er semestre n=1 2e semestre n=4 4e semestre n=1 6e semestre n=3 Post internat** n=3 |
| Faculté de rattachement | Université de Paris Cité n=6 • Ex Paris Descartes n=1 • Ex Paris Diderot n=3 • Post fusion n= 2 Université Pierre et Marie Curie n=2 Université Sorbonne Paris Nord n=2 Université Paris-Est Créteil n=2 |
| Profils particuliers | Interne militaire n=1 En reconversion professionnelle n=1 Redoublement de l'ECN n=1 |

* Semestres non validés non décomptés

** Dans l'année suivant la fin de l'internat, incluant une interne interrompant son internat, en attente de semestre supplémentaire dans le cadre du DES d'urgence

La durée des entretiens est en moyenne de 35 minutes (de 21 minutes à 53 minutes, médiane 30 minutes). Ils m'ont permis d'identifier 17 situations différentes de difficultés pendant l'internat (1 à 4 par entretien).

| Entretien | Durée (min) | Nombre de situations | Mode de recrutement |
|-----------|-------------|----------------------|----------------------------|
| E1 | 30 | 1 | Connaissance directe |
| E2 | 21 | 2 | Connaissance directe |
| E3 | 51 | 2 | Connaissance indirecte |
| E4 | 30 | 1 | Connaissance indirecte |
| E5 | 31 | 1 | Connaissance directe |
| E6 | 27 | 1 | Via mon directeur de thèse |
| E7 | 42 | 1 | Publication Facebook |
| E8 | 29 | 1 | Publication Facebook |
| E9 | 53 | 4 | Publication Facebook |
| E10 | 37 | 1 | Publication Facebook |
| E11 | 35 | 1 | Boule de neige |
| E12 | 30 | 1 | Boule de neige |

b) Refus de terrain : des entretiens non menés malgré un premier contact

Il m'a été dans l'ensemble assez facile de recueillir des témoignages d'internes.

Cependant je n'ai pas pu mener d'entretien auprès de quatre des internes avec qui j'avais envisagé de le faire.

Deux internes de ma connaissance m'ont fait part de difficultés en stage lors de discussions informelles. L'une des deux s'est rétractée lorsque je lui ai demandé de témoigner en entretien, déclarant alors n'avoir rien d'intéressant à rapporter. L'autre a dit vouloir témoigner, mais je n'ai jamais réussi à fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Concernant le recrutement par réseau social, j'ai posté deux messages sur un même groupe Facebook (annexe D) : un premier message d'appel à témoignage général concernant les difficultés pendant l'internat ; un deuxième concernant spécifiquement les difficultés en stage hospitalier ayant donné lieu à une modification ou interruption du stage.

Suite au premier message, cinq internes m'ont répondu, et j'ai réalisé un entretien auprès de quatre d'entre eux ; suite au deuxième message, deux internes m'ont répondu, l'un des deux étant celui qui m'avait répondu au premier message et avec qui je n'avais pas pu avoir d'entretien. Je n'ai réussi à faire d'entretien avec aucun des deux : le premier en raison de difficultés à fixer un rendez-vous pour un entretien ; le deuxième n'ayant pas donné suite sans raison apparente.

Parmi ces quatre internes, trois sont des hommes.

2. Notes de terrain

Les données de terrain informel ont permis de compléter ce recueil, en décrivant : des éléments de contexte (11 notes, 15 situations), des difficultés rencontrées par des internes de médecine générale (11 notes, 14 situations), des difficultés rencontrées par d'autres étudiants en santé (4 notes, 4 situations), autre (1 note, 1 situation).

Le contexte particulier de l'internat de médecine générale en Ile-de-France

Des éléments de contexte sont essentiels à prendre en compte pour comprendre non seulement la survenue de difficultés lors de l'internat, mais aussi et plus encore comprendre les réactions face à ces difficultés.

1. Système de santé en crise

Le système de santé traverse actuellement une double crise : crise des moyens, crise de valeurs.

a) Crise des moyens

- A l'hôpital

“On se retrouvait encadré entre guillemets par des intérimaires [...] qui étaient là complètement en mercenaires et qui nous laissaient un peu sous l'eau.” (E9)

L'hôpital manque de moyens : pas assez de personnel soignant (médecins, paramédicaux, secrétaires) ; pas assez de lits dans les services pour accueillir les patients.

Le faible nombre de soignants peut résulter de choix budgétaires, les effectifs étant considérés comme complets ; et/ou de difficultés de recrutement.

Dans notre étude, le manque de moyens à l'hôpital impacte de façon plurielle le bien-être des internes en stage.

Les internes sont souvent confrontés à une surcharge de travail pour pallier le manque de personnel. Trop souvent, le manque de moyens entraîne la bascule de tâches non médicales et rébarbatives vers les externes et internes (tâches administratives comme la prise de rendez-vous, voire le brancardage ...).

La surcharge de travail des médecins seniors retentit sur leur capacité à encadrer les internes, et parfois sur leur bienveillance. Parfois, les difficultés de recrutement font que les internes sont encadrés par des médecins peu compétents ou peu volontaires.

Les internes peuvent également souffrir des tensions au sein de l'équipe soignante, ou avec les patients, créées ou favorisées par le manque de moyens ; ainsi que de ne pas pouvoir prendre en charge correctement leurs patients.

- En ville

“Il était très mal organisé, surmené, il travaille énormément, il s'investit beaucoup beaucoup avec les patients, du coup il arrivait pas à organiser du temps pour moi” (E12)

Dans plusieurs cas rapportés dans notre étude, la surcharge de travail des médecins généralistes maîtres de stage impacte leur capacité à prendre en charge les internes.

La crise du système de santé touche aussi la médecine de ville, le manque de soignants étant critique ; les médecins généralistes sont fortement impactés.

La surcharge de travail en ville n'est d'après notre étude pas ou peu reportée sur les internes. Cependant, ils peuvent être confrontés à des maîtres de stage épuisés et désabusés, « à *bout de souffle* » (E3) ou trop occupés pour se consacrer à l'encadrement.

La crise du système de santé est également un des éléments avancés pour expliquer la difficulté à recruter des maîtres de stage ambulatoire.

b) Crise de valeurs

- Logique financière au détriment du soin

“Je ressentais vraiment énormément ce côté tarification à l'activité. [...] C'était pas du tout dans le bien du patient, c'était on veut faire du chiffre, donc on a besoin de faire les sorties brèves, et donc on fait des entrées d'hospit' courtes. “ (E3)

L'objectif de rentabilité de l'hôpital public oblige les services à prendre en compte la rentabilité financière de la prise en charge des patients ; des internes décrivent cette logique financière comme allant à l'encontre du juste soin.

Certains internes participant à la prise en charge des patients dans ce contexte trouvent leur travail vide de sens ; voire sont en désaccord avec la prise en charge, source de conflits éthiques. La logique financière prive parfois les internes de possibilité d'apprentissage.

En ville, la logique financière existe également ; elle est plutôt décrite comme étant le fruit de comportements individuels de médecins.

- Judiciarisation de la médecine

“Elle disait ‘[...] on a une obligation de moyens, l'examen clinique tu t'en fiches, maintenant faut prescrire des examens...’ [...] C'était une stressée de la vie, parce qu'elle était en procès pour un patient, visiblement une erreur médicale et tout” (E12)

Face au risque de procès, certains médecins adoptent une médecine dite défensive - qui peut, là aussi, aller à l'encontre du juste soin. Là-aussi, certains internes décrivent une perte de sens du travail effectuée, en lien avec des tâches à visée défensive ; et/ou une médiocre valeur formative du stage, la logique médicale étant délaissée au profit de la logique de protection d'un éventuel risque judiciaire.

2. Culture médico-hospitalière

Les étudiants en médecine, internes et futurs internes, baignent dans une culture particulière. L'organisation des études de médecine, les enseignements facultaires, les associations étudiantes participent à cette culture ; mais c'est surtout à l'hôpital comme externes, puis internes, qu'ils en intègrent les codes.

- a) La difficulté comme norme

- L'internat : notoirement difficile

“Des difficultés y en a un peu tout le temps, tous les jours. La fatigue, les gardes, les soirées à faire des comptes-rendus, enfin voilà c'est un classique” (E2)

Les études de médecine sont généralement décrites comme difficiles.

D'après nos données, travailler beaucoup, de nuit comme de jour, est la norme ; négliger sa fatigue est valorisé. La norme implicite peut être décrite d'après des propos rapportés par des externes et internes : travailler beaucoup est nécessaire à une

formation de qualité ; un bon soignant doit faire preuve d'abnégation envers son travail ; la continuité des soins prime sur la vie privée. C'est une « *culture de l'abnégation et du déni* » (E9).

La confrontation à la souffrance et à la mort est quotidienne, elle est banalisée. On apprend à maintenir une distance pour se protéger, quitte à occulter son propre ressenti. Parfois l'interne ne sait plus comment exprimer son ressenti ; s'il est "*autorisé à pleurer*" (T5).

Cette prise de distance peut se traduire par des comportements éthiquement discutables. Il manque de "*prise de distance sur [sa] propre distance*" (E6), de réflexion éthique et déontologique.

- Une difficulté érigée en tradition

"Elle rapportait beaucoup notre travail à son expérience personnelle, et elle elle disait, elle nous racontait qu'elle avait le double de patients qu'on avait, à prendre en charge euh... Fin bon ce genre de phrases 'nous on avait pas le repos de garde, on avait pas ci, on avait pas ça'" (E4)

D'après nos données, la charge de travail intense à laquelle sont soumis les internes est aussi justifiée par son caractère traditionnel : il en a été ainsi pour moi, il est donc juste qu'il en soit ainsi pour vous. C'est le rôle de l'interne.

De plus, elle est souvent minimisée par la référence au passé : c'était pire avant, il n'y a donc pas de quoi se plaindre. C'est un des piliers de l'omerta qui pèse sur la souffrance des médecins.

- Un grand écart entre norme théorique et norme réelle

"La charge de travail, j'ai un peu cette habitude de me comparer aux autres et de me dire que comparé aux autres j'ai pas à me plaindre, ce qui je sais n'est pas une bonne chose... Nous à la base on était aux 48h par semaine, comme notre contrat l'indique, sauf qu'entre temps on a eu deux arrêts de travail...[...] Là ce mois d'août [...] j'ai enchaîné 21 jours" (E6)

"Ce serait bien aussi qu'en amont, ils se renseignent sur les infrastructures des cabinets. Parce que là concrètement, chez le monsieur, on ne pouvait pas faire de la supervision indirecte, à moins qu'il ne soit pas sur le lieu de stage, ce qui est interdit, mais c'est hypocrite de la part de la fac." (E12)

La norme légale de temps de travail des internes est de 48h par semaine maximum. Cependant, le fait de dépasser ce temps de travail est la norme réelle, d'après nos données. Un stage qui prévoit "de base" un temps de travail à 48h par semaine est ainsi décrit comme un stage qui fait des efforts pour respecter le droit du travail des internes. Or ce temps de travail "de base" est généralement dépassé.

De façon similaire, les règles édictées pour les stages ambulatoires sont irréalistes. Notamment, les internes en niveau 1 sont censés en cours de stage pouvoir consulter seuls, en “supervision indirecte”, avec le maître de stage physiquement présent sur le lieu de stage ; cela est, d’après les internes interrogés, incompatible avec la structure de nombreux lieux de stage : un seul cabinet, pas de lieu où le maître de stage pourrait utilement passer son temps pendant que l’interne consulte. Soit le maître de stage n’est pas là, soit l’interne ne consulte pas seul ...

Le décalage entre norme théorique et norme réelle contribue à la difficulté de repérer les situations anormales pour les internes.

Les situations réellement anormales, et inacceptables, sont d’autant plus difficiles à identifier que les situations anormales du point de vue de la réglementation sont, elles, banales. La réglementation ne peut pas être prise comme norme de façon réaliste.

b) Omerta et discriminations, sur fond de stigmatisation de la maladie psychiatrique

- Omerta et impunité

“Donc des petites choses comme ça qui je pense dans le milieu privé, donc on va dire dans les, dans les boîtes privées n’auraient jamais pu arriver parce que ça aurait été direct harcèlement au travail et procès. Des trucs enfin mais clairement du harcèlement au travail - sauf qu’on est médecins donc surtout pas prononcer le mot harcèlement au travail ça n’existe pas chez nous” (E3)

Nos données soulignent que paradoxalement, la fréquence des situations difficiles en stage est associée à une mise sous silence : les difficultés sont normales, il n’y a pas de raison de s’en plaindre. Quand les difficultés sont évoquées, la minimisation est fréquente. Une interne parle ainsi de “*petits détails*” (E2). Le harcèlement moral est rarement reconnu comme tel.

Au cours des entretiens, j’ai à plusieurs reprises ressenti une réticence quand j’abordais la question du vécu des difficultés ; une réponse évasive, puis l’interne change de sujet.

Dans le récit des internes, la souffrance causée par les difficultés pendant l’internat est taboue.

Associée à l’omerta, les internes racontent l’impunité. Les comportements violents n’étant pas nommés, ils ne sont pas punis, ni même réprimandés ...

De plus, ils sont favorisés par deux autres aspects de la culture médico-hospitalière : la forte culture hiérarchique et la stigmatisation de la maladie psychiatrique.

- Stigmatisation de la maladie psychiatrique

D'après nos données, la psychiatrie et la maladie psychiatrique sont souvent déconsidérées, voire moquées, dans le milieu médical, en particulier hospitalier. On dit d'un patient qu'il "est psy", sans chercher à nommer la maladie psychiatrique ; la psychiatrie est considérée comme une discipline à part, dont les médecins somaticiens préfèrent ne pas se préoccuper.

Plusieurs internes rapportent que cette stigmatisation touche aussi les internes atteints de maladie psychiatrique, et par extension ceux souffrant ou ayant souffert de burn-out.

De façon similaire, plusieurs données de terrain rapportent chez les internes enceintes, une attitude beaucoup plus bienveillante face aux symptômes physiques (vomissements en début de grossesse, gêne pour se déplacer en fin de grossesse ...) que face à la fatigue de grossesse isolée - jugée trop subjective -, ou plus encore la sensibilité accrue, l'anxiété ...

c) Le tabou de l'arrêt de travail

" [elle me dit :] Et puis, on a aucune compassion pour les internes qui s'arrêtent. Ça nous saoule, on doit reprendre les gardes et tout. Aucune compassion, c'est bizarre. On est vraiment en mode "survie". Y avait une interne en stage qui s'était arrêtée 3 mois, elle devait avoir un motif, burn-out, ou quoi, mais nous ça nous saoulait juste de reprendre ses gardes, aucune compassion' [...] Et de me raconter, comment elle s'est sentie affreusement coupable de prendre 3 jours d'arrêt, alors qu'elle avait la grippe. Et en plus souligne-elle, elle était en gériatrie ! " (T5)

D'après nos données, la norme implicite est que quand on est médecin, on doit "tenir le coup". Pour les patients, pour les collègues, pour la continuité des soins.

En particulier en cas de stage hospitalier, par solidarité envers ses co-internes. Et ce d'autant plus que la charge de travail est lourde, et qu'aucun mécanisme n'est mis en place pour éviter que la charge de travail de l'interne en arrêt ne soit intégralement reportée sur les autres.

D'après notre étude, l'arrêt de travail est un tabou. L'interne qui brise ce tabou est mal vu - et d'autant plus s'il s'agit d'une cause non purement somatique, de fatigue ; l'arrêt est alors vu comme une faiblesse, inacceptable de la part d'un médecin qui se doit d'être "solide", voir infaillible.

De façon paradoxale, plusieurs internes rapportent avoir ressenti une gêne à être en arrêt de travail même quand cela est plus prudent pour les patients, comme dans le cas de la grippe en gériatrie...

Quand il s'agit d'une cause non purement somatique, des internes rapportent avoir été gênés pour expliquer un arrêt de travail ; d'autant que face à des chefs qui sont également médecins, il y a une obligation implicite de fournir un motif médical précis ; certains chefs peuvent se montrer insistants.

Un arrêt de travail prolongé marque une rupture ; il est parfois décrit par les internes comme le point de bascule de difficultés ordinaires vers l'interne en difficulté.

Les arrêts de travail pour cause traumatologique, ou chirurgie programmée, semblent faire exception : ils sont non négociables, et donc moins culpabilisants, et d'une durée prévisible, ce qui simplifie l'organisation.

d) Une culture fortement hiérarchique

“ Il voulait une stagiaire qui acquiesce toutes ses décisions” (E5)

“Une vieille infirmière a dit quelque chose du genre ‘Je trouve qu'ils sont bien gentils avec les internes ce semestre, ils n'en ont fait pleurer aucun. D'habitude il y avait des pleurs à la fin du staff” (T19)

Nos données soulignent que la tradition médicale est fortement hiérarchique. A l'hôpital, il n'y a le plus souvent pas de discussion possible avec les grands chefs ou le chef de service ; l'attitude attendue d'un interne, voire d'un jeune chef, est une attitude d'écoute et d'apprentissage. Cette attitude peut aussi être rencontrée en ville.

L'humiliation peut prendre l'aspect d'une attitude pédagogique ; d'après nos données, dans certains services, l'humiliation est fréquemment utilisée sous prétexte d'apprentissage, voire revendiquée comme telle.

Dans certains stages, les externes, et parfois les internes, voire les jeunes chefs, sont humiliés quotidiennement. Une interne évoque des stages connus comme : *“les stages où tu te faisais marcher dessus”* (E11) lors de son externat. Petit à petit, cette position d'infériorité est acceptée par les étudiants en médecine, qui la trouvent sinon normale, du moins banale.

A cela s'ajoute la compétitivité entre étudiants en médecine pendant l'externat, concrétisée par les ECN. Un mauvais rang de classement à l'ECN constitue une double peine pour l'interne. Les internes le décrivent comme stigmatisant ; chez certains internes interrogés, le rang de classement est évoqué comme cause d'un sentiment d'illégitimité. De plus, il donne accès à de moins bons stages, à moins de possibilités de choix.

3. Interne : un statut particulier

Déjà médecin, encore étudiant, éternel stagiaire, l'interne a un statut à part.

a) Nécessité d'apprendre, responsabilité de soignants

- Apprentissage en stage et projection dans l'avenir

“J'étais déprimée parce ce que j'avais l'impression que j'allais être un mauvais médecin [...] J'avais peur de finir mes 3 ans d'internat, en étant tout aussi nulle que quand j'avais commencé.” (E3)

L'interne est en formation. Des internes insistent sur le fait qu'apprendre en stage leur est nécessaire - tant sur le plan technique qu'humain.

L'interne construit à la fois son identité professionnelle et son projet professionnel.

D'après nos données, cette nécessité de formation est essentiellement de la responsabilité de l'interne - le DMG ayant un rôle de contrôle et d'accompagnement. C'est une charge mentale importante pour l'interne ; sous-jacente, la peur d'être un “mauvais médecin” (E3).

- La responsabilité de soignant : un élément de l'apprentissage

“Un interne [...] lui répond qu'en théorie, les internes sont des étudiants, en formation, ils ne devraient pas être indispensables au bon fonctionnement du service. [Le responsable de l'ARS] lui répond que la situation est plus nuancée - l'interne est certes en formation, mais pour apprendre, il doit justement se retrouver en situation de responsabilité.” (T14)

Notre étude souligne que malgré son statut d'étudiant, l'interne a aussi une responsabilité de soignant.

Cette responsabilité fait partie intégrante de son apprentissage : il apprend à être médecin et donc responsable.

Cependant, cette responsabilité peut également entrer en conflit avec le besoin de formation.

La responsabilité de l'interne est double. D'une part, il est responsable au quotidien, par sa participation aux soins et à la continuité des soins, au sein de son service. D'autre part, la répartition des internes entre les stages répond autant aux besoins de santé publique qu'aux besoins de formation de l'interne. La pandémie de covid a souligné cette réalité ; elle a entraîné le redéploiement d'internes de façon inédite hors de leur lieu de stage, surtout pendant la première vague, mais également par la suite, avec un risque de pérennisation d'une pratique initialement exceptionnelle.

- Quand nécessité d'apprentissage et responsabilité de soignants s'opposent :
3 exemples

-Exemple 1 : Les enseignements facultaires

Les enseignements facultaires sont souvent source de conflits ; il est reproché à l'interne son absence du stage pour y assister. Si plusieurs internes ont cours le même jour, il peut être demandé à certains d'y renoncer pour assurer la continuité des soins.

-Exemple 2 : Pédiatrie, l'hiver (Situation rapporté dans la note de terrain 14, que je résume ici)

Choix de stage, automne 2019. Du fait notamment d'un très large excédent de postes au choix, de nombreux postes de pédiatrie n'ont pas été pourvus, et dans certains stages de périphérie, aucun poste de pédiatrie n'a été pourvu.

Les hôpitaux ont besoin d'internes en pédiatrie, a fortiori en hiver. La procédure de choix de stage est annulée et recommencée.

Un désaccord surgit entre les internes et l'ARS, notamment à cause du fait que la nouvelle liste de stage comprend moins de postes en gynécologie. Les responsables de l'ARS insistent alors sur la responsabilité de santé publique des internes, pour la santé des enfants. Les internes arguent qu'il leur est nécessaire de se former également en gynécologie.

-Exemple 3 : la pandémie covid-19, troisième vague, automne 2021

“En arrivant à la moitié du stage, on nous demande de faire de la vaccination covid. Intérêt pour notre formation ? Zéro“ (T23)

Nos données soulignent que la pandémie covid-19 a exacerbé la tension entre valeur formative et intérêt de santé publique. La prise en charge des patients covid, tout comme la vaccination, sont des activités très peu formatrices, alors qu'elles sont essentielles en termes de santé publique.

Au début de la pandémie, l'intérêt de santé publique a primé, au vu de la situation de crise sanitaire exceptionnelle.

Mais la durée de la crise, la sollicitation répétée des internes, a fait que les internes se sont inquiétés pour leur formation ; la nécessité d'apprendre “autre chose que du covid” a été mise en avant.

b) Interne, un rôle intermédiaire, et fragile

- Des responsabilités et des tâches mal définies

“Vous vous êtes là pour, pour nous aider, pour nous faire le travail qu'on peut pas faire, parce qu'on est overbooké' elle me dit, j'aurais dû lui répondre ' je croyais que j'étais là pour apprendre ' (E1)

L'interne "exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève" (art R6153-3 du code santé publique).

D'après nos données, en pratique l'autonomie et les responsabilités de l'interne sont très variables d'un stage à un autre, à ancienneté égale.

La part de tâches ingrates (secrétariat ...) est également très variable d'un stage à l'autre, l'utilité au service s'opposant parfois à l'apprentissage de l'interne en stage. La gestion des désaccords entre médecin sénior et interne est un point d'achoppement fréquent : l'interne doit-il obéir au médecin sénior, même s'il est convaincu d'agir à tort ?

- Vis à vis du patient : manque de légitimité

"On [a] l'impression de pas être pris au sérieux euh dans certaines situations par les patients, surtout quand tu es jeune, que tu es une fille, tous ces trucs-là, que tu fais jeune et tout [...]. Comment ton maître de stage te présent[e], c'est hyper important" (E11)

Nos données rapportent que le rôle de l'interne peut être difficile à expliquer au patient - médecin mais encore en formation, prescripteur mais pas docteur ...- et que l'interne peut avoir du mal à asseoir sa légitimité.

Des internes en stage en ville rapportent que cette difficulté y est exacerbée, d'autant plus en travaillant en binôme avec le médecin généraliste, et d'autant plus que la relation des patients avec leur médecin généraliste est forte.

- Vis-à-vis de l'équipe soignante : la fragilité du stagiaire

"Du côté infirmiers c'était pas mal, ça veut dire que les internes ils vivent tous les 6 mois, donc les internes c'est facile de les maltraiter, par contre les infirmières faut leur faire des, faut leur lécher les pieds et que ça se passe très bien. Voilà j'ai quand même une infirmière qui à la place de travailler regardait des séries, et que quand moi j'étais sous l'eau et que je travaillais jusqu'à je sais pas quelle heure, elle refusait de faire des soins que j'avais prescrit" (E3)

Médecin et prescripteur, l'interne est dans une position hiérarchique haute ; mais il est aussi stagiaire et éphémère.

L'autorité peut être remise en cause par les infirmiers : des internes rapportent des difficultés, le besoin de "montrer patte blanche", des remises en question agressive des prescriptions, et même un refus d'exécuter une prescription.

Dans certaines situations, l'interne semble être victime des tensions entre les différents corps de métier : tensions entre médecins et infirmiers, médecins et sage-

femme ... En cas de conflits larvés, l'interne est souvent en position de bouc émissaire, stagiaire donc plus vulnérable.

Même en l'absence de conflits, la place de l'interne dans l'équipe semble fragile. Plusieurs internes rapportent avoir été absents (car exclus, ou non convié), à des réunions qui pourtant le concernent : réunion après un décès tragique, discussion après un évènement indésirable ...

D'après nos données, l'opinion de l'interne est rarement recherchée lors des discussions éthiques autour d'un patient, même lorsqu'il le connaît bien (et à la différence des infirmières et aides-soignantes, dont la prise de parole est - à juste titre-valorisée).

c) Un droit du travail hors du commun, peu respecté, et très peu protecteur

- Droit du travail : travailler plus sans gagner plus

Le droit du travail des internes est exceptionnel. Il prévoit un maximum de 48h travaillées par semaine (en huit demi-journées en stage et une demi-journée de formation universitaire), en moyenne par 3 mois de stages ([Article R6153-2](#) et [Article R6153-2-1](#) du code santé publique), soit un temps de travail excédant largement les 35 heures par semaine généralement prévues par le code du travail.

L'amplitude horaire de travail est large, de jour comme de nuit, et en week-end. Les gardes de 24h d'affilée sont fréquentes. L'emploi du temps est souvent peu prévisible. De plus, le nombre de jours travaillés d'affilée n'est pas clairement encadré par la loi.

Ce temps de travail n'est pas compensé par le salaire : le salaire est calculé sur une base de 42h par semaine, et les heures supplémentaires non payées (ni au-delà de 42h/semaine, ni au-delà de 48h/semaine).

Ainsi, en 2017, le salaire net d'un interne de première année en Île-de-France, primes incluses, hors astreintes et gardes, était de 1581 € : rapporté à 42h/semaine, cela correspond à un taux horaire de 8,55 €, rapporté à 48h/semaine, cela correspond à un taux horaire de 7,60 €, pour un SMIC horaire à 7,53 € (T2).

Dans certains cas, le salaire net de l'interne, primes, astreintes et gardes incluses, rapporté au nombre d'heures effectuées, peut être inférieur au SMIC horaire : la rémunération – faible - des astreintes et gardes ne compensant pas l'excédent d'heures (T2).

L'excès de travail n'est pas non plus compensé par le nombre de jours de vacances ; l'interne a le droit à 5 semaines (30 jours ouvrés) de vacances par an.

En cas de dépassement du temps de travail prévu par semaine sur un trimestre, la récupération sur le trimestre suivant est théoriquement préconisée, s'il s'agit du

premier trimestre du stage. S'il s'agit du deuxième trimestre du stage, aucune compensation n'est prévue.

- Un droit du travail négligé, voire ouvertement méprisé

“Le samedi qui finit à 15h, la récupération du jour d'astreinte jamais on l'a eu hein. Pourtant la secrétaire sur son bureau elle l'avait le document qui disait qu'on devait récupérer les jours d'astreintes. Elle l'avait, elle le savait que la fac nous autorisait à récupérer les journées d'astreintes sur notre temps de travail. Jamais ça a été appliqué, et on l'a demandé et jamais ça a été appliqué.” (E3)

Le droit du travail est très peu appliqué. Avoir un emploi du temps qui prévoit de respecter le temps de travail de 48h par semaine est considéré comme un privilège par les internes de notre étude.

D'après nos données, même en prévoyant une amplitude de travail de 48h par semaine, le temps de travail effectif les dépasse généralement. En effet le temps de travail initialement prévu ne prend généralement pas en compte l'éventualité d'événements imprévus (absence d'un interne notamment), ni des événements prévisibles (surcharge de travail ponctuelle, plus ou moins fréquente, faisant quitter l'interne plus tard son poste de travail). Bien souvent, même des éléments normaux de fonctionnement du service n'y sont pas décomptés (temps de transmissions médicales non compris dans le décompte du temps de travail, vacances des internes non prises en compte, ...).

Dans le calcul du temps de travail lissé sur l'ensemble du stage, les semaines de congé annuel sont parfois considérées comme des semaines de « 0 heures », ce qui revient en pratique à les comptabiliser non pas comme des congés mais comme des semaines non travaillées à rattraper. C'est une pratique considérée comme normale y compris par des internes qui sont représentants syndicaux, ce qui dénote l'ampleur de la méconnaissance par les internes de leur propre droit.

Le décompte réel du temps de travail ouvrant lieu à compensation est considéré comme quelque chose d'exceptionnel, très inhabituel, par les internes participant à l'étude.

Les internes rapportent des situations où le droit du travail est sciemment bafoué, malgré les rappels à l'ordre de l'université et les demandes des internes.

- Peu d'avantages liés au statut d'interne

D'après nos données, l'interne ne bénéficie généralement pas des avantages liés à la fonction hospitalière. Les jeunes parents n'ont par exemple pas accès aux places en crèche.

L'interne n'est pas non plus considéré comme un étudiant prioritaire par le CROUS, au vu de son statut d'étudiant rémunéré.

Enfin, l'accès au logement en internat est bien moins fréquent en Ile-de-France que dans les autres régions.

d) Des administrations multiples et défaillantes

*“J'avais contacté l'ARS, j'avais contacté le DMG, j'avais contacté plein de monde, pour savoir comment ça se passait [...] Au final c'était vraiment pas compliqué mais [...] personne ne sait, personne ne te dis quoi, tu tâtonnes.
[...] La fac a du mal à donner des infos, l'ARS t'en donne pas et te renvoie à ta fac ” (E7)*

L'interne de médecine générale d'Ile-de-France dépend sur le plan administratif à la fois de l'ARS, de la coordination du DES de médecine générale, du DMG de son université de rattachement, du bureau des internes, et du bureau des affaires médicales de son hôpital de rattachement en cas de stage hospitalier.

Des internes soulignent que ces structures sont mal coordonnées, ce qui crée un imbroglio administratif.

Les démarches administratives en sont d'autant plus complexes ; des internes décrivent des démarches lourdes, nécessitant de fournir des justificatifs redondants, et requérant parfois le recours à des spécialistes difficiles d'accès sans que cela semble justifié par leurs compétences spécifiques (par exemple médecin thésé intra-hospitalier pour certifier qu'une interne est enceinte (E7) ...).

Au moins jusqu'en 2019, aucun suivi global du déroulé de l'internat des internes de médecine générale d'Île-de-France n'était assuré.

Ainsi, lors de la crise du choix de stage en automne 2019, l'ARS et les coordinateurs du DES d'Ile-de-France ont déclaré ne pas savoir combien d'internes avaient validé quel type de stage, alors que les internes s'inquiétaient pour la validation du stage de santé de la femme (T14). De plus, ils ont également dit être dans l'impossibilité de contacter l'ensemble des internes de médecine générale appelés au choix, n'ayant pas l'ensemble des coordonnées électroniques des internes, et ont demandé aux internes de relayer les informations concernant l'annulation du choix de stage et la tenue d'un deuxième choix de stage à leurs collègues.

Depuis, les choix de stage ont été informatisés, ce qui peut faire espérer une amélioration quant aux possibilités de suivi du déroulé de l'internat, mais pose

également des nouveaux problèmes, notamment en ôtant une occasion de réunion des internes.

4. Organisation du travail : une mauvaise gestion des ressources

- a) Organisation de l'internat : Des pénuries d'internes structurelles et non compensées

“En fait, concrètement, on s'est retrouvés dans cette difficulté là parce qu'il y avait 4 postes non pourvus, sur 6 postes et du coup bah on a fait le travail des 6 en étant 2 (E3)”

Le choix de stage comporte réglementairement un excès de poste, afin que les derniers au choix de stage puissent choisir entre plusieurs postes².

La conséquence automatique de cet excès de poste est que certains postes sont non pourvus : soit le service n'a aucun interne ; soit il y a des internes en nombre inférieur à celui prévu, et donc généralement en sous-effectif.

D'après nos données, ce sous-effectif peut être difficilement anticipable, certains services étant choisis ou non de façon très variable selon les semestres. De plus, le choix de stage ayant lieu peu avant le début du stage (fréquemment moins d'un mois avant le début du stage), il y a peu de temps pour l'adaptation éventuelle du service au sous-nombre constaté d'internes.

Et ce, alors même que les internes sont le plus souvent indispensables au bon fonctionnement du service.

Dans notre étude, le sous-effectif résultant des postes non pourvus lors du choix de stage est décrit dans certaines situations comme la principale cause des difficultés en stage.

- b) Pénurie d'internes : peu de mécanismes de compensation

“Un truc que je trouve vachement choquant dans le système hospitalier, c'est que lorsqu'il y a pas assez d'infirmières pour faire tourner le service on ferme des lits, lorsqu'il y a pas assez de médecins pour faire tourner le service, et bah c'est pas grave, on continue avec le même nombre de lits, internes ou pas internes. Y a eu aucune adaptation du nombre de lits par rapport au fait qu'on

² Arrêté du 20 février 2015 fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000030263147>, consulté le 18/10/2022

était en sous nombre, zéro. [...] Rien. Nada. On devait être 6, on a été 2 et on a été 2. ” (E3)

“ On a eu 2 arrêts de travail, donc on a un chef qui pour le coup est adorable [...] il a fait sauter une vac' de façon à ce qu'on ait moins besoin, qu'on se tape pas à reprendre les créneaux de nos 2 co-interne qui étaient en arrêts, mais ça a été des changements de planning à répétition et ça ça a été épuisant. [...] Là ce mois d'août où j'ai enchaîné 21 jours. [...] Ils ont aussi embauché une FFI, on a mis du temps à l'avoir mais on l'a eu, sans elle je ne sais pas comment on aurait fait ce mois d'août” (E6)

Nos données soulignent que le sous-effectif d'internes, qu'il soit lié à des postes non pourvus ou des internes absents (arrêt de travail...), entraîne une surcharge de travail pour les autres internes. Des mécanismes de compensation existent : diminution de la charge de travail attribuée aux internes ou embauche de FFI; mais ils ne sont pas toujours appliqués, ou applicables.

En cas de travail posté (aux urgences, par exemple), les plages horaires à couvrir par les internes sont parfois diminuées (entraînant soit une baisse des effectifs sur cette plage, soit un report sur les médecins séniors). En cas de travail non posté, travail en hospitalisation notamment, la diminution de la charge de travail est plus complexe ; il s'agit de reporter des tâches sur d'autres, le nombre de lits n'étant pas adapté au nombre d'internes.

Dans les cas rapportés, la diminution de la charge de travail des internes a augmenté la charge de travail des médecins séniors, eux-mêmes déjà débordés du fait de la crise du système de santé.

Une autre possibilité pour pallier le manque d'interne est l'embauche de FFI, généralement des médecins étrangers ; si le budget le permet, et si le service arrive à recruter.

En outre, l'adaptation d'un service face à une pénurie d'interne semble limitée par sa capacité à estimer son besoin d'internes - combien d'internes sont réellement nécessaires pour “faire tourner” le service ? - et à réorganiser efficacement les internes en poste, c'est-à-dire par la faiblesse du management au sein des services.

L'adaptation du service - diminution de la charge de travail, embauche - à la suite d'un arrêt de travail d'un interne, a été décrite par une interne comme une faveur, quand bien même les internes dépassent largement le temps de travail légalement prévu.

Dans notre étude, la norme implicite est que les internes sont collectivement responsables de leur charge de travail, et qu'il est normal qu'ils compensent l'absence d'un collègue.

- c) Management au sein des services hospitaliers : généralement faible, en grande partie délégué aux internes eux-mêmes

“Ils nous ont dit débrouillez-vous avec votre planning, et en fait ça je trouve ça très compliqué qu'il n'y ait pas quelqu'un qui soit en dehors du groupe d'internes qui gère le planning, parce que du coup de la chose est complètement - n'est pas impartiale, c'est pas, la justice ne peut pas être respectée” (E2)

Dans notre étude, l'organisation de la répartition des internes au sein du service, et de leur emploi du temps, est fréquemment laissée aux internes eux-mêmes, parfois sans même validation par un référent.

Le management des internes est au mieux une tâche annexe d'un chef (soit directement du chef de service, soit d'un chef nommé responsable des internes). Celui-ci est rarement formé au management, généralement débordé par ailleurs, parfois peu ou pas légitime en tant que manager vis-à-vis des autres séniors. Parfois, il n'y a aucun contrôle, ni interlocuteur possible, le chef de service n'étant pas impliqué dans l'organisation du travail des internes et aucun responsable n'ayant été désigné.

Cette situation est propice aux conflits entre internes, aux déséquilibres dans l'emploi du temps et aux dénis de droits, l'organisation résultant de l'équilibre de force entre internes. Ceci fait que même dans un stage où la charge de travail globale est correcte, certains internes peuvent souffrir d'une surcharge de travail. L'ambiance peut également en souffrir, rajoutant au mal-être de l'interne.

L'adaptation de l'emploi du temps face aux absences prévues (notamment aux cours) et imprévues est particulièrement source de tensions et d'inégalités.

Les internes sont considérés individuellement et collectivement responsable de leur emploi du temps. La charge de travail afférente à la réalisation initiale de l'emploi du temps et à son adaptation n'est jamais considérée comme du travail réel. En cas de signe de surmenage, il est fréquemment reproché à l'interne d'avoir mal géré sa charge de travail.

5. La médecine générale : une spécialité pas comme les autres

- a) Une spécialité mal choisie et déconsidérée

“ Certains services qui te faisaient bien sentir que tu étais médecin généraliste et que tu étais pas sp[écialiste]” (E3)

“Surtout il m'a demandé ‘Qu'est-ce que tu aimes dans la médecine générale ?’, et bon je sais pas si toi tu voulais être médecin généraliste mais moi c'est pas ce que je voulais, je voulais être

*gynéco-obst', donc euh, sachant que j'ai redoublé [la D4] pour ça, je
l'avais un peu mauvaise [...]
L'autre qui me dit 'ouais vous n'êtes pas fait pour être médecin
généraliste', dans ma tête j'ai envie de lui dire 'bah oui effectivement
je suis pas faite, mais malheureusement j'ai pas eu le choix'" (E10)*

La médecine générale est une spécialité globalement mal choisie aux ECN.
Elle est déconsidérée par certains.

Les internes de médecine générale de notre étude, rapportent qu'ils sont parfois traités comme des internes inférieurs au internes de spécialité.

De plus, certains internes de médecine générale disent avoir choisi cette spécialité par défaut, faute de pouvoir accéder à une autre, parfois avec dépit.
Une interne dans cette situation souligne la gêne engendrée par le fait que le projet professionnel de l'interne est souvent questionné et mis en avant et ce parfois dès le début de l'internat - on lui a demandé comment elle se projetait dans un futur métier qu'elle n'avait pas choisi, et elle s'est sentie mal jugée à cause de sa réponse

b) Stages en ville : des enjeux particuliers

*"Je trouve ça dur le stage chez le prat', on est vraiment seuls et tout.
On n'a pas le regard du co-interne, sur la situation, est ce que c'est
vraiment anormal, de se dire est-ce que j'exagère, ou est-ce que
c'est lui qui exagère, tu es un peu tout seul pour juger la situation"
(E9)*

D'après nos données, les stages en ville présentent des écueils différents de ceux des stages à l'hôpital.
Le respect du temps de travail est moins problématique, les stages en ville prévoyant généralement une journée fixe de formation par semaine, et pas de travail le week-end.

Des internes soulignent qu'en stage en ville, l'interne est souvent seul, avec un risque réel d'isolement ; la relation individuelle avec le maître de stage peut s'avérer conflictuelle, ou destructrice, sans que le regard d'un tiers, interne ou autre chef, permette de prendre du recul.

De plus, le stage de niveau 1 constitue une expérience nouvelle pour l'interne, qui n'a parfois jamais fait de stage en ville, et qui peut douter de son rôle d'interne en ville.

c) Pénuries de terrain de stage

“ Au final il était de mauvaise foi, en mode ‘oui, moi ça fait des années qu'on me harcèle pour que je sois maître de stage [...] donc voilà on fait de notre mieux, ils peuvent s'estimer heureux quand même, qu'on soit quand même maître de stage’ ” (E12)

Dans certains domaines, la pénurie de terrains de stage fait que la qualité des stages ne peut pas être assurée ; les maîtres de stages sont en position de force. Cela paraît être le cas pour les stages de santé de la femme, ainsi que pour les stages ambulatoires dans certaines facultés, notamment la faculté de Créteil.

Internes en difficulté, c'est-à-dire ?

Quelles difficultés pendant l'internat ? Comment un interne se retrouve-t-il “en difficulté” ?

1. Quelles difficultés ? Diversité des situations

a) Doit-on être heureux en stage ? Des difficultés ordinaires à l'interne en difficulté

“ Je ne sais pas si on doit être heureux en stage ” (notes autour E2)

“ Tout le monde a eu moins un stage où il ou elle a présenté des difficultés, mais est-ce que c'est des difficultés ? ” (E4)

Comme vu plus haut, d'après nos données, l'internat est notoirement difficile, et rencontrer des difficultés est la norme.

D'après nos données, des difficultés ordinaires à l'interne en difficulté, il y a un continuum de situations, plus ou moins difficiles à vivre pour l'interne, et plus ou moins délétères pour le déroulé de son internat. Il est parfois difficile de savoir où situer la limite, du banal à l'inacceptable.

Un arrêt de travail pour épuisement peut marquer une rupture, un point de bascule. Mais s'il n'y pas, ou pas encore, nécessité d'un arrêt de travail, ou que celui-ci est refusé par l'interne ? Doit-on être heureux en stage ? Quand est-il légitime de tirer la sonnette d'alarme ? Pourquoi me plaindre alors que les autres internes que je connais sont dans des situations similaires, ou pires ?

Cette question m'a été fréquemment posée lors de la thèse : "quand tu parles d'internes en difficulté, de quoi parles-tu" ? C'est quoi, des "difficultés" ? Sans trancher la question, je me suis intéressée aux situations où l'interne a reçu de l'aide, ou en aurait eu besoin.

| | |
|--|---|
| <u>Difficultés :</u> Supportables Fréquentes / banales Formatrices / forgent le caractère | <u>Symptômes :</u> Intervention nécessaire Souffrance psychologique, épuisement Carence en formation |
| Difficultés ordinaires | Internes en difficulté |

Figure 1 : Des difficultés ordinaires à l'interne en difficulté

b) Des difficultés de tout ordre

Les difficultés personnelles, qu'elles soient d'ordre familial, conjugal, médical et/ou psychologique, ne peuvent entièrement être détachées du statut de l'interne.

D'une part, parce qu'elles peuvent impacter la capacité de l'interne à remplir son rôle (en stage comme vis-à-vis de l'université), nécessiter des aménagements.

D'autre part, parce que les contraintes de l'internat, tout comme la culture médico-hospitalière, impactent la façon dont l'interne va pouvoir prendre en charge ses difficultés. Ainsi, dans le domaine de la santé mentale, le tabou et les moqueries autour de la psychiatrie peuvent dissuader l'interne de chercher de l'aide. Pour l'ensemble des soins, les contraintes horaires et financières peuvent rendre l'accès au soin difficile.

Les difficultés universitaires peuvent concerner des absences en cours, la difficulté à réaliser et rendre de façon ponctuelle les travaux demandés (traces d'apprentissage, notamment), et les difficultés rencontrées dans la réalisation de la thèse, de l'acceptation du sujet de thèse à la soutenance.

Par manque de recul, devant le risque de conflits d'intérêt, et la nécessité de cibler mon travail de recherche, je n'ai pas exploré les difficultés universitaires dans ce travail.

Enfin, l'interne peut rencontrer des difficultés directement liées au stage ; ces difficultés peuvent être aggravées par des difficultés personnelles ou amoindries par un contexte personnel favorable, sans que le contexte personnel soit l'élément

prédominant. Ce sont ces difficultés que j'ai étudiées plus en détail et, que je développerai dans un paragraphe dédié.

Les internes peuvent rencontrer des difficultés touchant tous les champs de la vie : des difficultés personnelles, des difficultés universitaires, des difficultés en stage, des difficultés administratives liées au statut d'interne.

Un cas particulier qui illustre comment l'ensemble des difficultés peuvent se recouper est celui de la parentalité, et notamment de la maternité. Cet événement est d'ordre personnel, mais nécessite des aménagements en stage, et dans le parcours universitaire, et est particulièrement impacté par le contexte de l'internat. J'ai choisi d'y consacrer également un paragraphe ; même si les données recueillies sur le sujet ne sont pas suffisantes pour être exhaustives.

c) Au-delà de l'interne en difficulté : autres situations de difficultés pendant l'internat

- L'interne lanceur d'alerte

Dans un stage, une interne est confrontée à de graves déficiences de l'encadrement. Elle est inquiète pour la sécurité des soins, tant pour les patients que pour les internes, qui sont confrontés à des responsabilités trop importantes, et au risque de commettre des erreurs par manque d'encadrement. Elle alerte un syndicat d'internes et le stage est fermé au semestre suivant. Ses co-internes diront après coup *“on n'avait pas bien conscience du danger dans lequel on se mettait et on mettait les patients”* (E9).

L'interne elle-même n'avait pas rencontré de difficultés saillantes, seulement souffert du manque d'encadrement, avec le *“sentiment diffus”* du danger ; et avait été alertée par une situation difficile vécue par d'autres internes.

Dans cette situation, l'interne n'est pas en difficulté ; elle agit devant une situation anormale pour signaler cette situation et protéger les futurs internes. C'est une attitude que je qualifie de *“lanceur d'alerte”*.

- L'interne qui 'pose problème'

“Il ne vient pas certains jours sans prévenir, il a des lacunes, et surtout, quand il ne sait pas quelque chose, il ne sait pas à qui demander” (T3)

“On discute d'un ancien interne qui avait posé problème : il avait un comportement inadapté.

. Par exemple, [une médecin] raconte qu'une fois, une de ses patientes lui racontait en consultation que sa sœur avait une leucémie, et il s'était mis à rire. [...]

‘Il avait un comportement d’adolescent immature’, dit l’un. ‘Je crois qu’il ne faisait pas exprès’ dit l’autre” (T1)

Certains internes posent problème par leur comportement : absentéisme, bizarreries, manque de savoir-vivre, non-respect des codes tacites, ou par leurs lacunes en termes de connaissances médicales. Ils mettent alors d’autres en difficulté : maître de stage, co-internes, ... Ce sont eux à qui ils ‘posent problème’.

Les internes qui posent problème aux autres peuvent être également en difficulté. Les difficultés rencontrées par l’interne peuvent être (en partie) la cause des problèmes en stage.

Ou alors, l’interne peut se rendre compte de ses lacunes et en souffrir. Ou encore, l’interne peut ne pas se rendre compte que son comportement est jugé inadapté, et souffrir des réactions négatives à son encontre qu’il ne comprend pas. L’interne peut aussi se retrouver en difficultés à cause des mesures prises à son encontre (invalidation de stage, par exemple).

D’après notre étude, il est important de souligner qu’interne en difficulté et interne qui pose problème sont des sujets distincts : de très nombreux internes sont en difficulté alors même qu’ils ne posent pas problème.

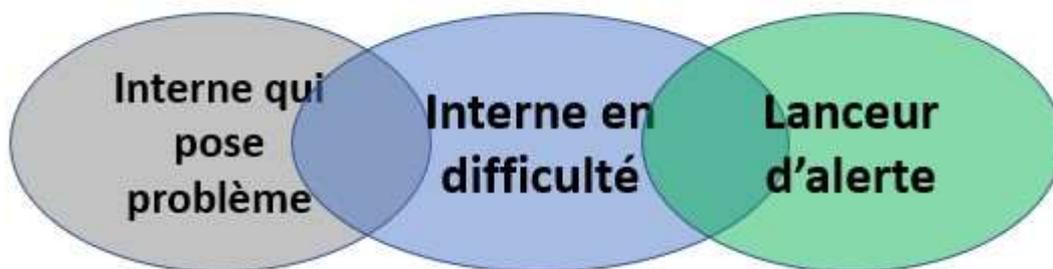


Figure 2 : Interne en difficulté et problématiques connexes : interne qui pose problème, lanceur d’alerte

2. Maternité et parentalité de l’interne : des difficultés particulières

a) Un parcours administratif complexe et opaque

“ Quand tu leur annonces que tu es enceinte et interne, ils ont l’air de tomber des nues, genre t’es la première au monde à qui ça arrive, donc les infos... tu as l’impression que tu vas défricher le terrain inconnu quoi ! (E7)

La grossesse ouvre le droit à être en surnombre pour les stages. De plus, depuis mai 2016, les stages non validés pour cause de maternité sont décomptés dans l'ancienneté, notamment pour le choix de stage (Décret n° 2016-675 du 25 mai 2016).

Ces aménagements légaux salutaires sont portés par le système administratif complexe et opaque qui régit l'internat de médecine générale en Île-de-France, ce qui peut rendre le parcours de l'interne enceinte lourd et stressant.

L'interne peut être confrontée à des difficultés pour savoir à qui adresser quel papier, à des demandes de certificats multiples et redondants, à la nécessité de plusieurs relances pour voir la demande aboutir ...

Le manque d'information peut amener certaines internes à ne pas demander un stage en surnombre alors même qu'elles pourraient en bénéficier, notamment en cas de grossesse découverte peu de temps avant le choix de stage. Sur ce point, l'information délivrée par le site de l'ARS a évolué de façon positive récemment : mention d'un délai de 15 jours minimum avant la date des choix, "un délai pouvant être accordé en cas de grossesse", alors qu'il était mentionné auparavant d'une date butoir bien plus précoce (fausse dans les faits).

Par la suite, l'interne peut rencontrer des difficultés pour anticiper les choix de stage, en l'absence d'informations claires sur le calcul du rang de classement.

Les départements de médecine générale fonctionnent pour leur part de façon indépendante à la demande de surnombre : l'aménagement en cas de grossesse semble discuté au cas par cas, de façon opaque.

b) Une charge de travail difficilement compatible avec une parentalité épanouie

- Autour de la naissance : la protection partielle du stage en surnombre

"J'étais en surnombre non validant, donc en théorie je comptais pas hein [...] Mais mes co-internes m'ont rappelé en disant 'bon, on sait que c'est la fin de ton congé mat', on veut pas du tout te mettre la pression mais voilà nous on n'en peut plus, euh si tu peux venir nous aider [...] pour que nous on puisse souffler un peu" (E7)

Pendant la grossesse, et lors de la reprise après le congé maternité, l'interne maman peut être en stage en surnombre. Cela est maintenant également possible pour l'interne papa ou futur papa (ou le ou la conjoint(e) de la maman), qui peut être en surnombre pendant le stage durant lequel il prendra son congé paternité (ou d'accueil de l'enfant).

Le surnombre permet normalement des horaires allégés.

Dans des situations de pénurie d'internes, le surnombre peut être utilisé pour pallier le manque d'interne.

L'interne peut être alors être contraint de faire plus qu'il ne le voulait, à cause de la pression des collègues, par solidarité ...

- Hors surnombre : la tension entre le rôle d'interne et celui de parent

*“Les journées sont longues - je me souviens avoir fini à plusieurs reprises après 20h, voire 21h ... [...] Ma fille ne dort plus la nuit, et se met à pleurer beaucoup plus qu'avant... Je culpabilise, me disant que c'est à cause de mes absences.
Je culpabilise aussi en stage, me disant que ma vie privée ne devrait pas influencer sur le stage” (T13)*

Les horaires souvent chargés de l'internat, auxquels s'ajoutent l'éloignement des stages, laissent peu de temps à l'interne pour prendre soin de son enfant.

Il n'y a pas de possibilités d'aménagement ; aucune possibilité de temps partiel notamment, à l'inverse de ce qui est prévu par la loi tant pour les fonctionnaires (23) que dans le privé (24).

Dans plusieurs situations étudiées, sur le plan symbolique, l'interne est tenaillé entre sa responsabilité d'interne et celle de parent. La norme implicite de l'internat est de faire passer l'internat avant sa vie privée ; celle du rôle de parent (et a fortiori de mère) de faire passer son enfant avant tout ...

c) Le problème du mode de garde

D'après nos données, les internes en médecine ne sont pas prioritaires pour accéder à une place en crèche hospitalière - car membres non permanents du personnel. En cas de stage chez le praticien ou de stage dans un hôpital dépourvu de crèche, c'est encore plus compliqué - à notre connaissance, ils n'y ont tout simplement pas accès. Ils ne sont généralement pas considérés prioritaires pour les crèches municipales non plus.

Opter pour un mode de garde privé (assistante maternelle ou garde d'enfant à domicile) est également compliqué. Le nombre d'heures de garde requis peut être très élevé ; certains internes doivent cumuler plusieurs gardes d'enfant pour couvrir leurs horaires. De plus, dans certains cas (assistante maternelle notamment), en cas de dépassement d'un plafond journalier, l'employeur n'a plus le droit aux aides de l'état et le coût de la garde passe du simple au double, dépassant les capacités financières d'un interne...

Ainsi, d'après notre étude, les internes parents font les frais de leur temps de travail hors normes.

La difficulté pour faire garder son enfant est un problème réel.

Une interne m'a témoigné avoir renoncé à avoir un enfant pendant l'internat à cause de cela.

d) Choisir d'avoir un enfant, un défaut de solidarité ?

“Le tout premier jour de mon premier semestre, [une co-interne de 5e semestre] nous a dit, que lors des semestres précédents, ses co-internes et elle s'était mises d'accord pour qu'aucune d'entre elles ne tombe enceinte, vu que ça reporterait la charge de travail, notamment des gardes, sur les autres.” (T9)

Face aux internes enceintes, et aux internes parents, l'attitude est variable. Certains internes, certains chefs, adoptent une posture solidaire, protectrice.

Cette attitude, plutôt rencontrée chez les chefs, est limitée par la faiblesse du management : l'adaptation de la charge de travail n'est pas perçue comme la responsabilité du chef...

D'autres considèrent que le choix d'être parent relevant de la vie privée, la parentalité ne doit pas influencer sur le travail en stage - hors surnombre qui est une disposition favorable à l'ensemble des internes. En outre, la parentalité, et surtout la grossesse, peuvent être perçues comme un choix égoïste, un manquement au devoir de solidarité entre internes, car l'interne se met volontairement en situation d'en faire moins. L'interne enceinte a le droit de ne pas effectuer de garde à partir du troisième mois de grossesse ; ce droit peut être perçu comme une corvée injuste pour ses collègues qui doivent reprendre les gardes, et ce, d'autant plus que leur charge de travail est déjà élevée.

3. Souffrance en stage

a) Principaux facteurs de souffrance : charge de travail, contenu du travail, et relations humaines

Les situations de souffrance en stage que nous avons explorées sont décrites comme liées à une charge de travail excessive, et/ou un travail inintéressant, non formateur et/ou éthiquement discutable, et/ou des conflits ou du harcèlement au travail.

Selon les situations, ces facteurs peuvent être tous présents, ou un seul ; cela ne présume pas de la gravité de la situation.

- Excès de travail : Charge de travail ou le poids du travail

“ Je finissais à 22h, je rentrais chez moi à 23h, je repartais le matin en plus on commençait tôt, il fallait qu’à 6h je sais pas combien je sois levé, parti à 7h pour arriver à 8h” (E1)

Dans notre étude, une charge excessive de travail est un facteur majeur de souffrance au travail.

Dans cette charge de travail, ou poids du travail, se distinguent plusieurs composantes :

- La quantité de travail à effectuer, qui détermine la densité du travail, et parfois les horaires de travail
 - Le volume de travail : horaires de travail, nombre de jours travaillés hebdomadaires, auxquels s’ajoutent les temps de transport
 - L’équilibre entre temps de travail et temps de repos : nombre d’heures travaillées sans repos (garde de 24h, voire plus si non-respect du repos de garde), nombre de jours de travail d’affilée sans jour de repos (non-respect du repos hebdomadaire ...), nombre de jour de congés
 - La prévisibilité : connaissance de l’emploi du temps en amont, rares modifications de l’emploi du temps
 - La pénibilité : travail dans le bruit, sollicitations incessantes
- Contenu du travail : le terrain de stage, et le rôle de l’interne en stage, lui permettent-ils d’apprendre, de se sentir utile et de participer au juste soin ?

“Elle appelait son siège de consultation le siège éjectable [...]. Elle avait besoin d’argent mais le fait de consulter toutes les dix minutes moi j’ai trouvé ça vraiment extrêmement choquant, et du coup au niveau humain, la relation humaine y avait rien, y avait des antibiotiques prescrits à tire-larigot, en plus c’était en plein hiver c’était vraiment euh, vraiment pas intéressant” (E2)

“Vraiment il a cru que j’étais en stage d’observation [...]. J’avais l’impression d’être, de servir à rien, d’être une plante verte [...] J’ai repris des gardes à [service d’urgence où elle a fait son premier semestre], je me suis dit ‘J’ai plus appris en 24h qu’en 6 mois de stage’, parce que, même si on est très bien encadré, j’ai été confrontée à des difficultés, j’ai réfléchi, ...” (E12)

Le contenu du travail est déterminé à la fois par le terrain de stage et par le rôle de l’interne.

La qualité du terrain de stage est fondée sur la variété et l'intérêt pour un futur généraliste des situations et pathologies rencontrées, la qualité de la prise en charge médicale des patients, la qualité de l'encadrement de l'interne, la pédagogie du ou des maîtres de stage.

L'interne a en stage un rôle variable. Cela va de l'absence complète d'autonomie à l'excès de responsabilités. Des tâches sans intérêt peuvent lui être allouées : *"paperasse administrative"* (E2), demandes d'avis inutiles (E1) ...

L'apprentissage en stage se fait sur les plans technique, humain, et éthique. Parfois, loin d'apprendre sur le plan éthique, l'interne est confronté à des conflits éthiques : désaccord profond entre la pratique qui lui est demandée en stage et ses valeurs.

Face à une *"mauvaise pratique médicale"* : pratique médicale obsolète, non respectueuse des patients, guidée par l'intérêt pécunier ou par la crainte d'une éventuelle poursuite judiciaire (médecine défensive), l'interne souffre à la fois de ne rien apprendre, voire de mal apprendre ou de régresser, et de participer à une pratique médicale qu'il désapprouve ; son travail perd son sens.

L'interne peut également être témoin de pratiques discriminatoires, sources de conflits éthiques, d'autant qu'en tant que stagiaire, il peut lui être difficile de remettre en cause la pratique qu'il observe.

Réfléchir par soi-même et prendre des décisions sont des éléments essentiels de l'apprentissage en stage. Quand l'interne n'a aucune autonomie en stage, situation principalement rencontrée en stage de niveau 1 chez le praticien, il souffre de n'apprendre que très peu. De plus, il peut se sentir inutile, et non reconnu comme médecin.

Ce sentiment de manque de reconnaissance, et de perte de sens, est également rencontré face à des tâches rébarbatives, car plus administratives que médicales, ou jugées futiles par l'interne, à l'hôpital comme en ville.

Enfin, un encadrement insuffisant en stage, un excès de responsabilité ou une surcharge de travail, peuvent également porter atteinte au bien-être de l'interne en diminuant son sentiment de bienfaisance : en travaillant au-delà de ses compétences, il est confronté au risque d'erreur médicale ; épuisé, débordé ou déboussolé, il ne peut plus *"bien faire"*, et est confronté à ses propres manquements à l'éthique.

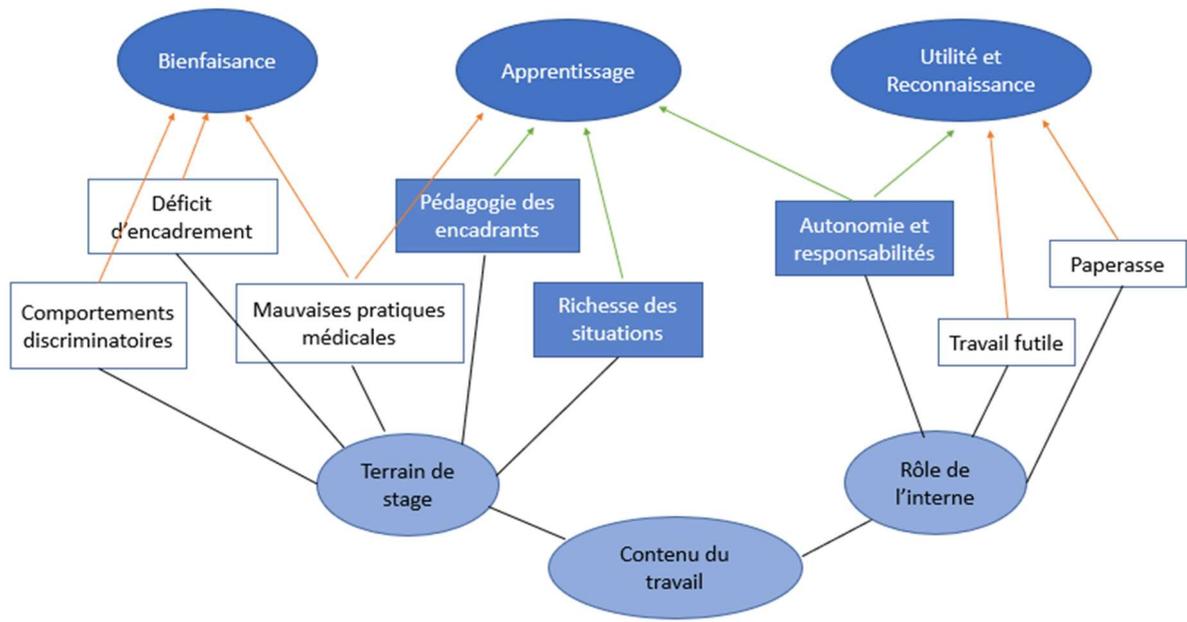


Figure 3 : Contenu du travail : facteurs influençant le bien-être au travail

- Relations humaines : conflits, harcèlement

“Des réflexions, des réflexions mais tout le temps sur euh, sur ‘bah c’est pas comme ça qu’on fait’, ‘tu connais pas ça’ mais devant les patients quoi’ [...] et il en rajoute des couches et des couches devant les patients, fin genre plusieurs fois j’ai failli chialer en consult’, parce que, bah il le dit pas une fois, il le dit, ‘ah bah oui, bah en plus t’es censée être plus forte, t’as passé l’ECN l’année dernière, t’es censée mieux te rappeler que moi’, et il le dit 5 ou 6 fois quoi, alors que les patients sont toujours là, fin il m’enfoncé à mort” (E11)

Les situations de conflits, entre pairs, avec des collègues ou avec des supérieurs hiérarchiques, peuvent être source de tension en stage. La gestion des désaccords médicaux notamment est une situation délicate, potentiellement source de souffrance, notamment si l’avis du chef est imposé sans dialogue, ou de conflits, si l’interne s’oppose à l’autorité du chef.

La situation est particulièrement compliquée en cas de conflit entre l’interne et son maître de stage en ville, en raison de la forte proximité imposée par le contexte du stage.

Au-delà de simples conflits, des situations de harcèlement moral sont décrites par des internes, sans que ceux-ci sachent toujours reconnaître qu’il s’agit de harcèlement - cela peut être considéré simplement comme une forme de management ou de pédagogie agressive, ou des remarques déplacées.

L'interne subit remarques à répétition, souvent humiliantes, moqueries, marques de mépris, rabaissement, infantilisation, cris ... L'auteur principal du harcèlement est généralement un médecin chef, auquel peuvent s'ajouter d'autres médecins chefs, ou des membres de l'équipe paramédicale : infirmiers, secrétaires. Cette situation se rencontre tant à l'hôpital qu'en ville (le harceleur étant alors le maître de stage). Parfois, ce sont les signes de fatigue, d'anxiété ou de souffrance morale de l'interne qui sont l'objet des moqueries ou des remarques, créant un cercle vicieux.

Des propos à connotation sexuelle peuvent participer à une situation de harcèlement moral ; il peut également y avoir des situations de harcèlement sexuel, avec ou sans harcèlement moral.

Les conflits avec les patients peuvent également être source de souffrance ; il peut y avoir des situations de violence verbale voire physique de la part des patients, ou de harcèlement de la part de patients. Ces situations sont d'autant plus violentes que l'encadrement de l'interne n'est pas protecteur.

b) Difficultés en stage : quelles souffrances ? quelles répercussions ?

“ Avec le recul, je ne sais pas comment j'ai fait pour tenir, je ne sais pas. Bah je tenais, les jours se passaient, et les jours se passaient quoi. Le jour se passait, je rentrais chez moi, je pleurais et le jour après il revenait” (E3)

“Je dormais très mal, je rêvais de ça, je faisais des rêves ... Ca retentissait on va dire sur ma vie, sur ma vie personnelle après même voilà, syndrome dépressif j'en sais rien. Voilà t'es pas, t'as pas envie d'aller en stage, tu vas en stage la boule au ventre, surtout une grosse remise en question sur la vocation : ' est-ce que je suis fait pour ça ? Je ferai pas mieux d'arrêter ? Je vais jamais y arriver' “ (E1)

Les internes rencontrant des difficultés en stage décrivent diversement leur souffrance. Beaucoup parlent de malaise, de frustration et de découragement. A cela peuvent s'ajouter de l'anxiété, un épuisement physique et moral. Des symptômes dépressifs peuvent apparaître, des idées noires. Beaucoup décrivent des crises de larmes ou des pleurs quotidiens, certains des insomnies et des cauchemars.

La souffrance en stage peut retentir sur le sentiment de compétence de l'interne et son estime de soi, ainsi que sur sa projection dans l'avenir comme médecin. Elle peut retentir sur la vie privée de l'interne.

La souffrance retentit sur le stage lui-même : baisse de motivation, et parfois froideur relationnelle avec les collègues ou les patients, lenteur à exécuter les tâches, risque accru d'erreur ...

Un **cercle vicieux** peut se mettre en place : l'interne épuisé augmente d'autant plus ses horaires de travail parce que l'épuisement le rend plus lent, majorant encore sa fatigue ; il réalise des erreurs, qui lui sont reprochées, majorant une situation de harcèlement moral et diminuant son estime de soi ; il est froid avec les patients ou ses collègues, ce qui lui est également reproché ; etc.

Enfin, les situations d'épuisement physique peuvent favoriser les blessures et autres lésions traumatologiques : fracture de fatigue, accidents divers...

La brièveté relative des stages - 6 mois, voire 3 mois pour les stages couplés - peut favoriser la sous-estimation de la situation, l'interne lui-même se disant que "ça va vite passer".

La souffrance en stage peut en effet s'amoinrir à l'approche du changement de stage et ne pas impacter les stages suivants, ou très peu. C'est généralement le cas si la souffrance est modérée, ou si une prise en charge adaptée est mise en place, et que les stages suivants sont des stages favorables à l'épanouissement de l'interne – ce qui n'est pas toujours le cas.

Les conséquences de la souffrance en stage peuvent s'étendre au-delà du stage. Dans notre étude, certains internes en arrêt de travail par suite d'un stage difficile n'arrivent pas à reprendre avant plusieurs mois ; d'autres finissent le stage dans un tel état d'épuisement qu'ils "craquent" et s'arrêtent durant le stage suivant.

Enfin, pour certains internes, un mauvais stage pourrait amorcer une remise en question professionnelle durable.

- c) Stages délétères : des situations toutes différentes, toutes reliées au contexte global de l'internat
 - La rencontre d'un terrain de stage défavorable, de circonstances particulières et d'individus

Les stages pourvoyeurs de souffrance dans notre étude sont la résultante d'éléments constitutifs du stage, de l'organisation du travail et d'éléments variables : comportements individuels, relations interindividuelles, nombre d'internes présents en stage, pénurie de médecins ou de paramédicaux.

Le terrain de stage peut être connu pour être défavorable : stage connu comme *“le pire de l’hôpital”* (E1), ou au contraire bénéficiant paradoxalement de très bonnes évaluations (E3, E5).

Des circonstances particulières peuvent provoquer la souffrance en stage, y compris dans des stages non ou peu pourvoyeurs de souffrance en temps habituel : sous-effectif d’internes (postes non pourvus, arrêt de travail pour toutes causes d’un ou plusieurs internes) en premier lieu ; événement exceptionnel tel la pandémie covid-19 ; ...

La méconnaissance de son rôle en tant qu’interne et du fonctionnement du lieu de stage favorise les situations de souffrance en stage, ainsi que la prise de responsabilité brutale. Le premier semestre d’internat est à ce titre particulièrement à risque. De même, le fait de ne pas avoir effectué de stage en ville pendant l’externat pourrait favoriser la souffrance en stage de ville pendant l’internat.

La sensibilité individuelle de l’interne peut être un facteur explicatif des situations de souffrance ; une situation de souffrance en stage ne peut cependant pas être expliquée uniquement par des facteurs individuels. Ces facteurs individuels ne sont pas tous négatifs : ainsi l’importance accordée à l’apprentissage en stage peut favoriser la souffrance dans un stage non formateur, bien toléré par d’autres car peu prenant. L’anxiété face à la prise de responsabilités favorise également l’émergence de situations de souffrance.

Des conflits inter-individuels peuvent également jouer un rôle décisif.

- Le management : un point clé de la bascule de difficultés ordinaires à la souffrance en stage

“On me le faisait remarquer, en plus ‘voilà, vous vous organisez pas’” (E1)

“En fait très vite, elle m’a totalement lâché dans la nature, c’est à dire que j’arrivais le matin et je savais même pas où je devais aller”
(E12)

| |
|--|
| Le management des internes semble jouer un rôle clé pour éviter ou provoquer la bascule d’une situation difficile à une situation de souffrance en stage. |
|--|

Tout d’abord, la gestion du temps de travail des internes est critique, notamment en situation de pénurie d’interne : temps de travail global des internes, répartition entre les internes, gestion des absences, etc.

Ensuite l’attribution de tâches et de responsabilités adaptées participe au bien-être de l’interne. Enfin la gestion des conflits, entre internes comme entre interne et sénior, et le repérage d’éventuelles situations de harcèlement est un point délicat.

Le management peut être délétère car excessif : exigences exagérées, management intrusif... Mais il peut également être délétère car insuffisant voire inexistant. Parfois,

l'absence totale d'encadrement fait que l'emploi du temps des internes devient très déséquilibré. Parfois, même les tâches attribuées à l'interne sont floues ; l'interne se sent "en trop" sur son lieu de stage.

Face à des difficultés débutantes, les enjeux du management sont de repérer ces difficultés, de ne pas les minimiser et de trouver des solutions adaptées. Un travers fréquemment rencontré est de rendre l'interne responsable de ses difficultés et de les lui reprocher ; majorant encore la surcharge mentale de l'interne, et minorant son sentiment de compétence.

- Contexte global de l'internat et facteurs de souffrance en stage

“L'interne est la variable d'ajustement de l'intégralité des dysfonctionnements de l'hôpital public, un vrai bonheur” (E3)

Le contexte particulier de l'internat favorise à beaucoup de titres la souffrance en stage.

Le manque de moyens du système de santé retentit sur toutes les dimensions du stage. Les internes peuvent directement souffrir de la surcharge de travail, ou indirectement des tensions créées par le manque de moyens, du manque de disponibilités des séniors pour un encadrement de qualité, du fait de participer à des soins de moindre qualité par manque de moyens...

Autre facteur majeur de surcharge de travail, le sous nombre d'internes est partiellement systémique - postes non pourvus -, et partiellement généré par la mise en arrêt de travail d'un ou plusieurs internes, pour motifs variés. La surcharge de travail qui en résulte est la conséquence de l'absence de système de remplacements des internes, et de l'absence d'adaptation de la charge de travail, de la faiblesse du management.

La surcharge de travail peut retentir sur la formation des internes : par manque de temps, les activités formatrices (staffs...) sont délaissées en faveur d'activités essentielles pour "faire tourner le service" mais moins formatrices (rédaction de compte-rendu...).

La judiciarisation de la médecine tend à augmenter la part de "paperasse" médicale (tenue du dossier médical ...) au détriment de la part de soin. La pratique d'une médecine défensive, tout comme d'une médecine à objectif de rentabilité financière, diminue la valeur pédagogique du stage, et le sens du travail effectué. A cela s'ajoute la pénurie de terrain de stage, rendant la suppression des terrains de stages délétères plus difficile.

La problématique du rôle de l'interne en stage, essentiel tant à l'apprentissage qu'au sentiment d'utilité de l'interne, est indissociable du statut bancal de l'interne, au rôle mal défini par essence.

Les désaccords médicaux entre chefs et internes sont des situations particulièrement à risque d'engendrer de la souffrance - du fait du statut bancal de l'interne, la gestion des désaccords varie selon les stages. L'autorité du chef peut être imposée sans dialogue (et parfois, à tort) ; le désaccord peut être traité comme une erreur de l'interne ; le dialogue peut tourner en conflit si le chef refuse que l'interne remette en cause son point de vue. Cette problématique complexe a été admirablement décrite par Multon dans son travail de thèse (25).

Enfin, les situations de harcèlement moral sont favorisées par la fragilité du statut de stagiaire, ainsi que par la forte culture hiérarchique, l'omerta autour de la souffrance des soignants, et par l'impunité du harcèlement moral dans le monde du soin et la stigmatisation de la souffrance psychique.

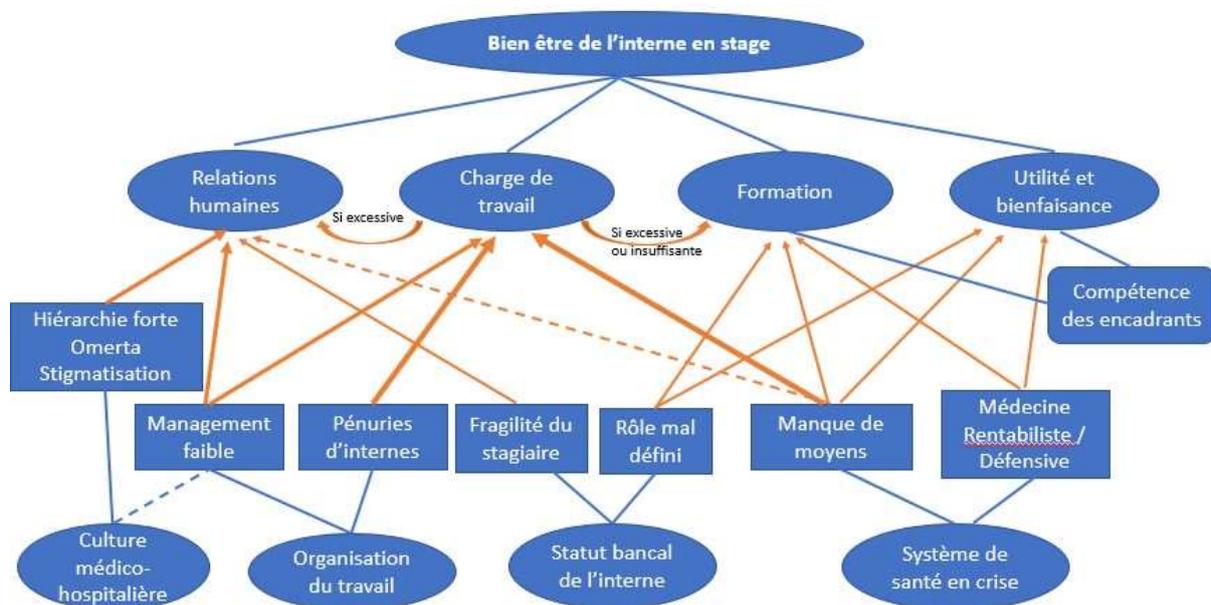


Figure 4 : Relations entre le contexte global de l'internat et les facteurs de souffrance en stage

d) Souffrance en stage : Facteurs atténuants

“Avec les patients c’est c’est c’est là où je me sentais le plus à l’aise tu vois ? Ça joue aussi, tu vois, si y a au moins un petit endroit, un petit espace où on se sent plus à l’aise “ (E1)

“Avec mes amies, on s’appelait pour se raconter. On se disait qu’on n’est pas toutes seules, que c’est pas nous le problème. Parce qu’à un moment je me suis demandée si ce n’était pas moi le problème. Heureusement, mon premier stage s’était très bien passé, j’avais eu un retour positif sur moi en tant qu’interne.” (E12)

Plusieurs éléments, en deçà d'un recours éventuel à l'aide, peuvent atténuer la souffrance liée à un stage défavorable.

Souvent, une partie du stage reste appréciable. En stage de ville, un bon terrain de stage couplé à un mauvais peut atténuer l'effet du mauvais stage. A l'hôpital, les gardes aux urgences peuvent constituer un terrain d'épanouissement pour l'interne quand le terrain de stage principal est asphyxiant ; ou encore, des relations agréables avec des collègues ou avec les patients.

La valeur formative du stage peut aider à supporter une charge de travail élevée et des relations humaines désagréables.

Le sentiment d'utilité peut aussi soutenir l'interne : ainsi, pendant la pandémie de covid, le caractère exceptionnel, presque héroïque, a pu aider les internes à affronter la première vague. Ce sentiment s'est estompé lors des vagues suivantes.

Des expériences antérieures positives, ainsi que la connaissance d'autres internes rencontrant des difficultés en stage, contribuent à éviter que l'interne ne développe un sentiment de culpabilité ou d'incompétence.

Enfin, la relative brièveté du stage est un facteur protecteur, à condition qu'il n'engendre pas la sous-estimation des difficultés de l'interne, et que les stages suivants soient favorables.

Quelle aide aux internes en difficulté ?

Au vu des facteurs systémiques, une réponse uniquement individuelle au problème semble insuffisante ; cependant, la souffrance causée par les difficultés en stage, et parfois les carences en termes de formation, justifient une prise en charge individuelle.

J'ai étudié ici, et je décris par la suite, les réponses face aux difficultés à titre individuel, dans des situations de difficultés personnelles ou liées au stage. N'ayant pas traité les difficultés universitaires, je ne traite pas l'aide spécifique à cette situation

1. Description de l'offre d'aide

a) Acteurs de l'aide

- Acteurs centraux

Les principaux acteurs intervenant dans l'aide aux internes en difficulté sont dans notre étude : le DMG (éventuellement via une structure dédiée), les syndicats, la médecine du travail et des structures internes aux hôpitaux (CVH par exemple).

Différents acteurs peuvent intervenir dans l'aide aux internes de médecine générale en difficultés.

Certains acteurs sont universitaires, spécifiques des études médicales. Le DMG de l'interne est une ressource clé dans les difficultés en stage de ville ; il peut également être un interlocuteur de choix dans d'autres situations. Au sein du DMG, le tuteur est généralement le premier interlocuteur de l'interne. Certains DMG ont en leur sein une cellule dédiée à l'aide des internes : c'est le cas notamment du groupe Soutien à l'Université Paris Cité.

A l'université Pierre et Marie Curie, les internes ont en théorie accès au BIPE (bureau interface professeur élève) - mais le BIPE est perçu comme étant "plutôt pour les externes" (E9).

Il existe également des ressources liées au lieux de stage. En cas de stage hospitalier : commission vie hospitalière notamment (et médecin d'unité dans les hôpitaux militaires). Une interne a évoqué une ligne d'écoute mise en place par l'APHP pour les internes en burn-out.

L'interne dépend également de la médecine du travail : médecine du travail interne à son hôpital, ou médecine du travail de l'APHP en cas de stage en ville.

L'interne peut se tourner vers les syndicats : ligne d'écoute du SOS-SIHP, directement auprès du SRP-IMG.

En théorie, l'interne a également accès à des ressources universitaires non spécifiques des études médicales : CROUS, médecine préventive universitaire, lignes d'écoute étudiantes ... Je n'ai recueilli aucun témoignage d'utilisation de ces ressources.

L'aide aux internes peut aussi faire intervenir des ressources personnelles à l'étudiant : médecin traitant (ou autre médecin généraliste), psychologue ou psychiatre consulté par l'interne à titre personnel.

Les acteurs de l'aide sont malheureusement trop peu en lien. Certains sont méconnus des internes : CVH, structures associatives hors syndicats. D'autres, bien que connus, ne sont pas des interlocuteurs naturels : la médecine du travail notamment.

De plus, les internes non syndiqués peuvent ne pas oser s'adresser aux syndicats. Les internes militaires n'ont pas le droit d'être syndiqués.

Le rôle propre de chaque acteur est mal défini ; l'accès à l'aide est en enjeu important.

- Acteurs de proximité

Dans les situations explorées par notre étude, des acteurs, sans être directement des acteurs de l'aide, jouent un rôle de repérage, de soutien informel et de relais, par leur proximité avec l'interne. Ce sont leurs premiers interlocuteurs.

Le tuteur de l'interne a un rôle clé ; les enseignants peuvent également jouer ce rôle. En stage, le maître de stage ou les médecins chefs, dont le chef de service, sont les acteurs clés.

b) Type d'aide

J'ai recensé divers types d'aide, qu'il s'agisse d'aide réellement reçue ou souhaitée par l'interne. Je les liste ici, et reviendrai en détail sur plusieurs d'entre eux par la suite.

- Ecoute et soutien

Dans notre étude, la première étape de l'aide décrite comme réussie a consisté à écouter l'interne en difficultés. Une écoute bienveillante, le fait de reconnaître le caractère anormal de la situation de l'interne et de proposer son soutien, a été en soit une aide pour l'interne en difficulté.

Il ne s'agit pas d'un soutien psychologique à proprement parler, mais du soutien délivré par un acteur de l'aide aux internes.

Ce soutien a eu d'autant plus d'impact qu'il s'est inscrit sur la durée, avec un suivi de l'interne.

Une interne aurait souhaité avoir la possibilité de recevoir du soutien par les pairs, en faisant se rencontrer des internes en difficultés, pour rompre l'isolement et le tabou. Je n'ai pas eu connaissance de situation où cela a été le cas (hors relations amicales préalables aux difficultés).

- Conseils

Des conseils sur l'attitude en stage, les relations avec les collègues, ou les patients ... peuvent également être une forme d'aide.

Ils peuvent être une aide utile. Ils sont souvent insuffisants, et trop souvent culpabilisants pour l'interne.

- Soutien psychologique, prise en charge psychiatrique

Certains internes ont besoin d'un soutien psychologique professionnel ou d'une prise en charge psychiatrique, qu'il s'agisse de difficultés d'ordre personnel ou liées au stage, ou les deux.

La difficulté d'accès aux soins psychologiques en ville : coût, manque de disponibilité du fait des horaires de l'internat et stigmatisation fait qu'il est pertinent de permettre aux internes d'accéder à des soins psychologiques dédiés.

- Arrêt de travail

Souvent associé à des soins psychologiques et/ou psychiatriques, l'arrêt de travail peut être nécessaire. Néanmoins, il est stigmatisant, peut aboutir à une invalidation de stage avec nécessité de refaire un stage complet (si arrêt de travail de plus de 2 mois notamment), et aggraver la situation sur le plan collectif. Pour ces deux raisons, un interne peut refuser un arrêt de travail alors même qu'il lui est proposé et qu'il lui serait bénéfique.

- Intervention auprès des responsables du stage

Une intervention auprès des responsables du stage peut avoir lieu, pour tenter de modifier les conditions du stage.

Cette intervention n'est pas toujours suffisante ; elle peut parfois s'avérer délétère.

Une interne aurait souhaité qu'une conciliation interne - maître de stage soit organisée dans une situation de conflit. Je n'ai pas eu connaissance de situation où cela a été le cas.

- Changement de terrain de stage

En cas de difficultés importantes en stage, un changement de terrain de stage a parfois été organisé : retrait du stage problématique, avec stage de remplacement.

En ville, le changement de stage peut être proposé ou décidé par le responsable au sein du DMG - sous réserve de pouvoir proposer un terrain de stage de remplacement qui soit favorable, et que le responsable des stages soit bienveillant envers les internes. Notre étude montre à ce titre une réelle disparité entre les différentes facultés.

A l'hôpital, une intervention sur le stage est théoriquement possible ; mais je n'ai en pratique eu connaissance d'aucune situation où cela a été le cas.

Plus exceptionnellement, un complément de stage peut être proposé, en cas de stage insuffisamment formateur et comportant un temps de travail excessivement réduit.

- Aide au choix de stage

Une interne souhaiterait qu'il y ait une aide au choix de stage pour les internes parents : priorité au choix de stage ; ou possibilité de choix de stage en surnombre étendue aux internes parents en dehors de la période périnatale. Cette aide n'existe pas à ce jour.

2. Accès à l'aide : un chemin semé d'embûche

a) Identifier les internes en difficultés

Un interne en difficultés n'est pas toujours un interne en demande d'aide. Comment sont identifiées les difficultés ?

- Favoriser la demande d'aide

“J'ai dans mon désespoir le plus total, envoyé un mail à la fac, disant que ça n'allait pas du tout” (E8)

L'interne en difficulté peut être conscient de son besoin d'aide et chercher des solutions, en exprimant directement son besoin d'aide.

L'interlocuteur privilégié dépend alors de la situation et de l'expérience de l'interne. Une relation de confiance va favoriser l'expression du besoin d'aide.

Un message général aux internes signalant la possibilité de contacter telle personne ou structure en cas de difficulté peut faciliter l'expression d'une demande d'aide.

- Prendre en compte les demandes d'aides informelles

“A un moment j'en avais parlé vaguement à mon tuteur, mais un peu à demi-mots, euh en disant que ça allait pas trop...” (E11)

Les internes interrogés ont souvent parlé de leurs difficultés à un acteur de proximité sans réellement solliciter d'aide, et sans tout dévoiler de la situation, “à demi-mots”.

La sollicitation informelle, « à demi-mots », « entre deux portes », d'un acteur de proximité, est fréquente.

L'interne qui doute du caractère anormal de sa situation ou de la possibilité d'une solution peut ainsi tester la réaction de l'interlocuteur ; de celle-ci va en partie dépendre le choix de réellement demander de l'aide, ou non.

C'est la démarche la moins coûteuse pour l'interne, qui sollicite quelqu'un avec qui il est en contact, et ne s'expose pas totalement, en voilant la réalité de la demande.

- Repérer les difficultés : devant des signes d'alerte

“Elle le voyait parce que j'avais fait, 'fin j'avais fait des crises de larmes en service à plusieurs reprises, en fait j'étais, 'fin elle le voyait que j'étais pas bien” (E4)

“Moi je pleurais dans le cabinet [...] et donc j'étais vraiment pas bien, mais pilote automatique, on voit les patients, et tout, et après c'est la fin de la journée, bah t'as ton prat, tu débriefes les consultations, ça dure 3/4h, 1h... Et aucun des 3 ne m'a jamais demandé comment j'allais” (E9)

Les difficultés rencontrées par l'interne peuvent être repérées par un acteur de proximité devant un interne épuisé, des crises de larmes ... Cela alors même qu'il n'y a pas de demande d'aide de la part de l'interne - bien qu'il en ait besoin. Les acteurs de proximité jouent alors un rôle important pour nommer le besoin d'aide.

Elles peuvent aussi être repérées par le DMG devant un absentéisme aux cours, ou des difficultés à réaliser les travaux universitaires demandés - la subtilité étant alors de bien différencier l'interne en difficulté de l'interne qui pose problème.

Ce repérage peut être pris en défaut ; l'isolement lié au stage de niveau 2, les cours en distanciels liés à la pandémie covid, sont autant de facteurs rendant le repérage de l'étudiant en difficulté plus difficile.

- Repérer les difficultés : évaluations systématiques souvent non réalisées

Des évaluations systématiques sont l'occasion de repérer les internes en difficultés.

Un bilan de mi-stage est, en théorie, normalement organisé par le chef de service en stage hospitalier ; il n'est en pratique pas toujours réalisé.

Les DMG organisent parfois un retour collectif sur les stages en ville à mi-stage ; ce n'est pas toujours le cas, et quand c'est le cas, ce bilan ne regroupe généralement pas tous les internes concernés.

De plus, il est réglementairement prévu une visite en médecine du travail, donnant éventuellement suite à une saisie du comité médicale, en cas d'arrêt de travail de plus de 3 semaines. Celle-ci n'est pas toujours réalisée, y compris après des arrêts de travail de plusieurs mois.

- b) Des difficultés au besoin d'aide : le rôle crucial de l'interlocuteur

Face à des difficultés repérées ou à une demande d'aide peu explicite, l'interlocuteur joue un rôle crucial : affirmer (ou confirmer) que les difficultés rencontrées par l'interne sont anormales, et qu'une solution existe.

Ce rôle est d'autant plus crucial, que, comme déjà évoqué, la limite de l'inacceptable est parfois difficile à établir pour l'interne. De plus, même lorsque la situation est intenable, l'interne peut la juger inéluctable, ou se considérer coupable de la situation.

Cette simple affirmation est souvent vécue comme un soulagement par l'interne. C'est considérer l'interne en difficultés comme un interne en besoin d'aide.

D'autres attitudes sont fréquemment rencontrées, qui vont à l'opposé de celle-ci, et sont délétères : fatalisme, minimisation, répression.

c) Face aux internes en difficultés : du fatalisme à la répression, des attitudes délétères

- Fatalisme

"[les profs] disaient 'Pourquoi tu dors , pourquoi tu dors en cours ?' 'je suis désolée, je suis épuisée', 'bah faudra mettre une mauvaise note à ton stage'." (E3)

" J'en avais parlé un peu à mon tuteur, pour savoir comment on faisait pour changer si on aimait pas, il m'a dit en fait sauf si faute gravissime, je pouvais pas trop" (E11)

Alors que le besoin d'aide est exprimé ou repéré, la situation est appréhendée comme inéluctable. C'est le cas dans les deux exemples ci-dessus.

Dans un cas, le renvoi vers le système de notation de stage marque le caractère inéluctable de la situation pour l'interne : tout ce qu'il peut faire, c'est signaler la situation pour d'éventuels futurs internes.

Dans l'autre cas, les solutions, pourtant reconnues comme existantes, sont présentées comme inaccessibles - réservées à des cas exceptionnels, dont l'interne est implicitement exclu, alors même que sa situation n'a pas été évaluée.

Dans ces deux cas, l'interne n'a pas été écouté - le fatalisme permet à l'interlocuteur d'abréger l'échange, il s'agit d'une réaction de fuite.

Le fatalisme se distingue à ce titre des situations où l'interlocuteur se dit impuissant après avoir entièrement évalué la situation.

- Minimisation des difficultés

"Au départ elle avait plutôt tenté de me rassurer en me disant que c'était très bien ce que je faisais, mais moi ça ne me suffisait pas. Et

du coup on en avait un petit peu parlé, et puis [...] elle rapportait beaucoup notre travail à son expérience personnelle, et elle elle disait, elle nous racontait qu'elle avait le double de patients qu'on avait, à prendre en charge..." (E4)

Les difficultés étant considérées comme normales pendant l'internat, il est facile de banaliser les situations difficiles.

L'impact d'une même situation peut être différent selon les personnes - et c'est un élément trop souvent oublié.

De plus, beaucoup de médecins chefs minimisent les difficultés connues par les internes actuels en les comparant à la situation qu'ils ont connus, en oubliant la différence d'époque, et surtout tous les dégâts qu'ont pu faire les conditions de travail des internes par le passé - ceux qui ont continué et réussi à l'hôpital étant ceux qui ont toléré ces conditions de travail ...

Cette attitude est délétère pour les internes dont le besoin d'aide est nié ; elle peut contribuer à diminuer leur estime de soi.

- Répression

" [La responsable des stages de niveau 1] m'appelle, et alors là, c'est l'hécatombe, vraiment elle m'a massacrée. [...] 'Peut-être que vous êtes pas faite pour la médecine générale' Ok. Donc déjà première vanne qu'elle m'envoie dans la tête, et je commence un peu à monter en pression [...] Et ensuite après elle me menace d'aller voir le doyen, et de commencer à dire comme quoi je lui ai mal parlé [...]. Je fais 'mais je vous ai pas manqué de respect, j'ai certes parlé très sèchement, mais de respect je vous ai pas manqué de respect', 'bah j'espère bien, parce que sinon, je serai aller voir le doyen, et on aurait fait une commission disciplinaire' [...] Donc tu t'imagines bien qu'à la fin de la conversation je commence à pleurer, à me sentir hyper mal, à me dire 'putain j'aurai pas dû ouvrir ma bouche' " (E10)

L'expression de difficultés par l'interne fait parfois l'objet d'une réelle répression. L'interne qui relate des difficultés en stage est considéré comme un interne qui pose problème ; les critiques envers un maître de stage ne sont pas tolérées.

Devant une plainte considérée comme non justifiée, l'interne est dénigré, menacé. Il peut également y avoir des médisances à propos de l'interne ou des internes concernés auprès d'autres encadrants.

Cela peut se rencontrer en ville, et se rencontre également fréquemment en stage hospitalier : les internes mécontents se plaignent au chef de service, suite à quoi l'ambiance en stage se détériore, et leurs conditions de stage empirent.

Cette attitude, outre qu'elle augmente généralement la détresse de l'interne (ou des internes) qui relate(nt) des difficultés, est délétère à toute demande d'aide : quand de telles situations sont rapportées par certains internes, cela peut dissuader les autres de demander de l'aide, y compris dans des situations différentes.

d) Chemin vers l'aide - des acteurs mal reliés

Quand le besoin d'aide est entendu par l'interlocuteur, celui-ci peut : ou bien chercher une solution par lui-même, ou bien adresser l'interlocuteur à un autre acteur de l'aide aux internes.

- Lien entre les acteurs

L'adressage nécessite une connaissance des structures et personnes appropriées, et au mieux un lien de confiance.

Au sein d'un DMG, l'adressage se fait généralement facilement vers la personne appropriée.

D'un DMG à un autre, la situation est plus délicate : l'adressage d'un interne à un responsable d'un autre DMG peut plus facilement aboutir à l'adressage à un acteur non bienveillant.

Le DMG peut également conseiller de contacter un syndicat d'internes.

En revanche, je n'ai eu connaissance d'aucune situation où le DMG a adressé l'interne à une personne ressource au sein de l'hôpital : médecine du travail, CVH, ... Y compris dans des situations de souffrance au travail manifeste.

Les maîtres de stage en ville semblent mal connaître les possibilités d'aide par le DMG ; selon les cas, il peut également y avoir une certaine méfiance.

Les acteurs hospitaliers (médecins chefs, chefs de service) semblent plus enclins à contacter les structures d'aide locale (telle la CVH) que la faculté de l'étudiant.

Parfois, les acteurs hospitaliers renvoient au médecin traitant de l'interne.

- Adressage : parfois un frein à l'aide

L'existence de nombreuses structures fait que l'adressage peut être problématique.

Il peut s'agir d'un non-adressage à une structure adaptée, par méconnaissance.

Ou bien l'interne peut être adressé à une personne non bienveillante, qui aura une réaction délétère (répression, fatalisme, minimisation...), ou à une structure non compétente ou inadaptée, enlisant la situation.

L'adressage peut également être délétère en cas de transfert d'une demande sans accord de l'interne (transfert d'e-mail, notamment), d'autant plus que la personne à qui la demande est transférée n'est pas bienveillante.

Un adressage, même adapté, peut nécessiter plusieurs étapes, ou se faire vers plusieurs interlocuteurs différents : cela constitue une charge pour l'interne, qui peut renoncer à chercher de l'aide.

e) Le choix de l'aide : un choix non évident

- Choix de l'aide : éléments décisionnels

Chercher de l'aide, ou accepter l'aide proposée, n'est pas un choix évident pour les internes.

Il leur faut reconnaître que leur situation est anormale. Deux représentations mentales en apparence opposées y font obstacle : c'est pareil pour tout le monde, tout le monde rencontre des difficultés durant l'internat ; c'est moi le problème, je suis coupable de ma situation.

C'est en fait les deux facettes de la même idée : les difficultés sont banales pendant l'internat ; il est anormal d'en souffrir ou de s'en plaindre, il faut tenir le coup. La honte comme le fatalisme sont des freins importants à la demande d'aide.

Par ailleurs, il faut croire à une solution possible, et ne pas craindre les éventuelles conséquences de la demande d'aide (répression, aggravation de la situation, stigmatisation de l'étudiant), ou de l'aide en elle-même (aggravation à la suite d'intervention sur le stage, ...). Paradoxalement, l'interne peut également craindre les conséquences négatives pour le maître de stage, le terrain de stage : peur de punir à tort, peur qu'on lui reproche les retombées de sa demande d'aide ...

La connaissance des acteurs de l'aide, et leur facilité d'accès, influencent positivement la demande d'aide.

Les expériences antérieures de l'interne en situation de difficultés, ainsi que les expériences rapportées par les pairs ou par des acteurs de proximité influencent la décision.

Notamment, une expérience de répression à la suite du signalement de difficultés en stage, qu'elle soit vécue ou relatée, peut inciter l'interne à se taire par prudence.

Les acteurs de proximité influencent le choix de l'interne par leurs réactions, positives ou négatives : en influençant leur représentation de la situation, tout comme en influençant leur représentation de l'aide possible.

Ces deux représentations sont partiellement liées. Recevoir une aide, ou se voir proposer de l'aide, dénote le caractère anormal de la situation. Quand la situation est minimisée ou face à une réaction fataliste, les difficultés semblent banales, et l'aide impossible. La répression confirme l'idée que l'interne est coupable, et que dénoncer la situation est une faute ...

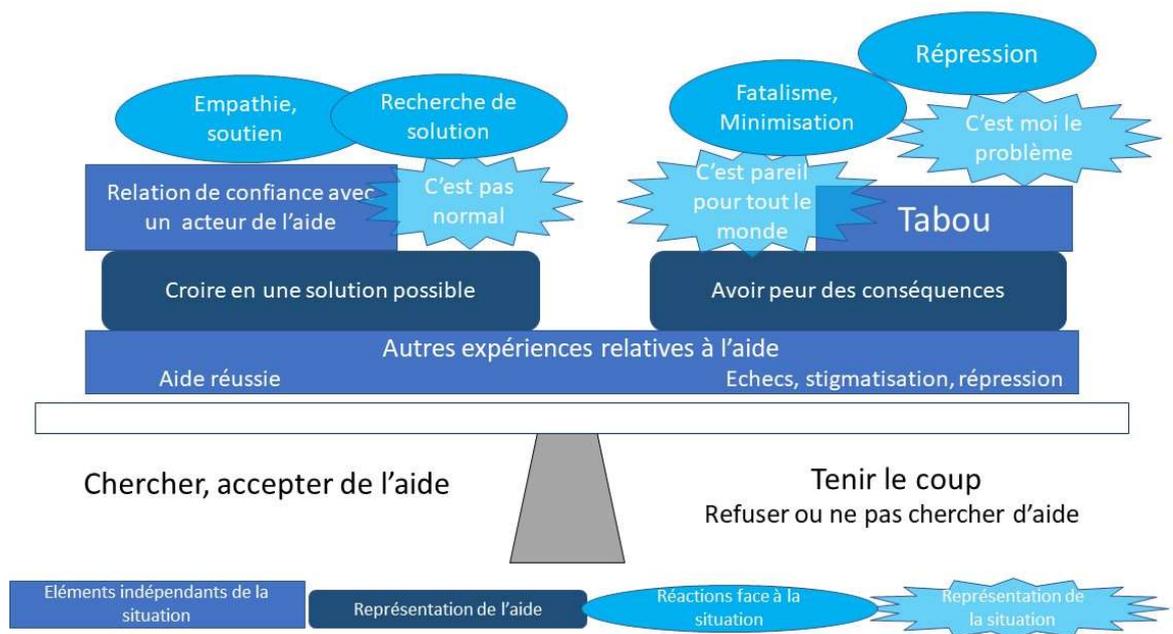


Figure 5 : Le choix de l'aide - éléments décisionnels

- Tenir le coup : la norme implicite

“Je suis pas du tout du genre revendicatrice, le fait d'en parler à la fac, moi j'y avais pas du tout pensé” (E2)

En cas de difficultés en stage, tenir le coup semble être la norme implicite.

En parler peut sembler un acte revendicateur, voire *“politique et contestateur”* (E9), ou faire preuve de *« culot »* (E10).

Dans certaines situations, le choix de l'aide peut être un choix de groupe ; dans ce cas, ne pas demander de l'aide peut être un non-choix, le résultat d'une absence de consensus.

- Difficultés en stage : stratégies pour tenir le coup sans demander de l'aide

“J’ai mis l’eau dans mon vin, j’essayais plus de jouer le jeu [...] J’étais toute parfaite comme il voulait je disais rien plus que ce qu’il fallait, j’acquiesçais tout ce qu’il me disait alors que dans ma tête des fois je je pensais totalement autre chose et je me disais ‘mais il se plante complètement’, je disais rien” (E5)

Tenir le coup peut impliquer la mise en place de diverses stratégies. Ces stratégies peuvent être mises en place en parallèle ou à la place de la demande d'aide.

Les internes peuvent tenter d'améliorer les conditions en stage : par le dialogue avec les encadrants ; en modifiant leur propre attitude pour éviter tout risque de conflits ; en s'attribuant des tâches non initialement prévues ; ... Quitte à ne pas respecter la réglementation (par exemple : être encadré par un autre médecin que son maître de stage en stage ambulatoire, sans aval de l'université).

Ils peuvent également se désinvestir : tenter de diminuer le temps passé en stage, ou diminuer leur implication en stage ; quitte à renoncer à apprendre ...

En cas de double terrain de stage (en ville notamment), ils peuvent tenter de réduire le temps sur un terrain de stage au profit de l'autre.

3. Intervention au niveau du stage, facteurs clés

Dans le cas de souffrance en stage, une intervention sur le stage est généralement nécessaire. Celle-ci peut prendre plusieurs formes, plus ou moins efficaces.

a) Écoute de l'interne, évaluation globale de la situation

“[Les responsables de la facs] m’ont téléphoné, pour me poser des questions : combien de patients je voyais par jour, fin des questions sur l’organisation du stage, et en fait ils étaient super véner, parce qu’ils se sont rendus compte qu’on voyait beaucoup trop de patients par jour [...], ils nous ont limite fin engueulé au téléphone en mode ‘il faut pas accepter ça’, tout ça” [...]
Elle ne m’a pas écouté, elle m’a crié dessus. (E12)

Le temps d'évaluation de la situation est un temps important. Plusieurs aspects sont essentiels : prendre le temps d'écouter l'interne ; évaluer non seulement les modalités pratiques du stage, mais aussi le vécu ; ne pas culpabiliser l'interne, et si besoin le déculpabiliser ; affirmer le caractère anormal de la situation et les possibilités d'intervention.

Une évaluation trop rigide, selon des critères comptables, peut priver l'interne de l'expression de son ressenti. Celui-ci sera à l'inverse favorisé par une attitude bienveillante et à l'écoute.

C'est seulement après un temps suffisamment long d'évaluation qu'une intervention pertinente peut être faite.

L'intervention peut être proposée à l'interne, voir lui être imposée ; le degré de choix laissé à l'interne est fonction de l'intervenant et de la situation. Imposer une solution à l'interne peut représenter un soulagement pour un interne qui n'oserait pas affirmer son désaccord dans une situation anormale, en lui ôtant la culpabilité de la décision ; à l'inverse, cela peut être vécu comme intrusif par d'autres internes.

b) Intervention sans modification du terrain de stage : conseils à l'interne et intervention auprès du responsable de stage

- Conseils à l'interne : parfois utiles, souvent délétères

“[les enseignants de groupe d'échange de pratique] m'ont donné des conseils un peu sur comment me comporter, qu'il fallait que je m'affirme plus [...], que je me présente pas comme l'interne mais comme médecin en formation [...] que j'ai essayé de faire un peu après mais euh ... bon, bah ça m'a un peu... fin oui, mais après ça a pas changé lui, comment il était” (E11)

Des conseils à l'interne peuvent porter sur son attitude en stage, sa relation avec le maître de stage, avec les patients. Dans des situations intermédiaires, où les difficultés ne sont pas majeures, les conseils peuvent être utiles, sous condition que la situation soit réévaluée avec l'interne.

Mais bien souvent les conseils sont insuffisants, ils peuvent même être délétères, en décourageant l'interne de chercher de l'aide, ou en le rendant responsable de sa situation. En effet, conseiller l'interne peut opérer une bascule de la culpabilité : l'interne victime de harcèlement moral ou de conditions de travail anormales devient responsable de sa situation. Par exemple, dire “il faut que tu t'affirmes” à un interne victime de harcèlement moral est délétère.

- Intervention auprès du responsable de stage : avec l'accord de l'interne, et en s'assurant de l'efficacité

“ Ils ont appelé les deux médecins, celle de ma co-interne et la mienne, et ils leur ont remonté les bretelles. Sauf que le lendemain j'étais en stage, et ma maître de stage, elle m'a raconté le truc et elle était morte de rire. En fait elle en avait vraiment mais rien à faire [...]

Par contre avec le monsieur, lui en gros j'en avais parlé à ma tutrice qui m'avait dit 'bah si tu veux je lui passe un coup de fil, pour lui

demander, pour machin' [...] mais moi j'avais trop peur de représailles on va dire, que mon maître de stage le prenne mal"
(E12)

En cas de difficultés en stage, une intervention auprès du responsable de stage - maître de stage en ville, responsable de stage hospitalier - peut être proposée. Il s'agit généralement d'un rappel à l'ordre.

Cette approche comporte plusieurs limites. D'une part, l'efficacité dépend du bon vouloir du responsable de stage, ou du pouvoir de sanction de l'interlocuteur : principalement, pouvoir de retrait de l'interne (possibilité qui n'est pas toujours existante, cf infra). D'autre part, l'intervention peut aggraver la situation en stage, la protestation de l'interne étant mal vécue par le responsable.

Au vu de ces limites, pour être acceptable, une intervention auprès du responsable de stage doit être fait avec l'accord de l'interne, son efficacité doit être évaluée et une autre solution doit pouvoir être proposée à l'interne en cas d'échec.

c) Modification du stage

- Quand changer de stage est possible, ça change tout

"Elle m'a dit 'si demain tu te sens pas d'y aller tu n'y vas pas, tu n'as pas à te justifier, et on s'en occupe euh, voilà' [...] De me dire j'ai ce truc-là sous le coude, et en plus le fait que lui soit pas au courant, vraiment, je me suis dit c'est c'est un joker, que je peux placer à n'importe quel moment si vraiment c'est trop dur, et ça ça m'a donné une bouffée, une bouffée d'oxygène" (E5)

La possibilité de changer l'interne de stage en cas de souffrance en stage est dans notre étude un point clé de la prise en charge de la souffrance en stage.

Les internes décrivent le changement de stage comme une porte de sortie des difficultés ; contrairement à l'arrêt de travail, cette porte de sortie n'est pas pénalisante (pas d'invalidation de stage), et beaucoup moins culpabilisante. L'existence de cette porte de sortie est décrite comme salvatrice y compris dans des situations où elle n'a pas été utilisée.

Cela permet d'affirmer que le problème est le stage, pas l'interne.

De plus, la possibilité de changer l'interne de stage donne un réel pouvoir ; les responsables de stage savent que si le stage se passe trop mal, ils perdent leur interne.

Une limite cependant : pour que l'interne puisse envisager le changement de stage comme une porte de sortie, il doit avoir confiance en ce que le stage qui lui sera proposé sera plus favorable que celui dans lequel il est actuellement. Quand les difficultés dans un type de stage sont trop fréquentes, cela peut ne pas être le cas (problème en stage de niveau 1 dans certaines facultés notamment).

- A l'hôpital, impossible en pratique ?

"C'est un numéro qui fonctionne je crois que c'est avec l'AP-HP, c'est soi-disant un numéro qui est créé justement pour le burning out des internes, pour les aider, pour... Bon je les ai appelés hein. Concrètement ils m'ont rien proposé du tout, ils m'ont dit 'ah bah là madame, va falloir aller voir votre médecin traitant hein ?'" (E3)

Dans notre étude, la prise en charge de l'interne en souffrance en stage hospitalier est trop souvent centrée uniquement sur l'interne : soutien psychologique, conseils, et si souffrance excessive conseil de consulter en ville pour arrêt de travail.

En théorie, une intervention sur un stage hospitalier est possible, mais je n'ai eu aucun exemple de situation où ce soit le cas.

Au niveau des DMG, on déplore un manque de pouvoir d'action effective sur les stages hospitaliers ; ce manque de pouvoir est en tout cas allégué, y compris par des professionnels réellement soucieux du bien-être de l'interne.

Au niveau hospitalier, quand une prise en charge est proposée, les témoignages rapportent une prise en charge uniquement centrée sur l'interne.

Les syndicats d'internes - principalement le SRP-IMG pour les internes de médecine générale d'Île-de-France - semblent avoir peu de pouvoir pour faire modifier la situation des internes en stage. Leur principal pouvoir est de demander la fermeture du lieu de stage pour les futurs internes, ce qui n'est pas toujours adapté - pas quand la souffrance résulte principalement de facteurs circonstanciels tel un sous nombre d'internes.

- En ville, de grosses différences selon les universités

"[Mon tuteur] nous a dit en vrai sauf si faute grave ça change pas comme ça, quoi. Soit c'est un truc limite qu'il faut emmener en justice, soit c'est mort tu restes dans ton truc" (E11)

"Elle m'a dit 'Ah bien, mademoiselle, je vous interdis de retourner sur votre terrain de stage, j'appelle cet après-midi vos 2 maîtres de stage, et vous ne retournerez pas là-bas, et on va vous trouver d'autres [terrain de stage]'" (E2)

En cas de difficultés en stage en ville, j'ai constaté des différences selon l'université de rattachement : dans certaines universités, un changement de stage a été facilement proposé, voire imposé, en cas de stage problématique ; dans d'autres, cette possibilité semble quasi inexistante.

Cette différence semble partiellement liée à la pénurie de stages ambulatoires dans certaines universités, et partiellement liée à l'état d'esprit du DMG.

d) S'assurer de la non-pénalisation de l'étudiant

“Elle m'a dit que tu seras jamais invalidé, même si lui te met une mauvaise évaluation, on pourra faire disparaître sa mauvaise évaluation, voilà elle m'a dit ça te nuira jamais”(E5)

La peur de l'invalidation de stage est un frein important à la demande d'aide.

Dans certaines situations, la personne apportant de l'aide a assuré à l'interne sa protection vis-à-vis d'éventuelles retombées de la demande d'aide, ce qui est apparu pertinent et rassurant.

e) Prendre en compte les autres internes

“Je n'ai pas voulu m'arrêter pendant le stage hospitalier, pour une raison simple c'est que ça mettait ma co-interne dans la merde, et que je m'entendais bien avec ma co-interne” (E3)

En cas de souffrance en stage hospitalier, plusieurs internes du stage peuvent être concernés, parfois à des degrés différents. Parfois, les conflits entre internes peuvent être la source de difficultés.

La prise en charge devra souvent tenir compte des autres internes pour être acceptable pour l'interne ; l'interne peut refuser une intervention qui léserait ses co-internes, par solidarité parfois, par peur de revanche dans d'autres cas.

Cette prise en charge globale est d'autant plus compliquée que les internes sont souvent d'universités différentes, et/ou de spécialités différentes.

f) L'évaluation de stage : un outil très limité

“ Vu qu'on est que deux bah en fait ils sauront très bien qui a mis la mauvaise note [...]. Clairement, les notations de stage c'est une vaste blague. [...] Les notes qui sont trop basses, elles sont jamais mises en ligne, parce qu'elles doivent être relues avant et cetera et

cetera, donc en fait on a aucune possibilité, aucune possibilité de réellement donner notre avis sur nos stages.” (E3)

“Moi par contre je l'ai assez mal évalué en retour, et il a essayé de m'appeler une fois le stage fini pour je pense avoir des explications, et même il a appelé l'autre médecin chez qui j'étais en stage” (E5)

Quand on parle de la souffrance des internes en stage, l'évaluation de stage (via le site du DES de médecine générale) est souvent évoquée comme un outil utile. Cette utilité est restreinte par plusieurs facteurs.

D'abord, de façon évidente, ce n'est pas un outil utile à la prise en charge d'un interne en souffrance : elle n'intervient qu'à la fin du stage concerné ; en théorie anonyme, elle ne permet pas de repérer l'interne en question pour lui proposer du soutien.

C'est donc un outil qui peut être utile uniquement pour éviter l'apparition de souffrance en stage. Plusieurs limites sont à prendre en considération.

Comme déjà souligné, un stage source de souffrance n'est pas synonyme d'un terrain de stage intrinsèquement mauvais et à exclure, de nombreux autres facteurs entrant en compte. De plus, quand bien même un terrain de stage est intrinsèquement défavorable, il sera d'autant plus difficile qu'il soit exclu s'il y a un manque de terrain de stage similaires. Enfin, la valeur des évaluations est diminuée par le risque de censure. Le risque d'auto-censure est avéré : malgré qu'elle soit théoriquement anonyme, l'évaluation de stage n'est pas conçue pour protéger l'anonymat des internes en stage chez le praticien ni en cas d'internes peu nombreux ; il y a donc un risque de représailles. D'autre part, une interne rapporte une censure des mauvaises évaluations de la part des responsables du DES de médecine générale.

4. Soutien psychologique aux internes, facteurs clés

a) Ecoute et soutien

- Dédramatiser et déculpabiliser

“ Il m'a rassuré en disant tous les ans, on en, on en, euh, on en récupère des comme toi, voilà, c'est normal, t'inquiète pas” (E1)

“J'avais l'impression -alors que c'est faux, il y a plein d'internes en première année qui présentent des difficultés - mais en fait, j'avais l'impression d'être un peu la seule dans ce cas-là.” (E4)

Le soutien psychologique aux internes est dans toutes les situations d'abord un soutien non professionnel. Cela débute par l'écoute empathique des difficultés.

En cas de difficultés en stage, l'interne peut se sentir coupable : coupable de ne pas être à la hauteur, et/ou coupable de dénoncer son maître de stage.

Il a souvent été important pour l'interne d'entendre qu'il n'est pas le seul à rencontrer des difficultés, que de nombreux autres internes ont été dans une situation similaire. Cela permet de dédramatiser la demande d'aide, de le déculpabiliser, sans banaliser la situation.

- S'inscrire dans la durée

“La fac, m'envoie assez régulièrement même encore maintenant, des mails pour me demander ‘comment ça va ? On vient aux nouvelles, est-ce que tu as besoin d'aide, est-ce que la thèse ça va, est-ce que l'internat ça va ? ‘ [...] j'ai quand même eu un suivi sur quasiment 1 an et demi en fait, et même plus, presque 2 ans, où je me suis plus jamais sentie vraiment seule en fait, dans ces difficultés, quoi, voilà” (E8)

Le soutien gagne à s'inscrire dans la durée, sans être forcément très marqué. Prendre des nouvelles régulières de l'interne est pour lui un gage de sécurité.

- b) Proposer un soutien psychologique professionnel : disponibilité, gratuité, confidentialité

“Elle me proposait des rendez-vous qui n'allaient pas du tout, qui n'étaient pas du tout en accord avec le planning d'un interne, quoi, fin des trucs du genre ‘mardi 14h’, ben mardi 14h je suis en stage quoi”. (E8)

“Et ensuite [je suis allé voir] la psychiatre de l'hosto en plus, chez qui je me suis retrouvé en stage euh à la fin de mon stage d'endoc en fait j'avais 2 semaines où j'étais avec elle ... C'était marrant du coup parce que je lui avais raconté toute ma vie après j'étais de l'autre côté, mais bon” (E1)

Un suivi psychologique ou psychiatrique spécialisé peut être utile selon la situation. Il peut être proposé en lien avec le DMG, ou en lien avec la médecine du travail.

L'accessibilité du suivi est un point important : coût (obstacle évoqué à la prise en charge psychologique en ville), disponibilité.

Notre étude souligne qu'un point délicat et essentiel est la confidentialité du suivi de l'interne ; le fait que celui qui prend en charge l'interne ne soit pas ni un ancien ni un futur chef ou collègue, et que ses anciens, actuels et futurs chefs et collègues ne puissent pas avoir accès à son dossier.

c) Quand l'aide humilie

- Une aide maladroite et non professionnelle

“ [Ma maître de stage] elle a un peu pris le truc sur elle, un peu perso, en disant 'viens, viens chez moi, je fais une soirée avec mes amis, tu vas voir c'est hyper sympa et tout' [...] Rien de méchant, sur le moment j'ai dû ressentir qu'elle avait pitié de moi, parce que j'étais dans le bas fond, j'étais pas terrible.” (E8)

Face à un interne en difficultés psychologiques, le risque d'aggraver la situation en proposant une aide maladroite doit être pris en compte. Il est nécessaire d'évaluer la situation, et de référer à d'autres en cas de situation dépassant ses possibilités.

- Souffrance en stage : quand l'interne en souffrance est traité comme le problème à résoudre

“ Ils te traitent comme le mec, qui est vraiment, le caillou dans la chaussure. Ouais, c'était ça 'Et alors oui je vous ai pris rendez-vous demain avec le responsable du comité pédagogique, je vois que vous n'allez pas bien' [...] Surtout flippés d'avoir un interne qui allait pas bien et voilà, c'était surtout ça qui les intéressait, [d'éviter] d'avoir un interne, qui, qui euh, finisse par se suicider, tu vois ce que je veux dire ?” (E1)

Quand l'aide aux internes en souffrance en stage ne comprend pas de remise en cause du stage, l'interne est traité comme étant la source du problème. Cela est particulièrement manifeste quand l'aide est proposée par des responsables peu humains, et peut être vécue comme une humiliation.

Cette humiliation liée à l'aide peut s'ajouter à l'altération de l'estime de soi liée à la souffrance en stage.

d) Arrêt de travail : une solution peu souhaitable

“Moi je voulais juste qu'on me traite comme une étudiante et qu'on continue le stage, même si j'avais pas trop la tête à ça, j'ai jamais arrêté mon internat pour ça quoi.” (E8)

L'arrêt de travail est un tabou chez les internes. Il est souvent vécu comme un échec. L'absence d'un interne pénalise les autres internes en stage, et peut lui être reproché. Même quand un justificatif médical d'arrêt de travail est produit, les chefs ou collègues peuvent chercher à savoir la raison de l'absence, et avoir un jugement négatif, particulièrement en cas d'épuisement ou de trouble psychiatrique.

En cas de difficultés en stage, l'arrêt de travail d'un interne peut aggraver la situation des autres internes, souvent déjà difficile : majoration, parfois massive, de la charge de travail.

D'après nos données, cela semble une solution rarement satisfaisante, mais parfois nécessaire.

En cas de difficultés non liées au stage, le maintien de l'interne en stage est généralement souhaité par l'interne, et préférable tant que c'est possible.

e) Stigmatisation et discrimination à la suite des difficultés

“J'ai eu d'autres confrères qui considéraient le burn out comme une faiblesse. [...] Qui me l'ont dit dans un contexte bah c'était plutôt en liaison avec la thèse, en disant 'ouais je sais pas si, je sais pas si je t'accepte comme étudiante pour faire cette thèse, parce que je sais pas si psychologiquement tu es assez forte pour t'y mettre, pour travailler régulièrement'.” (E3)

Accepter de l'aide, c'est accepter de reconnaître qu'on est en difficulté - et s'exposer à tous les préjugés sur le burn-out et/ou la dépression (ou tout autre trouble psychiatrique) : suspicion de faiblesse, ...

Beaucoup de médecins font encore preuve de méfiance face à un interne ayant connu un épisode de dépression ou de burn-out. La discrimination envers ces internes est avérée.

5. Zoom sur le rôle des départements de médecine générale

Le DMG est un acteur clé dans la prise en charge des internes en difficulté. Cependant, seule une partie des internes en difficulté va être amenée à interagir avec le DMG.

a) Identification des internes en difficultés par le DMG

- Un premier recours pour les internes, surtout en cas de stage en ville

“C'est une prof de GEP, et en fait je la trouvais hyper douce, et hyper gentille, et en fait à la fin du cours c'était par zoom [...] et je lui ai envoyé un message en disant 'est-ce que je peux vous parler à la fin' ?” (E10)

Le DMG peut représenter un acteur de proximité, auquel il est naturel de s'adresser pour l'interne ; c'est généralement le premier recours en cas de difficultés en stage de

ville (difficultés liées au stage, ou difficultés personnelles retentissant sur le stage). En cas de difficulté de tout ordre survenant en stage hospitalier, le DMG est un acteur moins évident.

Dans certaines situations, le recours au DMG a été facilité par une relation de confiance de l'interne avec son tuteur. Dans d'autres, un enseignant a été l'interlocuteur privilégié, grâce à une relation de confiance (bâtie notamment par la tenue par le même enseignant de plusieurs cours à la suite, dans le cadre de groupe d'échange de pratique), ou bien grâce à sa disponibilité et d'écoute lors de son enseignement.

Parfois, le recours au DMG peut se faire via le secrétariat, vu comme le premier interlocuteur, notamment en l'absence de tutorat (ou avant l'attribution d'un tuteur, pour les futurs internes).

- Des situations propices au repérage

*“J'arrivais pas du tout à écrire mes traces parce que j'étais pas du tout inspirée, donc elle se rendait bien compte que y avait un soucis”
(E12)*

Les difficultés des internes ont pu être repérées devant leurs absences, leur attitude en cours ou bien leurs difficultés à rendre leurs travaux universitaires.

Ce repérage a nécessité des enseignants (incluant les tuteurs) une attitude à la fois bienveillante et volontariste : ne pas pénaliser l'interne pour ses difficultés, et s'intéresser aux difficultés rencontrées y compris en stage hospitalier sans les considérer comme inéluctables.

- Une porte d'entrée parfois étroite

“La personne à contacter en cas de besoin, c'est notre tuteur. C'est présenté comme ça, c'est l'intermédiaire entre vous et nous, et n'importe quoi doit passer par lui” (E9)

Parfois, s'adresser au DMG peut sembler difficile aux internes : le tuteur peut sembler être le seul interlocuteur, l'unique porte d'entrée en cas de difficultés, ce qui est un frein en cas de mauvaise entente avec son tuteur. La possibilité de changer de tuteur n'est pas toujours offerte aux internes ; elle peut même être très restreinte, uniquement si *“faute grave”* (E11).

En cas de difficultés en partie administrative, le secrétariat du DMG peut être l'interlocuteur naturel.

Or la confrontation au secrétariat du DMG peut être rébarbative, les secrétaires étant débordées, et parfois mal informées.

b) Le double rôle du DMG : accompagnement et validation, un obstacle à l'aide aux internes par le DMG

- Aider ou sanctionner ?

Le DMG a avant tout un rôle de formation des internes.

Nos données suggèrent que le bien-être des internes peut faire partie des préoccupations du DMG ; mais ceci peut entrer en conflit avec le rôle de validation de l'internat.

Face à un retard dans la production de traces ou un absentéisme par exemple : faut-il aider ou sanctionner ?

- Peur des conséquences : invalidation de stages, obstacles à la thèse ... un frein majeur à la recherche d'aide, et un réel outil de censure

“J'ai une copine elle était avec un prof, un mec de Paris 7 et apparemment le mec est un peu fou [...] elle avait la boule au ventre d'aller en stage, bah je pense que ça aurait été pas mal aussi d'enlever cette idée que si l'étudiant il parle, il va être stigmatisé, genre en mode 'la casse couille', ou encore elle va pas valider son stage, parce qu'en vrai la plupart des étudiants il parlent pas, parce qu'ils ont peur de pas valider leur stage” (E10)

Le DMG, en tant que responsable de la validation des internes, est doté d'un réel pouvoir sur le parcours de l'interne. Il a le pouvoir d'invalider un stage, mais aussi de mettre des obstacles à la soutenance de thèse.

D'après notre étude, ce pouvoir est craint par des internes, qui le vivent comme un pouvoir limitant, voire de nuisance.

La crainte de l'invalidation de stage est fréquemment évoquée comme un frein à la recherche d'aide quand des difficultés surgissent en stage de ville.

Plus encore, la validation du DES et de la thèse des internes, c'est-à-dire le sésame pour être médecin et pouvoir exercer, est un éventuel levier de pression sur les internes par le DMG.

En particulier, l'accord pour la soutenance de thèse, pourrait faire le lit de la répression d'étudiants jugés trop contestataires. La réalité de cette répression est difficile à établir. Un témoignage rapporte le conseil d'un enseignant de ne pas faire de vagues par rapport au stage, au vu de la difficulté rencontrée par une autre interne pour soutenir sa thèse ; conseil soi-disant bienveillant ...

La répression par obstacle à la thèse est alléguée. Les effets de la crainte de la répression sont réels.

De plus, des internes rapportent des attitudes favorisant l'omerta de la part d'enseignants et responsables facultaires, notamment au sein du DMG de Créteil.

A l'inverse, le pouvoir du DMG sur le parcours de l'interne peut être utilisé pour aider et protéger les internes.

c) Stage en ville : différences importantes entre les DMG

Comme évoqué plus haut, face aux difficultés en stage, l'attitude des DMG est différente. Cela semble lié à deux facteurs : la pénurie de stage en ville d'une part, et le manque de bienveillance des responsables de stage d'autre part.

- Pénurie de stage : un obstacle majeur à la prise en charge des internes en difficulté

“La fac a du mal à trouver des maîtres de stage, c'est pour ça que les terrains de stage ne sont pas bons. A Créteil, je pense qu'environ la moitié des stages de niveau 1 se passent mal. Ma tutrice m'a proposé de changer de maître de stage, mais [...] j'avais peur que ce soit pire.” (E12)

D'après notre étude, le manque de terrain de stage en ville est un problème crucial.

Quand un DMG manque de stages, il ne peut pas se montrer aussi exigeant sur la qualité des terrains de stage qu'il propose. Le nombre de stages se passant mal peut alors paraître massif.

Plus les internes sont nombreux à souffrir en stage de niveau 1, plus les possibilités de prise en charge individuelle des internes en difficulté est limitée. D'une part, les internes comme les encadrants risquent de banaliser le problème. D'autre part, les responsables du DMG n'ont que peu de pouvoir sur les maîtres des stages, ne pouvant pas leur retirer leurs étudiants. Enfin, proposer un stage de remplacement est alors délicat ; l'interne n'est pas assuré que le stage de remplacement sera favorable.

A l'inverse, d'autres DMG suffisamment dotés en stage de ville peuvent se permettre d'exclure les mauvais terrains de stages ; et ont la possibilité d'organiser rapidement et efficacement le changement de stage d'un étudiant.

- Des responsables pas toujours bienveillants

“ Ils nous ont limite engueulé au téléphone en mode ‘il faut pas accepter ça’ [...] Elle ne m’a pas écouté, elle m’a crié dessus” (E12)

“[la responsable des stages de niveau 1 de Créteil] m’appelle, et alors là, c’est l’hécatombe, vraiment elle m’a massacrée. [...] Elle, elle veut que personne sorte du rang, et donc en fait quand moi je lui ai un peu rentré dedans et que je me plaignais d’un de ses enseignants [maître de stage de l’interne], elle a pas du tout apprécié. (E10)

L’éventuelle modification d’un stage de niveau 1 dépend du responsable des stages du DMG. D’après les internes participant à l’étude, la bienveillance des responsables facultaires, envers les internes, et leur disponibilité pour l’écoute des situations individuelles n’est pas toujours acquise.

Les demandes jugées non appropriées peuvent donner lieu à de la répression, rendant toute autre demande délicate, par peur d’être mal jugé et réprimé.

Cet état de fait est d’autant plus délétère que le DMG a un rôle central dans la prise en charge des internes. C’est le premier interlocuteur des internes en cas de difficulté de stage en ville.

Les autres interlocuteurs possibles sont les syndicats (SRP-IMG en premier lieu) ; mais ceux-ci sont jugés moins pertinents par les internes que le DMG, et en cas de conflits, l’interne peut craindre que le syndicat ne fasse pas le poids et ne le protège pas suffisamment.

Discussion

Principaux résultats

Les difficultés rencontrées par les internes de médecine générale peuvent se sous-diviser en quatre champs principaux : difficultés personnelles (dont problème de santé, difficultés psychologiques et troubles psychiatriques), difficultés universitaires (rendu des traces, thèse), difficultés en stage, difficultés administratives. Ces difficultés peuvent être intriquées entre elles. La parentalité est une situation à part, avec ses propres enjeux, et qui nécessite une attention particulière.

Outre les difficultés rencontrées par les internes, deux autres dimensions sont à prendre en compte. D'une part, l'interne peut causer des difficultés, en stage ou à la faculté, par son attitude et/ou ses lacunes : c'est l'interne qui « pose problème ». D'autre part, l'interne peut être inquiet vis-à-vis des patients ou de ses collègues : c'est l'interne « lanceur d'alerte ». Ces deux dimensions peuvent être intriquées – ou non - avec la dimension « interne en difficulté ».

Les difficultés en stage sont liées au terrain de stage en lui-même, aux circonstances et à des facteurs humains (facteurs liés à l'interne en lui-même, relations aux autres membres de l'équipe et entre les internes). Le sous-effectif en internes est une situation particulièrement à risque, les mécanismes compensatoires étant généralement insuffisants. Plusieurs éléments sont nécessaires au bien-être en stage des internes : une charge de travail adaptée, un travail formateur et éthique (ce qui nécessite un terrain de stage adapté et un rôle adapté de l'interne au sein du terrain de stage), des relations respectueuses au travail. Dans les cas de souffrance en stage, un ou plusieurs de ces éléments n'est pas rencontré : surcharge de travail, travail non formateur, conflits éthiques, harcèlement, ... La souffrance en stage peut concerner plusieurs internes, de facultés et parfois de spécialités différentes, complexifiant la prise en charge.

L'aide proposée aux internes en difficulté en stage consiste trop souvent en une prise en charge individuelle uniquement. Celle-ci n'est pas satisfaisante pour l'interne, et peut être délétère sur le plan collectif. C'est notamment le cas des arrêts de travail. De plus, faire reposer sur l'interne la prise en charge de la souffrance en stage opère une bascule de culpabilité : l'interne devient le problème, et non le stage.

Dans la recherche de soutien face aux difficultés, les contacts informels jouent un rôle important, et les discussions « entre deux portes » avec les maîtres de stage, tuteurs et enseignants ; cela peut être une façon pour l'interne de tester si une demande d'aide serait recevable. Le recours aux syndicats est facilité par le fait d'en connaître personnellement un membre.

Les principaux freins à la recherche d'aide sont la honte de sa situation, et le sentiment de culpabilité ; la minimisation des difficultés rencontrées, par l'interne ou ses

interlocuteurs ; le fatalisme ; la peur des conséquences en cas de demande d'aide. A ce titre, la bienveillance envers tous les internes faisant part de difficultés, l'absence de sanction de tout ordre envers ces mêmes internes et la garantie de la confidentialité semblent des prérequis pour pouvoir prétendre offrir une aide aux internes. La fréquence des difficultés lors de l'internat fait obstacle à la recherche d'aide ; le caractère anormal de la situation peut être difficile à établir par l'interne ou ses interlocuteurs.

Au niveau des DMG, la situation semble différente d'un DMG à l'autre. Dans certains cas, une attitude bienveillante, et d'écoute envers les internes prévaut, et un changement de stage est facile en cas de difficultés en stage de ville. Dans d'autres cas, une attitude répressive prévaut, l'interne rapportant des difficultés n'est pas ou peu écouté, les solutions proposées sont pauvres, et les demandes jugées inadaptées valent aux internes cris et menaces. Dans tous les cas, le rôle prépondérant du DMG dans la validation du cursus de l'interne est un frein majeur à la recherche d'aide auprès du DMG, certains internes craignant les conséquences négatives sur la suite de leurs cursus (y compris dans les DMG dont l'attitude est globalement bienveillante).

Notre sujet est complexe et délicat pouvant faire apparaître certains de nos résultats comme militants, voir trop critiques. Nous avons fait le choix de présenter les données récoltées, sans les juger, ni garantir l'exactitude des données rapportées par les internes.

Forces et faiblesses de l'étude

Cette étude présente l'avantage d'avoir abordé la problématique de la souffrance des internes par un angle large, non psychiatisant et non stigmatisant, celui des « difficultés ». Cela a permis d'interroger ce que signifie « rencontrer des difficultés » et « être en difficulté » pendant l'internat, et donc, dans quelles circonstances un interne peut avoir besoin d'aide.

De plus, cet angle correspond généralement à celui sous lequel se présente les structures d'aide : structures à contacter en cas de « difficultés » ; c'est donc une définition pragmatique.

Un autre atout de l'étude est le temps long sur lequel elle s'inscrit, en particulier, elle a débuté avant la pandémie covid-19, et s'est poursuivie après le premier confinement (mise en « pause » pendant la première vague de covid-19, indépendamment de celle-ci, pour des raisons personnelles). Les données recueillies ne sont donc pas liées uniquement à la crise, ni invalidées par la survenue de la crise.

Les données de terrain ont été un apport précieux dans la compréhension globale. Le fait d'avoir adapté la méthodologie, en incluant les notes de terrain, puis des éléments autour des entretiens (par exemple analyse d'une conversation instantanée sur l'application « Messenger » autour d'un entretien), et en faisant évoluer le guide d'entretien et la question de recherche, est un gage de qualité. En effet, à l'inverse de la recherche quantitative où les modalités de l'étude doivent être fixées à l'avance sous peine de biais, une étude qualitative est d'autant plus riche, et par là-même, d'autant plus valide qu'elle n'exclut aucun raisonnement ni aucun matériau intéressant (22).

Nous n'avons pas atteint la saturation des données.

La question de recherche est large et les moyens de recherche – temps imparti ...- sont limités dans ce type de recherche. Cependant, une partie de la question a été complètement explorée, la saturation des données étant atteinte pour ces sous-questions.

Nous avons décrit de façon satisfaisante : le type de difficultés rencontrées pendant l'internat de médecine générale en Île-de-France, et concernant les difficultés en stage pendant l'internat : ce qui fait les difficultés, les freins et leviers de l'accès à l'aide, et le parcours d'aide en cas de difficultés en stage de ville.

Nous avons choisi d'exclure de l'étude : ce qui fait les difficultés universitaires et leur résolution.

Nous n'avons que partiellement exploré : les difficultés personnelles, leur impact sur l'internat et leur prise en charge ; les difficultés administratives ; les difficultés liées à la parentalité ; le parcours d'aide en cas de difficultés en stage hospitalier.

Concernant les stages hospitaliers, nous nous sommes posé la question de la possibilité de prise en charge du stage hospitalier en cas de difficultés (changement de stage ou modification substantielle des conditions de travail en stage). Les témoignages recueillis, en effet, décrivent celle-ci comme impossible en pratique ; même si, en théorie, des dispositifs existent. Un message a été posté sur un groupe Facebook réunissant des internes de médecine générale d'Île-de-France (méthode précédemment utilisée avec succès pour le recrutement d'internes) demandant des témoignages d'internes « ayant rencontré des difficultés en stage hospitalier, suite auxquelles le stage a été interrompu ou modifié » (annexe D). Deux internes ont répondu à ce message, mais n'ont finalement pas donné suite à la proposition d'entretien, et ces données manquantes sont très dommageables.

J'ai réalisé tous les entretiens ; ce travail étant ma première expérience de recherche qualitative, la qualité technique de passation d'entretien s'est améliorée au fil de la recherche. Lors des premiers entretiens, des éléments ont pu être occultés par un canevas de recherche trop rigide ; à l'inverse, un relâchement excessif du canevas d'entretien m'a fait omettre des questions utiles, initialement prévues, lors d'autres entretiens. En revanche, le fait, en tant qu'enquêteur, d'être également interne, a

facilité la réalisation des entretiens. D'une part, les concepts implicites de références, notamment les notions médicales et les modalités de gardes ou d'astreintes, les rôles joués par les acteurs, étaient partagés entre les personnes interrogées et celle qui menait les entretiens ; d'autre part l'égalité de statut facilitait l'établissement de la confiance.

L'analyse des verbatims a été triangulée de façon partielle : double analyse des verbatims les plus contributifs ; en excluant certains verbatims, pour des raisons de confidentialité accrue.

Le biais de recrutement, pour le volet « entretiens » de l'étude, a été limité par la variété des modes de recrutement. Différents profils de répondants peuvent être établis, selon leur motivation et leur attitude vis-à-vis de l'étude.

Une des motivations a été de m'aider dans mon travail de thèse, par solidarité entre internes, et parfois par amitié pour moi ou pour la personne les ayant sollicités : l'attitude est alors complice, d'égal à égal – s'agissant d'internes aussi âgés que moi, souvent eux-mêmes en cours de thèse, qui m'ont parfois donné des conseils, parfois nuancés par l'inquiétude de « produire un contenu intéressant », ou par le fait de s'adresser à la faculté à travers moi.

Une autre motivation est une motivation militante : faire changer les choses, améliorer la prise en charge des difficultés de l'internat ; les internes se décrivant comme « engagés », la participation à ce travail prenant une coloration politique ; je fais alors figure d'alliée dans ce combat.

D'autres internes m'ont livré des réactions « à chaud », sur des difficultés dans un stage qui se finissait à peine ; le besoin d'être écouté, entendu, semblait faire partie des motivations ; s'agissant d'internes plus jeunes, et de mes derniers entretiens, la relation a pu avoir une dimension moins égalitaire ; c'est la seule occasion où le tutoiement a été remis en question.

Enfin, la volonté de témoigner d'aide réussie, par reconnaissance envers la structure d'aide, a pu être un facteur motivationnel dans certains cas.

Dans tous les cas, le biais de désirabilité est un réel obstacle. Aborder les difficultés psychologiques ressenties a souvent été difficile, l'interne éludant rapidement le sujet ; les internes ayant reçu une aide appropriée semblaient aborder le sujet de façon plus paisible ; les internes avec une motivation militante ont pu s'efforcer d'en témoigner malgré une gêne manifeste.

Un biais de mémorisation a pu occulter certaines données, certains entretiens relatant des difficultés ayant eu lieu plusieurs années avant.

Comparaison à la littérature

1. Internes en difficulté : quelle réalité ?

La prévalence des difficultés pendant l'internat est souvent abordée sous l'angle de la souffrance liée au travail : prévalence de burn-out, ou d'autres indicateurs de déséquilibre lié au travail (3,5,8,17); ou alors en terme pathologiques : symptômes anxieux, dépressifs ou suicidaires (5,6,10,12,26). Ces approches ont le mérite de pointer la gravité de la situation, la fréquence élevée des internes en difficultés et son net lien avec le travail. Elles ne permettent pas de comprendre qui sont ces internes en difficultés, et comment la gradation des difficultés s'exprime en pratique.

Notre étude décrit un continuum depuis les difficultés ordinaires de l'internat à l'interne en difficultés ; avec 3 principaux types de signes permettant de décrire un interne comme étant en difficulté : souffrance psychologique, impact sur la formation, besoin d'aide.

Cintas (3), dans une étude au design original réalisée en association par des chercheurs en sciences de gestion et un médecin distingue 4 profils parmi les internes à partir des dimensions du burn-out telles que décrites par Maslach : profil équilibré (48% des internes), profil fragilisé (20%), profil brisé (21%), profil blasé (8.6%) (étude menée sur l'ensemble des internes d'un CHU de province, toutes spécialités confondues). Une étude qualitative adossée à l'étude quantitative permet de mieux caractériser les différents profils.

Le profil équilibré, environ la moitié des internes, correspond à des internes indemnes de burn-out, qui apprécient leur travail et se sentent à leur place. Le profil fragilisé correspond à des internes fatigués, fatigue liée à la surcharge de travail et à la crainte de ne pas être compétents pour réaliser les tâches demandées, souffrant du manque de soutien, de retour et de considération ; ils ne souffrent pas de dépersonnalisation et cherchent à faire leur travail au mieux. Le profil brisé est une situation de burn-out total : épuisement, dépersonnalisation, absence d'épanouissement ; l'interne se sent déprimé, coupable, débordé, abandonné ; il se « blinde » face aux situations des patients difficiles qu'il rencontre. Le profil blasé ne souffre ni d'épuisement ni de dépersonnalisation, mais d'un accomplissement personnel très bas ; il ne se reconnaît pas dans son métier ou dans le système.

Cette découpe en quatre profils paraît fonctionnelle aux regards de nos résultats. Un autre aspect intéressant à noter dans cette étude : dans l'analyse qualitative, il est noté que les internes brisés banalisent leur situation en mettant en avant la coutume voulant que les jeunes médecins rencontrent des difficultés.

Cordonnier, dans une étude qualitative des difficultés pendant l'internat (27), chez des internes de médecine générale avec des niveaux de détresses variés, dans un CHU de province, souligne la complexité des enjeux de l'internat. Certains résultats

rejoignent les nôtres, soulignant le contexte difficile (manque de moyens, pression de la rentabilité), les difficultés liées à l'encadrement en stage et au rôle de l'interne, aux conflits hiérarchiques, au manque de reconnaissance, la volonté de bienfaisance et la difficulté de s'y conformer, le caractère contraignant de l'internat sur la vie privée.

Cette étude permet d'appréhender d'autres dimensions : la dimension de la formation, les discordances entre l'enseignement de deuxième cycle et les compétences requises au troisième cycle s'ajoutant à l'encadrement variable en stage ; la difficulté de l'interne à être à la hauteur de ses propres attentes, outre les difficultés liées au contexte de stage, et le poids de la prise de décision dans l'incertitude et du risque d'erreurs médicales ; le poids du rôle de médecin dans la société, vis-à-vis de ses proches.

Cela confirme le caractère intrinsèquement difficile de l'internat. De plus, il est là aussi noté la banalisation des contraintes par les internes.

2. Internes en difficultés : quelles causes ?

Cette question est délicate. La méthodologie qualitative permet d'explorer les éléments qui, d'après les internes, contribuent à l'émergence de difficultés ; elle ne permet pas d'établir des liens de causalité, ni de fréquence. Les études quantitatives permettent de démontrer une association entre certains facteurs et les symptômes de détresse (burn-out notamment) chez les internes ; seule la réversibilité à l'arrêt du facteur causal permet d'établir le lien de causalité, et celle-ci est rarement évaluable en pratique.

De plus, les études françaises sur le sujet sont pour beaucoup des thèses d'exercice, de qualité variable, parfois difficiles d'accès : non publiées et accessibles uniquement à l'université d'origine. Au plan international, une passionnante revue narrative de la littérature anglophone, par Dyrbye et Shanafelt, sur le burn-out des étudiants en médecine depuis les années 1990 à 2015 recense de très nombreuses études ; elle souligne cependant l'absence de données suffisantes sur de nombreux points (17).

Malgré ces réserves, il paraît intéressant de discuter plusieurs points.

- a) Charge de travail excessive : un facteur de risque de la souffrance des internes couramment reconnu ; une charge de travail excessive en France

La plupart des études françaises retrouvent un lien entre charge de travail excessive et souffrance des internes (4,5,28–30), de même qu'une récente étude australienne de bonne qualité (31). Un seuil de 50 à 55h par semaine au-delà duquel la souffrance augmente a été établi d'après deux études (28,31).

Dans le travail de thèse de Le Tourneur et Komly, la proportion d'internes en burn-out complet (3 scores pathologique au Maslach Burn Out Inventory) double lorsque la charge de travail dépasse 50h/semaine (28).

L'étude australienne citée ci-dessus (31), portant sur le lien entre temps de travail et détresse mentale, sur un large panel de médecins juniors australiens, rapporte des résultats similaires : par rapport à temps de travail de référence de 40-44h par semaine, le taux de score pathologique à un test de détresse mentale (General Health Questionnaire-28 score) double quand le temps de travail dépasse 50h par semaine, la fréquence des idées suicidaires est multipliée par 1.5 quand le temps de travail est entre 50 et 55h par semaine, et doublée quand le temps de travail dépasse 55h/semaine (31).

La revue de la littérature, précédemment citée (17), et antérieure à cette étude est plus nuancée : elle décrit la surcharge de travail comme un facteur de risque communément admis, malgré des études contradictoires.

Ces résultats sont particulièrement préoccupants au vu du temps de travail des internes français : d'après une large enquête menée par l'InterSyndicale Nationale des Internes en (ISNI) datant de 2019, **le temps de travail moyen des internes, toutes spécialités confondues, était de 58h/semaine**, avec 40% des internes travaillant plus de 60h par semaine, et 10% plus de 79h/semaine (32).

Les médecins généralistes étaient un peu moins touchés avec un temps de travail moyen de 51h/semaine ; l'absence de distinction entre stage en ville et stage hospitalier peut expliquer ce résultat, les stages en ville, particularité de l'internat de médecine générale, se déroulant généralement sur un maximum de 4 jours par semaine, avec par conséquent un volume horaire travaillé par semaine moindre ; la moyenne de 51h/semaine pourrait cacher une grosse disparité de temps de travail entre les lieux de stage.

Outre la fatigue intrinsèquement liée au temps de travail excessif, le manque de temps pour l'entourage et les loisirs pourrait en partie expliquer l'impact de la surcharge de travail (4,28,30); la qualité des relations sociales étant un facteur-clé de protection contre le burn-out (33).

Dans notre étude, la surcharge de travail est un facteur contributif dans plusieurs situations difficiles, et notamment dans les situations les plus sévères ; c'est le facteur essentiel identifié par l'interne dans une situation.

- b) Encadrement et relations au travail : l'importance d'un encadrement favorable ; l'impact des violences au travail

Facteur essentiel d'après notre étude, le rôle de l'encadrement et les relations au travail – incluant des situations de violences au travail - est bien documenté dans la littérature.

Les relations au travail occupent une place centrale dans le vécu des internes au quotidien (34). L'attitude des séniors est un facteur crucial (17,26,30,33,35).

Pougnat, dans une étude qualitative, de bonne qualité, ayant l'originalité de ne comporter qu'une question ouverte portant sur les aspects positifs et négatifs du travail d'interne, décrit la place centrale occupée par les relations au travail dans les réponses des internes, au-dessus de toute autre dimension professionnelle (34). Relations avec les médecins séniors, les autres internes, les paramédicaux : autant de paramètres essentiels au travail de l'interne.

L'attitude des séniors envers les internes semble un facteur crucial.

Au plan qualitatif, Tremeau, dans son travail de thèse (35) décrit quatre types de management : le type « collaborateur », le sénior montrant autant d'intérêt pour l'humain que pour la tâche ; « maman poule », le sénior ayant une attitude protectrice ; « transparente », soit absence d'encadrement total ; « humiliante » portant un intérêt sur les tâches au détriment de l'humain. Ces deux dernières attitudes, délétères, sont retrouvées également notre étude.

Au plan quantitatif, les responsabilités excessives sont associées au burn-out d'après Galam (33) ; avoir des séniors à l'écoute diminue le risque de burn-out d'après Kerrien (26). Le rôle des modèles, positifs et négatifs, de médecins plus âgés, est relaté par Boisard (30).

Au-delà des seuls séniors, le fait de se sentir soutenu par l'équipe serait un facteur protecteur de burn-out d'après une étude de Boudoukha portant sur le ressenti des soins palliatifs hospitaliers par les internes (29) ; avoir un rôle mal défini serait à l'inverse un facteur de risque (29,33). Enfin, la reconnaissance au travail serait un facteur protecteur (26) ; le manque de reconnaissance, un facteur de risque (4).

La revue de littérature anglophone par Dyrbye et Shanafelt précédemment citée (17) recense plusieurs études montrant un lien entre attitude des séniors et burn-out : effet négatif des relations stressantes, du manque de retour sur le travail effectué, effet positif d'une relation perçue comme un soutien mutuel ; les auteurs mettent cependant en garde contre le risque de conclure prématurément à un lien de causalité, l'état psychique de l'interne pouvant influencer sa perception des relations. De plus, notre étude montre que l'attitude des séniors peut se dégrader face aux signes de souffrance de l'interne, créant ainsi un cercle vicieux.

La qualité des relations entre pairs est également un facteur important d'après plusieurs études (15,18).

Un autre aspect souligné plus récemment dans la littérature, qui rejoint nos résultats, est l'impact des violences au travail, quel que soit l'auteur de ces violences.

Ainsi, humiliation, harcèlement, agression sexuelle sont des facteurs associés au burn-out dans la dernière enquête menée par les syndicats d'étudiants et internes en médecine (5) ; ils ont une prévalence élevée : 23% des étudiants en médecine et internes répondant auraient subi des humiliations, 25% du harcèlement, 4% des agressions sexuelles ; 76% des violences sexuelles subies (harcèlement sexuel, agression) ayant lieu à l'hôpital.

L'agressivité envers les médecins est un facteur de risque d'après Galam (33) ; les agressions verbales et physiques des patients également d'après Kerrien (26) .

- c) Des stages en ville peut-être plus protecteurs que les stages hospitaliers ; peu d'influence de l'avancée dans l'internat

Le type de stages semble influencer le risque de burn-out pour les internes de médecine générale : d'après une étude, les stages aux urgences sont particulièrement pourvoyeurs de burn-out (4) ; d'après deux études, les stages ambulatoires seraient protecteurs (28,30).

La charge de travail – plus élevée aux urgences, moindre en stage ambulatoire – pourrait, au moins en partie, expliquer ces résultats.

Dans notre étude, une interne fait part de son impression que de très nombreux stages ambulatoires se passent mal dans sa faculté. Malgré le caractère très subjectif de cette observation, il permet d'attirer l'attention sur le fait que les études montrant un moindre risque de burn-out en stage ambulatoire ont été menées avant la réforme de l'internat de 2017, qui a rendu obligatoires deux stages ambulatoires dans la maquette de médecine générale ; notre étude suggère que la nécessité d'accroître rapidement le nombre de terrains de stage ambulatoire a pu parfois se faire au détriment de la qualité de l'accueil en stage ; de plus, il semble y avoir de fortes disparités selon les facultés.

Le début de l'internat est décrit comme un moment à risque dans notre étude comme une autre étude qualitative (27). Cependant, ces résultats sont nuancés par les recherches quantitatives : d'après une étude française longitudinale pendant les trois années d'internat, par Galam, le stress est maximum en début d'internat, mais les taux de burn-out sont stables sur les trois années (33) ; d'après le travail de thèse de Boisard, le risque de burn-out culmine en deuxième année d'internat (30). Le stress de début d'internat serait donc un facteur réel, mais non décisif, dans la souffrance des internes.

- d) Bien faire, un facteur de bien-être ?

Bien faire semble important dans le bien-être en stage dans notre étude : le sentiment d'utilité et de bienfaisance étant des éléments recherchés par les internes, et parfois regrettés.

La littérature documente ce concept de différentes manières : Boisard décrit que les capacités d'empathie de l'internes évoluent parallèlement au taux de burn-out pendant l'internat, et constituent un facteur d'accomplissement personnel (30) ; Galam décrit le fait de ne pas être à la hauteur de ses propres valeurs, et le gap entre la réalité et ses attentes, comme un facteur de risque (33).

L'impact du contenu du travail est peu étudié. Plus la part administrative du travail d'interne est importante, plus il y a de burn-out d'après Boisard (30). D'après Kerrien, une forte demande psychologique en stage est un facteur de risque de burn-out (26) ; l'étude de Boudoukha sur l'impact des soins palliatifs hospitaliers conclut quant à elle, que si la prise en charge des personnes en fin de vie semble difficilement vécue pendant la période de l'internat, cela ne s'exprime pas clairement en termes de burnout : la façon dont l'interne est encadré dans cette prise en charge influençant en revanche le taux de burn-out (29).

Le rôle crucial de l'apprentissage en stage, tel que décrit dans notre étude, n'est pas relaté dans la littérature.

e) La difficulté à reconnaître ses difficultés, un facteur menant au burn-out complet ?

Dans notre étude, les internes ont du mal à nommer et évaluer leurs difficultés ; plusieurs éludent l'impact psychologique des difficultés en stage. Demander de l'aide n'est pas évident.

La littérature française et internationale s'accordent sur la difficulté des médecins comme des internes à évaluer leur état psychique, et à chercher de l'aide (1,17).

Plus encore, d'après un article de recherche en psychologie sur le burn-out de médecins séniors, le manque de reconnaissance de ses émotions, avec comme conséquence la mauvaise gestion de ses émotions, est le facteur principal conduisant les médecins au burn-out total. Cela serait lié à leur « idéal médical », les émotions n'étant pas reconnues car jugées inadéquates pour leur performance au travail, et contraires à leurs valeurs (36).

f) Facteurs individuels

La part de facteurs individuels dans la survenue de burn-out est difficile à affirmer.

Les étudiants en médecine étant plus sujets au burn-out et à la souffrance psychique que la population générale, des études internationales se sont interrogées sur une potentielle plus grande fragilité des étudiants qui choisissent d'entrer dans le cursus médical : les résultats retrouvent, au contraire, **des étudiants plutôt en meilleur santé psychique que les étudiants d'autres filières** (17).

En revanche, je n'ai pas connaissance d'étude interrogeant la corrélation entre souffrance psychique pendant l'externat et pendant l'internat.

D'après les responsables universitaires prenant en charge les internes en grande difficultés, **les difficultés débuteraient presque toujours pendant l'externat ou le premier cycle, parfois non dépistées** (37,38).

C'est également le constat que nous a confié le Dr Donata Marra, dans un entretien préalable au début de ce travail de thèse.

Les résultats de notre étude s'inscrivent en opposition avec ce constat.

Plusieurs internes décrivent des difficultés débutant lors de l'internat, liées à un ou plusieurs stages difficiles, y compris des cas de souffrance psychique intense ; un des internes décrit même son externat comme plutôt détendu et festif. Le fait que les internes n'interprètent pas leur parcours comme le font les responsables universitaires peut en partie expliquer ce constat ; d'autant que je n'ai malheureusement pas systématiquement interrogé les internes sur leur vécu de l'externat et du premier cycle. Une autre explication serait que les responsables universitaires considèrent comme internes « en difficulté » des internes qui sont en difficultés au cours de leur internat indépendamment du stage ; la problématique de la souffrance en stage étant considérée comme une problématique connexe mais séparée.

3. Prise en charge des internes en difficulté : état des lieux

- a) Travaux sur la prise en charge des internes de médecine générale : principalement des travaux de thèse

Les experts internationaux comme français s'accordent à dire que la prise en charge des internes en difficultés doit être adaptée à l'environnement local, et inclure des approches diversifiées (1,17).

Cinq travaux de thèse d'internes en médecine générale sont intéressants pour comprendre le fonctionnement de l'aide aux internes en difficulté en France, avec des approches différentes, et complémentaires de notre travail.

Deux travaux ont interrogé DMG et associations et syndicats locaux représentatifs (ASLR) des internes de médecine générale, en France, sur la prise en charge des internes de médecine générale en souffrance : Cléménçon, en 2015, les a interrogés dans un travail sur la prise en charge des internes en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques, dans un travail purement qualitatif, par entretien (37) ; Billault et Madoz, en 2019, sur la prévention et le prise en charge de la souffrance psychologique des internes, avec une approche semi-quantitative, par questionnaire écrit (38). Deux travaux ont évalué des dispositifs spécifiques de prise en charge : Camuset et Sicard, en 2019, ont évalué la cellule de remédiation mise en place par le DMG de Grenoble, sur la base d'entretien avec des internes ayant été pris en charge par cette cellule (39) ; Fedidah, en 2018 a évalué la cellule de soutien SOS INH, en s'intéressant à la connaissance des internes de la cellule, et au freins au recours, la cellule étant peu utilisée. Enfin, Souchu a cartographié l'ensemble des ressources accessibles aux internes de médecine générale rattachés au Département de Médecine générale de l'université Paris Diderot, en 2020 (16).

b) Interne en difficulté, interne posant problème ou en échec : des confusions dans la prise en charge

On note dans la prise en charge des internes en difficulté une confusion fréquente entre soutien à l'interne et prise en charge d'interne posant un problème, que ce soit en stage ou sur le plan universitaire (interne avec des lacunes, difficultés de réalisation des travaux universitaires).

Ainsi, la cellule de remédiation mise en place par le Département de Médecine Générale de Grenoble impose l'accompagnement aux internes quand elle le juge nécessaire ; cet accompagnement consiste en grande partie à une aide à la réalisation de travaux universitaires ; l'inclusion dans le programme est parfois vécue comme une punition (39). Il s'agit alors plutôt d'un dispositif de prise en charge des internes avec des lacunes, plutôt qu'un dispositif de soutien aux internes en difficulté.

La prise en charge des internes en difficulté du fait de troubles psychiques pose la double question de l'accompagnement de ces internes, et de la garantie de leurs compétences, avec la nécessité de l'invalidation de certains stages, voire de restriction de leur pratique médicale à terme, d'après Cléménçon (37). La limite entre rôle d'accompagnement et rôle sanctionnant est floue ; une invalidation de stage peut ainsi être vécue comme une occasion d'apprentissage si elle est décidée en accord avec l'interne. Une option de séparation des rôles est que le DMG accompagne, et que le coordonnateur de DES valide ou non ; cela ne correspond pas à la réalité en Ile-de-France : ici, le rôle du DMG est prépondérant dans la validation du cursus de l'interne.

D'après Souchu, en revanche, le rôle d'accompagnateur des cellules de soutien au sein des DMG de Paris Diderot et de Paris Descartes est clair, sans influence sur la

validation du cursus, avec comme moyen pour garantir l'absence d'impact sur le cursus le recours uniquement à des médecins « juniors » du DMG (16).

La prise en charge d'internes posant problème peut inclure l'invalidation de stage, et à plus long terme l'encadrement de la pratique médicale ou l'interdiction d'exercer en cas de problème grave non solvable.

Les modalités d'intervention auprès des internes posant problème semblent encore plus floues, et variables selon les lieux, que l'accompagnement et le soutien aux internes en ayant besoin.

Cette question est méconnue y compris des DMG d'après Cléménçon ; elle sort du cadre classique de la prise en charge des internes en difficultés, et en constitue, en quelque sorte, le tabou.

- c) Accès à l'aide : beaucoup de non-recours ; des situations non prises en charge malgré un repérage ; une dilution de responsabilité

La problématique du non-recours, ou du mauvais repérage, est omniprésente dans la question de la prise en charge des internes en difficultés.

Certains internes ne finissent jamais leur cursus, alors qu'ils n'ont été jamais repérés en difficultés par le DMG (37). La plupart des nombreuses structures accessibles aux internes de Paris Diderot font état d'un faible recours malgré un besoin important (16). Récemment, la cellule d'aide aux internes en difficulté du DMG de l'université de Paris Cité (groupe Soutien) faisait le même constat : peu de sollicitations malgré la présence d'internes en grand souffrance³. C'est même le point de départ du travail de Fedidah sur la cellule SOS INH (40).

Pourtant, les portes d'entrées dans l'aide sont multiples, ainsi que les modes de repérage des internes en difficulté, d'après les deux études portant sur DMG et ASLR, et de façon concordante avec notre étude.

Les freins à l'accès à l'aide décrit dans notre étude sont retrouvés également dans les autres études : honte, tabou, sont décrits dans toutes les études, associées au manque de reconnaissance par l'interne de ses propres difficultés ; la peur des répercussions et de la stigmatisation, les craintes autour de la confidentialité également.

Le manque de pertinence de l'aide du point de vue des internes est décrit comme un frein au recours à la plateforme SOS INH : manque de pertinence a priori d'une structure d'urgence dans des situations d'installation insidieuse, manque de pertinence d'après l'expérience d'un autre interne.

³ D'après un courriel envoyé aux enseignants de l'université de Paris par les Dr Sara Eudeline et Caroline Flipo au nom du groupe Soutien, en 2022

Le manque de coordination entre les acteurs de l'aide est évoqué comme un frein par les études interrogeant DMG et associations d'internes ; l'étude de Souchu souligne en outre la **compartmentation** de l'aide, avec 20 structures mobilisables par les seuls internes d'un DMG. Ce manque de coordination correspond à ce que notre étude détaille comme un problème d'attitude face à la demande d'aide ou d'adressage inapproprié : les difficultés, bien que dépistées, n'aboutissent pas à une prise en charge par les acteurs pertinents.

De plus, **la lenteur de réponse** est un frein décrit par Billault et Madoz.

Le **risque de ping-pong** entre différentes structures qui se renvoient la balle, retrouvé dans notre étude lors de difficultés d'ordre administratif, est également décrit, avec d'une manière plus générale la **dilution des responsabilités** entre les différentes structures.

Certaines structures en charge des internes ne se considèrent pas comme acteur de l'aide ; ainsi d'après Souchu, la coordination du DES de médecine générale en Ile-de-France estime que « l'accompagnement des internes en difficulté, bien qu'il soit un sujet très important, est plutôt dévolu à chaque DMG » (16).

De façon non surprenante, répression et minimisation des difficultés, notamment par le DMG, telles que décrites dans notre étude, ne sont que peu décrites dans les études s'intéressant aux DMG et ASLR ; seul Cléménçon mentionne la problématique de la mauvaise prise en charge des problèmes en stage de ville par le DMG, d'après une ASLR. Cela semble inhérent à la méthode d'étude : les internes dont la demande n'est pas entendue par le DMG semblent plus enclins à se taire, et plus encore s'ils ont été menacés, les ASLR ne peuvent donc que peu se faire leur relais ; quant aux DMG, il semble vraisemblable, d'une part que ceux qui ont répondu soient les plus bienveillants envers les internes ; d'autre part que minimisation et répression soient des attitudes involontaires ou cachées.

- d) 3 types d'aide en pratique : soutien psychologique, intervention sur le stage, intervention sur le cursus

Les deux types d'aides décrits dans notre étude : soutien psychologique, intervention au niveau du stage sont retrouvés dans la littérature, ainsi qu'un troisième type d'aide : intervention sur le cursus, et notamment facilitation du parcours de stage (type d'aide peu présent dans notre travail, uniquement mentionné comme une possibilité souhaitée par une interne).

Le soutien psychologique peut comporter une attitude bienveillante, et un adressage vers des structures de suivi psychologique (37,38) ; certaines structures

proposent exclusivement un suivi psychologique (16,37,38). Il faut être attentif, dans le cas d'une prise en charge par le DMG notamment, à ce qu'il n'y ait pas de confusion entre le rôle d'accompagnement du médecin et un rôle de thérapeute (37) ; adresser à un médecin généraliste, psychiatre ou psychologue libéral peut être pertinent, en privilégiant des professionnels sans lien avec le DMG de l'étudiant ou son lieu de stage (16,37,38). L'arrêt de travail est, autant que possible, à éviter (37).

L'intervention sur le stage n'est mentionnée qu'à titre anecdotique par Cléménçon, de façon surprenante. Billault et Madoz mentionnent comme interventions possibles : changement de terrain de stage, médiation en cas de conflits avec les maîtres de stage, exemption de garde, aménagement de poste.

L'intervention sur le cursus comprend l'invalidation de stage, qui peut permettre de faire à nouveau un stage du même type, et à ce titre aider l'interne (37,38) ; la mise en disponibilité (38) ; le parcours de stage facilité (37,38). La facilitation du parcours de stage peut consister en un aménagement des stages (par exemple : exemption de garde, temps partiel thérapeutique), ou bien en la réalisation de stages en surnombre, ou par le fléchage d'un stage (un stage pouvant être en surnombre et fléché). Les aménagements de stage et les stages en surnombre sont théoriquement du ressort de la médecine du travail ; en pratique, l'obtention de stage en surnombre hors grossesse est parfois impossible (37), et les aménagements de stage peuvent faire l'objet d'accords informels (37). Le fléchage est illégal, et donc toujours informel (37). **Le caractère informel, et par là-même très variable d'une région à l'autre, pourrait expliquer que nous n'ayons pas retrouvé ce type d'aide dans notre travail.** Dans certaines situations, une facilitation du parcours aurait pourtant été souhaitable ; c'est alors l'interne lui-même qui a dû se débrouiller pour se fabriquer un parcours favorable. L'absence d'intervention de la médecine du travail, y compris lors d'arrêt de travail de longue durée, retrouvé dans notre travail, est symptomatique du **manque de prise en charge par la médecine du travail**, constamment décrit (1,10,16,37,38).

- e) Une prise en charge individualisée ; confidentialité requise, coordination souhaitable

La prise en charge est nécessairement individualisée. La coordination entre les différentes structures d'aide est un enjeu dans la prise en charge comme dans le dépistage ; la **dilution des responsabilités** est là aussi un risque réel. Les avantages d'une prise en charge coordonnée ne doivent pas faire oublier la nécessité de la confidentialité ; l'accord de l'interne est un préalable avant de faire intervenir une autre structure.

Le manque de moyens est un facteur limitant : parfois manque de structure dédiée à la prise en charge des internes localement, toujours **manque de moyens en**

médecine du travail et médecine préventive universitaire, souvent difficulté d'adressage en soins psychologiques et psychiatriques à coût abordable.

Perspectives

1. Les recommandations existantes : une base à mettre en œuvre

Plusieurs structures ont récemment émis des recommandations concernant la prévention et la prise en charge des internes en difficultés : outre le rapport Marra sur le bien-être des étudiants en santé en 2018 (1), citons le guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants publié par le Ministère de la Santé en 2017 (41), les axes de propositions pour la mise en place d'un plan d'action pour maîtriser les risques psycho-sociaux des étudiants des formations en santé issus de la conférence de Concertation de la Conférence des doyens de médecine, en 2021 (42), et, plus localement, le rapport du groupe des internes en difficulté de la Commission médicale d'établissement centrale de l'AP-HP, en 2018 (43).

La multiplicité de ces rapports témoigne de l'intérêt pour le sujet autant que des diverses facettes de l'internat : étudiants et jeunes médecins, et de la pluralité des acteurs concernés par le bien-être des étudiants en santé : ministère de l'éducation et de la santé, ARS, facultés de médecine, et, en Île-de-France, l'APHP.

Ces recommandations sont fournies et détaillées. Il ne serait pas pertinent, dans ce travail, de revenir sur l'ensemble des recommandations, ni de prétendre à des recommandations globales. L'objet de ce chapitre est simplement de discuter de points d'attention mis en exergue par notre recherche, et d'y adjoindre des propositions concrètes, d'actions et/ou de recherche.

La prévention se découpe classiquement en prévention primaire à tertiaire. D'après le Dr Marra, cette classification appliquée au mal-être des étudiants en santé permet de définir la prévention primaire comme s'appliquant à l'ensemble des étudiants, secondaire aux populations d'étudiants « considérées comme étant à risque d'échec académique et/ou avec des risques psychosociaux », et tertiaire aux étudiants « en difficulté académique (redoublants, étudiants régulièrement en seconde session d'examens) et/ou présentant des problèmes graves médico-socio-psychologiques entravant leur bien-être et la poursuite de leurs études » (1).

La limite entre la prévention secondaire et tertiaire pouvant être floue, nous avons segmenté ici les préconisations en trois parties : prévention primaire ; prise en charge

des situations à risque (prévention secondaire, collective) ; aide individuelle aux internes (prévention secondaire à tertiaire).

2. Prévention primaire

La prévention primaire concerne l'ensemble des internes.

a) Une action nécessairement globale

Deux grands axes se dessinent en prévention primaire : amélioration des conditions de travail et de formation, et formation des internes à l'auto-prévention du burn-out (meilleure connaissance du burn-out, ateliers de gestion du stress, ...).

La formation des internes à la gestion de leur propre bien-être est un point important d'après les experts internationaux. Cependant, si elle est menée de façon isolée, sans que s'y associe le souci d'améliorer les conditions de travail, cela augmente le cynisme (17).

Concernant les conditions de travail, on a vu récemment une forte mobilisation autour du temps de travail des internes, réclamant notamment le respect du maximum légal des quarante-huit heures par semaine (44).

L'importance du respect du temps de travail est indiscutable, tout comme la légitimité de ces revendications, qui demandent uniquement le respect de la loi.

Cependant on ne peut restreindre la prévention du burn-out à une simple question de respect du temps de travail, et il paraît illusoire d'espérer améliorer les conditions de travail des internes sans augmenter l'effectif de personnel médical.

Une action globale est nécessaire : pour agir sur l'ensemble des facteurs de burn-out, et non sur la seule surcharge de travail ; pour lutter efficacement contre la surcharge de travail.

b) Améliorer les conditions de travail des soignants dans leur ensemble, pour améliorer les conditions de travail de l'interne

La souffrance des internes est largement liée à leur environnement de travail ; le manque de personnel soignant, et le fait d'être encadré par des médecins eux-mêmes surchargés et épuisés est délétère.

L'amélioration des conditions de travail des séniors serait triplement bénéfique en permettant : aux séniors d'avoir la disponibilité pour un encadrement et un enseignement aux internes de qualité ; une juste charge de travail pour les internes, y compris en cas d'interne manquant, sans mise en danger du fonctionnement du service, les séniors pouvant aider à pallier le manque d'interne ; des modèles positifs et épanouis.

De plus, une équipe paramédicale et administrative suffisante est nécessaire pour éviter le glissement de tâches non médicales vers les médecins, et notamment les internes, et les externes.

De façon plus globale, une équipe médicale, paramédicale et administrative suffisante sont nécessaires à assurer le bon soin au patient, élément essentiel de la formation et du bien-être de l'interne.

Au vu de la situation critique des hôpitaux actuellement (45–47), une action globale et ambitieuse est urgente.

- c) Diminuer la charge de travail des internes et respecter le temps de travail légal : comment y parvenir ?

Le respect du temps de travail légal est un leitmotiv de la prévention de la souffrance des internes. Il n'est pas question de remettre en cause la légitimité de ces revendications. Cependant la question des moyens à mettre en œuvre se pose : doit-il s'agir d'une contrainte imposée aux services ? Si oui, comment la mettre en œuvre ?

Vouloir agir sur les conditions de travail des internes sans agir sur les conditions de travail des séniors, et sur les effectifs de personnel médical, paramédical et administratif, paraît vain ; au mieux une amélioration modeste est à espérer, au pire cela peut s'avérer délétère.

Le risque est quadruple : majorer la charge de travail des séniors, en particulier des jeunes séniors, eux-mêmes déjà très surchargés ; créer ou majorer des tensions entre ce qui est préconisé et ce qui est réaliste, au risque que les internes soient pris dans un dilemme, culpabilisant à la fois de trop faire (par rapport à ce qui est recommandé) et de ne pas assez faire (par rapport à ce qui est nécessaire au bon fonctionnement du service), et n'osant pas déclarer leur charge de travail réelle de peur de pénaliser le service ; augmenter la densité du travail (en faire autant en moins de temps, et donc avoir la sensation de courir tout le temps) et pénaliser les internes plus lents, ou plutôt moins rapides, avec une forte pression pour exécuter rapidement les tâches ; diminuer la valeur formative des stages, si la charge de travail est diminuée au détriment des

activités pédagogiques en stage et non au détriment des activités à faible valeur pédagogique (travail administratif...), comme cela serait souhaitable.

Sans que la situation soit identique, une comparaison avec la réglementation du temps de travail des internes (portée par 2 principales réformes en 2003 et 2011) aux Etats-Unis est intéressante. Celle-ci aurait eu des effets mitigés, d'après la revue de littérature précitée (17), avec au global un effet neutre sur le burn-out des internes, potentiellement à cause d'une augmentation de la densité de travail en parallèle de la diminution du temps de travail. A titre d'exemple, une étude sur l'application de la réforme de 2011 à des internes de pédiatrie décrit une amélioration effective des horaires de travail, mais une augmentation de la densité du travail, et une diminution de la valeur pédagogique du stage, en grande partie à cause du décalage entre temps de travail des internes et des séniors, avec un effet neutre à délétère sur le bien-être des internes (48).

Une approche contraignante peut, malgré ces limites, être intéressante pour sanctionner les francs abus et non respects du temps de travail à outrance.

Cela nécessite la mise en place effective d'un décompte des heures de travail des internes, décompte réclamé depuis plusieurs années par les organisations syndicales d'internes, et dont le caractère obligatoire a été confirmé par le conseil d'Etat tout récemment (49).

La mise en place de ce décompte pourrait permettre en outre de sensibiliser chefs et internes au respect du temps de travail, et être un support de dialogue entre chefs et internes.

Concernant les services ne respectant pas le temps de travail de façon « disproportionnée », la conférence des doyens de médecine préconise le retrait d'agrément (42). Il paraît en effet intéressant qu'un temps de travail excessif donne lieu à une évaluation externe du stage. Mais le retrait d'agrément n'est pas toujours adéquat, parfois irréaliste, en raison de la pénurie de terrains de stage dans certaines spécialités, ni forcément souhaitable, une charge de travail élevée pouvant être partiellement être compensée par la valeur pédagogique du stage, et/ou expliquée par des facteurs circonstanciels jouant sur la charge de travail (absences imprévues).

D'autres interventions sont à imaginer.

De plus, le retrait d'agrément a le défaut d'être une action de pure prévention primaire, à destination des futurs internes. Elle ne prend pas en compte la souffrance des internes ayant déclarés la surcharge de travail : un changement de paradigme qui semble souhaitable, nous y revenons au point suivant.

d) Renforcer le management

Le renforcement du management pourrait permettre d'améliorer la charge de travail et le contenu du travail.

Du point de vue de la charge de travail, l'amélioration de la répartition de la charge de travail entre les internes, une meilleure gestion des situations imprévues (par exemple absence d'un interne), et une plus grande prévisibilité du temps de travail peut diminuer la pénibilité du travail, à quantité de travail égal.

Du point de vue du contenu du travail, on peut souhaiter une plus grande clarté dans l'attribution des tâches et une meilleure évaluation des responsabilités attribuées à l'interne, avec une progressivité dans les responsabilités au cours de l'internat.

La formation des médecins responsables des internes (chef de service, responsable des internes) au management semble un levier d'amélioration.

De plus, le choix des chefs de service devrait inclure une réflexion sur les qualités de manager des médecins candidats, outre leurs compétences médicales.

Enfin, une réflexion autour de la délégation d'une partie du management à des personnels non médicaux pourrait être intéressante : pourrait-on imaginer qu'un adjoint au chef de service organise l'intégration et l'emploi du temps des internes, en conciliant les exigences du service, les exigences de formation des internes et au possible leurs souhaits personnels ? Cette conciliation est actuellement le plus fréquemment à la charge des internes, sans réelle supervision, créant stress et situations inéquitables ...

e) Lutter contre le harcèlement

La lutte contre le harcèlement paraît essentielle, sous toutes ses formes : humiliations, harcèlement moral et sexuel, discriminations. C'est une problématique complexe, et les mesures de lutte peuvent d'avérer inefficaces, si elles ne permettent pas un changement global des mentalités (17).

Par exemple, le partenariat entre l'université de Paris Cité et l'association Women Safe, s'il peut paraître intéressant, semble inefficace : d'après le travail de Souchu datant de 2020, aucun interne n'y avait eu recours (16).

La lutte contre le harcèlement pendant l'externat et l'internat de médecine est un sujet de recherche à développer : en explorant la littérature internationale, en évaluant les initiatives françaises et en expérimentant de nouvelles solutions.

f) Evaluation et agrément de stage : un système à améliorer

Actuellement, une partie de la prévention primaire de la souffrance en stage repose sur le retrait d'agrément des stages problématiques, par la coordination du DES de médecine générale.

Cependant, le choix du retrait ou non de l'agrément d'un stage repose sur un système opaque, semblant comporter une part importante d'aléatoire. Par exemple, dans notre étude, le retrait d'agrément provisoire d'un service a été l'aboutissement d'un signal d'alarme lancé par une interne isolée, se définissant comme militante, et à l'encontre de l'opinion de ses co-internes ; en l'absence de cette interne, le stage n'aurait probablement pas été repéré comme problématique.

Les signaux d'alarme utilisés pour la réévaluation d'agrément d'un stage semblent être les évaluations de stage et les alertes relevées par les syndicats. Les évaluations de stage sont anonymes en théorie, mais ne garantissent pas l'anonymat en cas de faible nombre d'internes en stage. De plus, l'opacité de leur prise en compte par la coordination du DES de médecine générale peut démotiver les internes. Permettre de signaler directement les problèmes rencontrés en stage à la coordination du DES de médecine générale, ou de faire une évaluation non publique du stage, pourrait améliorer le dépistage des situations problématiques en stage, et le sentiment des internes d'être reconnus et pris en compte par leur hiérarchie.

De plus, il paraîtrait pertinent que les stages ayant de façon récurrente des postes vacants fassent l'objet d'une réévaluation d'agrément, le non-choix du stage étant un signal d'alerte.

g) Des attentes réalistes des stages : contrat de travail et charte des stages

La rédaction d'un contrat de travail est une des suggestions originales du travail de thèse de Brunianyn et Ronflet, dans lequel les internes ont réfléchi en groupe à la prévention du burn-out (50).

Un contrat de travail, s'il est réaliste et adapté à la situation du stage, permettrait aux internes d'avoir un cadre clair concernant leurs horaires de travail et leur rythme de travail ; il serait le garant d'une réelle réflexion sur l'organisation des internes en amont du début du stage.

De même, une charte des stages permet de définir les normes d'accueil des internes dans un type de stage, et sert ainsi de références.

La rédaction d'une charte des stages ambulatoires par le CNGE en 2012, et sa révision par le CNGE et l'INSAR-IMG en 2021, est à saluer.

Le risque de ce type de document est de fixer des attentes irréalistes, rendant caduque son rôle de référence en pratique, voire ayant un effet pervers.

Ainsi, par exemple, la charte des stages ambulatoires de 2021 préconise la présence constante du maître de stage sur place lors des stages de niveau 1, y compris en phase de supervision indirecte (51). Notre étude montre la limite de cette préconisation : des stages de niveau 1, décrits comme nombreux, ont lieu dans des cabinets avec un seul lieu de consultation ; soit il n'y a aucune consultation en supervision indirecte, soit le maître de stage est absent (à moins que le maître de stage ne reste à lire le journal en salle d'attente, ce qui paraît peu crédible ...).

Il paraît impossible en pratique d'exclure tous ces lieux de stages, au vu de la pénurie de terrains de stage, et peu souhaitable, le mode d'exercice en cabinet individuel ne préjugant pas une mauvaise qualité de stage par ailleurs. L'absence totale de consultation en supervision indirecte est théoriquement possible d'après la charte des stages, si l'interne n'est « pas en capacité de consulter en autonomie ». Un effet pervers de la charte des stages serait de généraliser l'absence de consultation en supervision indirecte lors du stage de niveau 1, alors même que l'autonomie est bénéfique à l'apprentissage, et l'absence complète d'autonomie, génératrice de mal-être.

h) A l'échelle locale : favoriser la convivialité et les échanges informels entre internes

A l'échelle locale, une action simple de prévention primaire est d'agir en vue d'améliorer les liens sociaux entre internes.

Cela concerne autant les associations étudiantes que le DMG.

Les associations étudiantes peuvent créer des occasions de rencontre : évènements, lieu convivial à la faculté, ...

Le DMG peut favoriser la création de lien entre les internes en organisant une partie des enseignements par petits groupes, avec des groupes d'étudiant fixes. L'importance des enseignements en présentiel, par l'occasion de discussion informelle, « entre deux » qu'ils offrent, a été souligné par la pandémie covid-19.

Les enseignements en petit groupe peuvent en outre être l'occasion de favoriser la création d'un lien avec les enseignants, en favorisant le suivi d'un groupe par le même enseignant. Il y a un juste équilibre à trouver entre un suivi prolongé permettant la connaissance réciproque de l'enseignant et des internes, et le bénéfice apporté par la rotation des enseignants : apports pédagogiques différents, éviter de cristalliser des conflits entre un groupe (ou un interne) et un enseignant, création plus facile de liens selon l'affinité entre le groupe et l'enseignant. Un changement d'enseignant tous les semestres ou tous les ans paraît un bon compromis.

3. Prévention secondaire : prise en charge des situations à risque

a) « Stage à risque » : dépistage et prise en charge précoce des difficultés

- Un changement de paradigme

Actuellement, la souffrance de l'interne en stage est vue sous deux angles : celui de la prévention primaire, qui consiste à éliminer les pires terrains de stage, et à réglementer les autres ; celui de la prise en charge individuelle, en cas de difficultés avérés en stage.

Une attitude intermédiaire, d'évaluation et d'intervention précoce dans les terrains de stage à risque, pourrait permettre d'éviter à des situations difficiles d'être passées sous silence, ou de s'enkyster.

Cela paraît d'autant plus intéressant que la prévention primaire se heurte à la difficulté de repérer et d'évaluer les stages délétères ; et qu'elle ne prend pas en compte les facteurs circonstanciels aggravant.

Plusieurs questions se posent alors, auxquelles nous allons essayer de donner des pistes de réponses.

- Comment repérer ces situations à risque ?

D'une part, **la charge de travail pourrait être évaluée à partir d'une déclaration par les internes**, par exemple sur le site du DES de médecine générale, à 1 mois et 3 mois de stage, du **nombre d'heures travaillées par semaine**, et donner lieu à une intervention auprès des internes déclarant une charge de travail très excessive, selon un seuil à discuter.

La grille actuellement utilisée par le site du DES de médecine générale (grille « CETAS » pour « acquisition de Compétences », « supervision/Enseignement », « charge de Travail », « Ambiance », « je conseille ce Stage »), permet de noter de façon subjective la charge de travail, sans la quantifier. De plus, son utilisation n'est prévu qu'à mi-stage et en fin de stage (et dans les faits elle est surtout remplie en fin de stage et utilisée pour les choix suivants).

D'autre part, **les stages dont tous les postes n'ont pas été choisis pourraient faire l'objet d'une évaluation**, au mieux avant le début du stage et en début de stage. L'enjeu est double : d'une part, le non-choix du stage peut être le symptôme de dysfonctionnements importants du stage ; d'autre part, le fait qu'il y ait moins d'internes que prévu nécessite une réorganisation du stage, avec un fort risque de surcharge de travail pour les internes.

L'évaluation en amont du stage permettrait de discuter avec le service de la réorganisation prévue, et d'inciter à une réflexion interne autour de la charge de travail des internes ; et dans les cas où de graves dysfonctionnements sont constatés, de

proposer une autre affectation aux internes en amont du début de stage. L'évaluation en début de stage permettrait de s'assurer de l'organisation effective du service et de l'absence de surcharge démesurée de travail.

Enfin, toute situation où le retrait d'agrément d'un service est envisagé devrait être considérée comme une situation à risque pour les internes du service, et traitée comme telle.

Ces préconisations, basées sur notre étude – et la littérature concernant la charge de travail - pourraient être confirmées et enrichies par une étude quantitative étudiant le risque de souffrance au travail en fonction du stage selon des critères facilement exploitables, tels que le nombre de postes vacants, ou le rang de classement des internes ayant choisi le stage (pondéré par la distance du stage, deuxième critère de choix avec la qualité du stage d'après notre expérience), ou la note globale du stage aux dernières évaluations.

- Intervention auprès des internes en stage « à risque » : par qui, et comment ?

L'intervention auprès des stages en ville repérés à risque serait logiquement du ressort du DMG dont dépend le maître de stage.

En cas de difficultés en stage hospitalier, en Ile-de-France, **la structure la plus susceptible d'intervenir est la coordination du DES de médecine générale**, dont dépend l'agrément des stages hospitaliers. Cependant, comme déjà mentionné, celle-ci n'est que très peu impliquée dans la prise en charge des internes en difficulté ; cela nécessiterait donc que la coordination du DES de médecine générale se saisisse de cette problématique.

Les internes de médecine générale sont fréquemment en stage avec des internes d'autres spécialités ; **une coordination avec les responsables des autres DES serait alors souhaitable.**

Quelle intervention ? Celle-ci pourrait se rapprocher d'une intervention en cas de difficultés en stage à titre individuel, avec un temps d'écoute des internes et d'évaluation de la situation et une prise en charge au cas par cas, avec des interventions au niveau du stage et une orientation vers une prise en charge individuelle si besoin.

- b) Absence imprévue d'interne : quelle stratégie de remplacement ?

Une autre situation à risque est celle de l'absence imprévue (et prolongée) d'un ou plusieurs internes. Celle-ci peut résulter de postes vacants après le choix de stage, ou d'arrêt de travail, ou d'absence d'un ou plusieurs internes pour toute autre raison.

Cette situation est à risque de surcharge de travail, et, en cas d'imprévu, de désorganisation avec manque de prévisibilité des horaires, ce qui est source de stress supplémentaire.

De plus, l'impact important des absences imprévues contribue à la stigmatisation de l'arrêt de travail chez les internes.

Plusieurs actions, en prévention primaire, peuvent diminuer l'impact des absences imprévues : **la diminution de la charge de travail globale des internes et l'augmentation du nombre de personnel médical**, rendant une surcharge de travail plus tolérable ; **l'amélioration du management**, et de la gestion des imprévus.

En prévention secondaire, la mise en place de stratégies de remplacement en cas d'absence prolongée d'internes serait intéressante : une solution serait de **faciliter le recours au FFI** ; une autre solution serait de créer un **pool d'interne de remplacement**.

La création d'un pool d'interne de remplacement peut sembler incongrue, les internes étant par essence des stagiaires, l'apprentissage primant sur l'utilité, et le travail d'interne nécessitant une bonne connaissance du service, et parfois de la spécialité. Cependant, plusieurs terrains de stage de médecine adulte polyvalente proposent des stages couplés, 3 mois dans un service, 3 mois dans un autre ; il est fréquent que les internes changent d'unité en cours de stage. Un stage de « pool de remplacement en médecine adulte » pourrait ainsi prévoir que les internes passent un à deux mois dans différents services, selon les besoins du service, sous la coordination d'un médecin qui veillerait à la qualité du stage.

4. Prévention secondaire à tertiaire : prise en charge individuelle des internes en difficulté

a) Une prise en charge individuelle : pour qui ? L'intérêt d'un outil d'auto-évaluation

- A qui proposer une prise en charge individuelle ?

Parmi les internes en burn-out, 15-25% guériraient dans les unes à deux années suivantes sans intervention spécifique (17).

Au vu de la prévalence élevée du burn-out chez les internes en médecine, une intervention individuelle auprès de chaque interne en burn-out peut sembler irréaliste, demandant des moyens humains trop importants.

A l'inverse, une prise en charge trop tardive est délétère, rendant les interventions complexes (37).

L'attribution d'un tuteur à chaque interne permet dans les faits un suivi individuel des internes.

Une approche graduée paraîtrait pragmatique, une intervention par le tuteur étant préconisée dans les cas les moins sévères, et la prise en charge par une structure d'aide dans les autres cas, ou en cas de mésentente avec le tuteur.

Une clarification des situations requérant une intervention, à visée des internes et des tuteurs, serait utile.

La question « qu'est-ce qu'un interne en difficultés ? » s'est avérée centrale dans notre travail. La banalisation des difficultés est un des piliers du non-recours à l'aide.

Pour répondre au mieux à cette question, un travail conjoint des structures d'aide, avec l'implication d'internes ayant connu des difficultés, semble souhaitable. Outre la définition (ou les définitions) d'un interne en difficulté, un tel travail pourrait proposer une grille de repérage ou déterminer des signaux d'alerte.

- L'intérêt d'un outil de repérage validé et avalisé par les structures d'aide

Une grille de repérage pourrait aider les internes à prendre conscience de leurs difficultés. Il serait pertinent qu'un tel outil soit porté par les structures d'aide aux internes, lui donnant une légitimité. Cela ne devrait pas en revanche restreindre l'accès aux structures d'aides.

Une échelle d'évaluation de la détresse morale est validée chez les internes en médecine étasunien : le Physician Well-Being Index (52). Cet outil pourrait être traduit et évalué chez les internes français. Son défaut est d'avoir un seuil unique, et d'être centré sur le ressenti de l'interne, ce qui peut mettre les internes mal à l'aise.

Une autre piste, potentiellement complémentaire, serait de créer une échelle du bien-être en stage, à plusieurs degrés, de « tout va bien » à « une intervention rapide est requise », mêlant des éléments objectifs au ressenti de l'interne.

- b) Une structure régionale d'aide aux internes : souhaitée et souhaitable

Le rapport Marra, en 2017, préconisait la mise en place d'une structure régionale pour l'aide aux internes (1). En 2022, cette structure n'existe pas. Une telle structure serait pourtant hautement souhaitable.

En effet, la fragmentation actuelle de l'aide, avec une aide institutionnelle dévolue aux DMG pour la médecine générale, et à chaque branche de spécialité, engendre des inégalités d'accès à l'aide, ainsi que des difficultés de prise en charge des situations complexes : situations impliquant plusieurs internes de facultés ou spécialités

différentes notamment, et situations où une intervention sur le stage hospitalier est souhaitable, ou bien une intervention sur le cursus de l'interne (aide au choix de stage ...) par manque de pouvoir des DMG.

De plus, le fait que l'aide aux internes et la validation de leur cursus reposent sur la même structure est un frein majeur au recours à l'aide, par peur des conséquences sur le cursus. L'existence de structures dédiées à l'aide au sein des DMG, et clairement indépendantes de la validation du cursus, ne lèvent que partiellement ce frein ; et une telle structure n'existe pas dans tous les DMG, ce qui participe aux inégalités d'accès à l'aide.

Idéalement, une structure d'aide régionale aux internes remplirait des missions de prévention primaire à tertiaire, et de recherche, et serait indépendante des universités et des coordinations des DES.

Les interventions en prévention primaire pourraient consister en des cours transdisciplinaires, sur des sujets comme la gestion de l'erreur médicale, la relation médecin-malade, le travail en équipe et l'auto-prévention du burn-out. Outre leur utilité propre, ces interventions permettraient de faire connaître la structure auprès des internes.

Cette structure pourrait également réaliser des actions auprès des internes dont le stage est identifié à risque, comme développé dans le point précédent.

Enfin, la structure proposerait une prise en charge individuelle aux internes en souffrance, en s'appuyant si besoin, et avec l'accord de l'interne, sur d'autres structures d'aide.

c) Prise en charge des internes en difficulté au sein du DMG

En l'absence de structure régionale d'aide aux internes, la place des DMG est centrale dans l'aide aux internes en difficulté.

La mise en place d'une structure dédiée à l'aide aux internes, avec des membres qui ne sont pas impliqués dans la validation du cursus, est souhaitable, et devrait concerner tous les DMG.

La communication autour d'une telle structure devrait se faire auprès des internes, des tuteurs, des maîtres de stages en ville comme à l'hôpital (même si, ceux-ci accueillant des internes de toutes les universités et souvent de plusieurs spécialités, l'utilité d'une structure dédiée aux internes d'une seule faculté peut leur paraître limitée – c'est un des problèmes de la segmentation de l'aide), ainsi que des enseignants et du secrétariat du DMG.

L'avantage du DMG est d'être bien connu des internes.

Certains DMG ont déjà mis en place de telles structures. C'est notamment le cas du DMG de l'Université de Paris-Cité, au sein duquel le groupe Soutien propose une prise

en charge aux internes en difficulté. Ce groupe est issu de la fusion de deux groupes similaires lors de la fusion de l'université Paris Diderot et Paris Descartes en 2020, dont la création date respectivement de 2019 et 2018 (16). Le groupe Soutien a un rôle d'accompagnement et d'orientation, non sanctionnant. L'absence d'impact sur le cursus de l'interne est garantie par la prise en charge des internes uniquement par des jeunes médecins (assistants ou chefs de clinique). Des médecins « seniors » (professeurs des universités) chapeautent et consolident le dispositif, et peuvent être associés à la prise en charge si besoin, et avec accord explicite de l'interne.

d) Quel type de prise en charge des internes en difficulté ?

- Une prise en charge polyvalente : nécessitant compétence et réseau

Une structure d'aide aux internes en difficulté devrait pouvoir prendre en charge des difficultés d'ordre varié : administratif et financière ; universitaire ; médical et psychologique ; liées au stage.

La prise en charge des difficultés administratives et financières nécessite une bonne connaissance du fonctionnement administratif complexe de l'internat, un réseau pouvant fournir une aide financière ou une aide spécifique (aide au logement, garde d'enfant...), voire la disposition d'un fond financier d'urgence en cas de besoin.

La prise en charge des difficultés universitaires comprend l'aide en cas de difficultés de réalisation des travaux universitaires, de réalisation de la thèse, et de conflit avec le DMG.

La prise en charge des difficultés d'ordre médical et psychologique devrait permettre d'orienter l'interne vers une prise en charge appropriée, par des médecins ou psychologues indépendants, tout en garantissant l'accès à des soins psychologiques à faible coût, et d'aménager si besoin le cursus de l'interne, en lien avec la médecine du travail. Elle nécessite un bon réseau, en particulier un réseau de soins psychologiques et psychiatriques, et une connaissance des possibilités d'aménagement de l'internat.

La prise en charge des difficultés liées aux stages devrait pouvoir comprendre une intervention sur le stage, avec l'accord de l'interne, et permettre le changement de l'interne de stage si besoin. Cela nécessite un réel pouvoir sur l'organisation des stages, éventuellement médié par un partenariat avec les responsables des stages en ville (DMG) comme hospitalier (coordination du DES de médecine générale), et une bonne connaissance des terrains de stage, pour favoriser le changement pour un terrain de stage favorable.

Dans tous les cas, un suivi de l'interne doit pouvoir être mis en place, l'efficacité des mesures mises en place doit être évaluée.

- Ecoute, bienveillance, confidentialité, prise en charge non punitive et lutte contre la stigmatisation, rapidité et suivi

Certains principes de prise en charge s'appliquent à tous les cas d'internes en difficulté.

Tout d'abord, une **écoute bienveillante**, permettant de faire émerger l'ensemble des problématiques, sans jugement, est essentielle. Le fait même de se sentir écouté, et d'être rassuré sur le fait de n'être pas le seul à avoir connu ce type de difficultés, est souvent un grand soulagement pour les internes.

Ensuite, la **confidentialité** est requise. Celle-ci interdit toute intervention, ou toute sollicitation d'une tierce personne, sans l'accord préalable de l'interne.

La prise en charge s'attache à être **non punitive**, et à l'inverse, à **lutter contre la stigmatisation** des internes rencontrant des difficultés.

Enfin, l'efficacité de la prise en charge repose sur une **réponse rapide**, et la mise en place d'un **suivi de l'interne**, au moins jusqu'à résolution des difficultés.

- e) Internes posant problème, interne en échec : des problématiques à explorer, et une prise en charge à mieux codifier

**La prise en charge des internes posant problème ou en échec sort du domaine de recherche de ce travail.
C'est une problématique qui nécessiterait un travail de recherche dédié.**

Deux approches sembleraient intéressantes : travail autour de la prise en charge des internes posant problème à leurs encadrants ; travail autour des internes en échec : invalidation de stage successives, ou non validation finale du DES.

L'enjeu serait de mieux comprendre ces problématiques et d'en clarifier la prise en charge.

Une plus grande transparence sur les interventions auprès des internes posant problème ou en échec serait bénéfique à l'ensemble des internes : en effet, la peur de l'invalidation de stage et de la non-validation finale du DES sont des obstacles majeurs à la recherche d'aide par les internes ressentant des difficultés, et des facteurs de stress chez l'ensemble des internes.

Conclusion

La prise en charge des internes en difficulté pendant l'internat est complexe. Les difficultés rencontrées sont diverses et multifactorielles. La crise du système de santé intervient dans leur genèse et complexifie leur prise en charge. **L'amélioration globale des conditions d'exercice des soignants est urgente.** Les internes, en tant que jeunes, en formation, éphémères dans leurs postes, et habitués à la négation de leur droit au travail, subissent particulièrement ces conditions.

Notre étude a permis de mieux cerner la notion d'internes en difficulté, et la manière dont ceux-ci sont pris en charge, en retraçant des parcours singuliers, en écoutant les suggestions d'internes ayant connu des difficultés, et en prenant en compte des données de terrain variées.

Qu'est-ce qu'un interne en difficulté ? Le flou dans la réponse à cette question contribue à éloigner les internes de l'aide appropriée. Mieux répondre à cette question et proposer des outils de repérage serait utile.

Les internes sont confrontés à des difficultés multiples qui peuvent se cumuler, hors et dans leur parcours universitaire et de stage. Leurs conditions de travail apparaissent comme une source et un amplificateur de mal-être.

Le caractère généralisé du mal-être banalise les situations. Le non-respect du droit du travail est la norme. La frontière est floue entre le banal – ce qui fait le quotidien de la majorité des internes - et l'inacceptable – qui nécessite d'être signalé. **Le droit du travail, qui pourrait et devrait servir de référence, ne peut pas aujourd'hui être considéré comme un cadre réaliste.**

Il faut également clairement **différencier interne en difficulté et interne qui pose problème, ou en échec**, certains internes pouvant entrer dans les deux catégories. La confusion entre les deux situations est délétère. Les internes craignent d'être stigmatisés à cause d'une demande d'aide. Et la répression est encore parfois la réponse à une demande d'aide. Définir clairement les interventions auprès des internes posant problème ou en échec serait un net progrès pour tous.

Les nombreuses ressources mobilisables dans la prise en charge d'un interne de médecine générale en difficulté en Ile-de-France **ne permettent pas une prise en charge satisfaisante dans la majorité des cas.** Elles ne sont adaptées qu'à des cas précis. De plus, il existe une **inégalité entre les internes** selon leur université de rattachement.

Une **prise en charge uniquement centrée sur l'interne, sans prise en compte du stage** est souvent à déplorer dans les difficultés liées au stage ; de même, peu ou pas d'aménagements du cursus sont proposés.

La mise en place d'**une structure régionale d'aide aux internes**, clairement séparée du processus de validation du cursus, est souhaitable. Pour être efficace, cette structure devrait fonctionner en réseau et proposer une prise en charge des difficultés en stage et un aménagement du cursus si besoin, en parallèle d'une prise en charge psychologique si nécessaire.

Bibliographie

1. Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation; 2018 [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf
2. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population: Acad Med. mars 2014;89(3):443-51.
3. Cintas C, Cousineau M, Langlois V. S'occuper de nos futurs médecins: Quand l'épuisement professionnel se fait sentir dès l'internat. RIMHE Rev Interdiscip Manag Homme Entrep. 17 oct 2016;n° 23, 5(4):27-46.
4. 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.
5. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF; 2021 p. 10. (Santé mentale jeunes médecins).
6. Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 8 déc 2015;314(22):2373.
7. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. janv 2019;55:36-42.
8. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. mars 2019;246:132-47.
9. Marra D. Et maintenant ? Pédagogie Médicale. 2021;22(3):101-2.
10. Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 [cité 17 mai 2022] p. 99. (Commission jeunes médecins – section santé publique et démographie médicale). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1u012ze/sante_et_jeunes_medecins.pdf
11. Auslender V. Omerta à l'hôpital, le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Michalon.
12. Enquête santé mentale jeunes médecins. Hôpital Saint-Anne: ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI; 2017 juin.

13. Diogo M. Détresse des internes : « On est passés de l'hôpital qui soigne à l'hôpital qui tue ». Libération. 21 avr 2021;
14. Stromboni C. Covid-19 : l'usure des internes en médecine, en première ligne. Le monde. 26 avr 2021;
15. Bien-être et qualité de vie des étudiants en santé : une structure de coordination au cœur des institutions. Communiqué de presse d'Olivier Véran, Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 16 sept 2021 [cité 24 mai 2022]; Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/bien-etre-et-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
16. Souchu H. Internes en difficultés durant leur cursus dans le Département de Médecine Générale de Paris Diderot : cartographie et fonctionnalité des ressources accessibles [thèse d'exercice]. Université de Paris; 2020.
17. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ.* janv 2016;50(1):132-49.
18. Tyssen R, Rovik JO, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help?: A longitudinal and nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* déc 2004;39(12):989-93.
19. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health.* août 2008;31(4):391-8.
20. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : Analyser sans compter ni classer. De Boeck. 2015. 152 p. (Méthode en sciences humaines).
21. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Armand Colin. 2015. 128 p. (128 Tout le savoir).
22. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin. 2016. (Collection U).
23. Travail à temps partiel d'un fonctionnaire [Internet]. Service-Public.fr; [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F486>
24. Congé parental d'éducation à temps partiel pour un salarié du secteur privé [Internet]. Service-Public.fr; [cité 8 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2332>
25. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. *Presse Médicale.* mars 2016;45(3):e39-50.
26. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *Presse Médicale.* avr 2015;44(4):e84-91.

27. Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. Contraintes et souffrances des internes en médecine générale, Une étude qualitative. *Exercer*. 2019;(150):74-9.
28. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Internet] [thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2011 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>
29. Boudoukha AH, Denis N, Zinger-Maurin M. Burnout et médecine palliative : souffrances psychiques des internes. *Médecine Palliat*. mai 2021;20(3):135-43.
30. Boisard C. Évolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Île-de-France durant leurs trois années d'internat [Internet] [thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2018 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927154/document>
31. Petrie K, Crawford J, LaMontagne AD, Milner A, Dean J, Veness BG, et al. Working hours, common mental disorder and suicidal ideation among junior doctors in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open*. janv 2020;10(1):e033525.
32. Temps de travail des internes [Internet]. ISNI, InterSyndicale Nationale des Internes; 2020 mai [cité 5 mai 2022]. Disponible sur: <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-internes/>
33. Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L, Buffel du Vaure C, Boujut E, Jaury P. 'Intern life': a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. *BJGP Open*. 10 juill 2017;1(2):bjgpopen17X100773.
34. Pougnet R, Ferrari C, Le Provost A, Loddé B, Eniafe-Eveillard B, Pougnet L. Feeling at the work of junior doctors : qualitative study. *Rev Med Brux*. 2019;40(5):423-31.
35. Tremeau E. Etudiant et médecin : Comment les internes gèrent leur statut ? [Internet] [thèse d'exercice]. [Tours]: Université François Rabelais; 2018 [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/Medecine/Theses/2018_Medecine_TremeauEmeline.pdf
36. García-Arroyo JM, Domínguez-López ML. Subjective Aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. *Psychology*. 2014;05(18):2064-72.
37. Cléménçon D. Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans le cursus en France en 2015 ? [thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015.
38. Billault H, Madoz J. État des lieux des dispositifs de prévention et de prise en charge de la souffrance psychologique des internes de médecine générale mis en place dans les différentes facultés du territoire français [Internet] [thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2019 [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02168347/document>

39. Sicard M, Camuset A. Internes de médecine générale en difficulté à Grenoble de 2016 à 2018 : comment ont-ils perçu l'intervention de la cellule de remédiation renommée dispositif d'appui universitaire en 2019 ? Analyse qualitative par entretiens semi- dirigés [Internet] [thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303778/document>
40. Fedidah A. Burn-out des internes en médecine générale à Nice : évaluation de la connaissance et des freins au recours à la cellule de soutien SOS INH [thèse d'exercice]. Université Nice Sophia Antipolis; 2018.
41. Cherot-Kornobis N. Guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2017 [cité 7 juin 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
42. Mise en place d'un plan d'action pour maîtriser les risques psycho-sociaux des étudiants des formations en santé. Paris: Conférence nationale des doyens de médecine; 2021 mai.
43. Rapport du groupe des internes en difficulté. Commission médicale d'établissement centrale de l'AP-HP, comité des internes et des médecins à diplôme étranger; 2018.
44. De Lasa M. Grève des internes en médecine : « Nous demandons simplement que la loi soit respectée ». Le Monde. 2017;
45. Crise à l'hôpital : « La situation est indigne d'un pays civilisé », la détresse des soignants du CHU Grenoble Alpes. franceinfo [Internet]. 2 juin 2022; Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/auvergne-rhone-alpes/isere/grenoble/crise-a-l-hopital-la-situation-est-indigne-d-un-pays-civilise-la-detresse-des-soignants-du-chu-grenoble-alpes-2553828.html>
46. Hôpital: au moins 120 services d'urgence en détresse. Le Figaro avec AFP [Internet]. 20 mai 2022; Disponible sur: <https://www.lefigaro.fr/social/hopital-au-moins-120-services-d-urgence-en-detresse-20220520>
47. Berger L, Rescanières E. L'hôpital au bord du KO. Libération [Internet]. 7 juin 2022; Disponible sur: https://www.liberation.fr/idees-et-debats/tribunes/lhopital-au-bord-du-ko-20220607_GWBHGAVIGNEVLNJ3PGSTISAL3A/
48. Auger KA, Landrigan CP, Gonzalez del Rey JA, Sieplinga KR, Sucharew HJ, Simmons JM. Better rested, but more stressed? Evidence of the effects of resident work hour restrictions. Acad Pediatr. août 2012;12(4):335-43.
49. El Mosselli S. Le Conseil d'Etat rappelle les hôpitaux à l'ordre sur le temps de travail des internes. Le Monde. 24 juin 2022;
50. Brunianyn J, Ronflet J. Prévention du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale: analyse qualitative par focus group [Internet]

[thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier, Faculté de Médecine de Grenoble; 2015 [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01165621/document>

51. Charte des MSU de médecine générale. Lille: CNGE, ISNAR-IMG; 2021 déc p. 6.
52. Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, Shanafelt TD. Ability of the physician well-being index to identify residents in distress. *J Grad Med Educ.* mars 2014;6(1):78-84.

Table des figures

Toutes les figures sont des créations originales

| | |
|--|----|
| Figure 1 : Des difficultés ordinaires à l'interne en difficulté..... | 42 |
| Figure 2 : Interne en difficulté et problématiques connexes : interne qui pose problème, lanceur d'alerte..... | 44 |
| Figure 3 : Contenu du travail : facteurs influençant le bien-être au travail..... | 50 |
| Figure 4 : Relations entre le contexte global de l'internat et les facteurs de souffrance en stage | 55 |

Annexes

Annexe A : Avis comité d'éthique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 17 Avril 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Projet de thèse portant sur le parcours des internes en médecine en difficulté"

AVIS - 14031988

.....

Le comité d'éthique a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude amenant à réaliser des entretiens auprès d'internes en médecine en difficulté.

Toutefois, le comité d'éthique porte l'attention des auteurs sur la nécessité de prévoir une modalité d'accompagnement pour les internes qui seraient déstabilisés au terme de l'entretien. Une perspective pourrait être de prévoir l'orientation si nécessaire vers le service de médecine préventive universitaire.

Par ailleurs, le comité souhaite attirer l'attention des auteurs sur le fait que les documents à destination des patients (lettre d'information, consentement) devraient comporter l'identité et les coordonnées des personnes en charge de la réalisation de la recherche, personnes à contacter dès lors que le participant souhaiterait de plus amples informations sur la recherche.

.....

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

Annexe B : Questionnaire d'entretien, version 1

Bonjour,

Je suis Karine SIMON-GAY. Je suis interne en médecine générale et je réalise une étude sur le parcours de l'interne en médecine générale ayant rencontré des difficultés pendant l'internat afin d'améliorer l'accompagnement disponible. Si vous êtes d'accord, je vais lancer l'enregistrement de cet entretien.

Pourriez-vous me raconter, en vos mots, ce qui vous est arrivé ?

Si l'interne parle spontanément de son parcours, je ne l'interromps pas. Si nécessaire, je pose les questions suivantes :

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Comment avez-vous vécu cette situation ?

Comment avez-vous fait pour vivre et assumer cette situation ?

Quelles solutions avez-vous trouvées pour vous aider ?

Si nécessaire, relancer : Auprès de quelles personnes ou de quels dispositifs avez-vous cherché et obtenu de l'aide ?

Quels enseignements en tirez-vous ?

Qu'est-ce qui aurait pu mieux vous aider ?

Annexe C : guide d'entretien, version 7

Bonjour,

Je suis Karine SIMON-GAY. Je suis interne en médecine générale et je réalise une étude sur le parcours de l'interne en médecine générale ayant rencontré des difficultés pendant l'internat afin d'améliorer l'accompagnement disponible. Si vous êtes d'accord, je vais lancer l'enregistrement de cet entretien.

Pourriez-vous me raconter, en vos mots, ce qui vous est arrivé ?

Si l'interne parle spontanément de son parcours, je ne l'interromps pas. Si nécessaire, je pose les questions suivantes :

Quelles difficultés avez-vous rencontrées ?

Comment avez-vous vécu cette situation ?

Comment avez-vous fait pour vivre et assumer cette situation ?

Quelles solutions avez-vous trouvées pour vous aider ?

Si nécessaire, relancer : Auprès de quelles personnes ou de quels dispositifs avez-vous cherché et obtenu de l'aide ?

Quels enseignements en tirez-vous ?

Qu'est-ce qui aurait pu mieux vous aider ?

Annexe D : publications sur le groupe Facebook privé « Internes médecine D Paris »

1. Message posté le 29/08/2021

Bonjour,

J'ai besoin d'aide pour ma thèse :

Je travaille sur les **difficultés en stage** pendant l'**internat de médecine générale en Ile de France** (quelles difficultés ? et comment les passages difficiles de l'internat se résolvent-ils ?), je recherche des **témoignages d'internes** (ou ex internes)

Si tu **rencontres ou tu as rencontré des difficultés pendant ton internat**, que tu pourrais me raconter, contacte-moi **par MP ou au 06 ** ** ** ****.

Je te recontacterai : soit pour un entretien par tel (environ 30 minutes), soit autre (plusieurs contacts courts, échange de mail...) ... Tout type de difficultés, plus les témoignages sont divers, mieux c'est !!

J'ai un grand besoin de témoignages de personnes que je ne connais pas directement donc je compte sur vous !!! N'hésitez pas à faire passer le message !

Le but est de faire des propositions concernant la prévention des difficultés et l'aide aux internes en difficultés - on est si nombreux à être concernés...

2. Message posté le 20/09/2021

Bonjour à tous,

Je vous ai déjà sollicité pour ma thèse, concernant les difficultés en stage pendant l'internat de méd G en Idf. Merci beaucoup encore à tous ceux qui m'ont répondu !

Pour mieux appréhender la diversité des situations, je cherche plus particulièrement des témoignages d'internes ayant rencontré des difficultés en stage hospitalier, suite auxquelles le stage a été interrompu ou modifié.

Si tu peux témoigner directement ou indirectement, n'hésite pas à me contacter par MP ou au 06 ** ** ** ** .

Merci beaucoup d'avance !!!

Annexe E : Synthèse transmise aux internes ayant participé aux entretiens

Les difficultés pendant l'internat sont nombreuses. Des difficultés ordinaires et acceptables, aux difficultés mettant l'interne en difficultés, il y a un continuum de situations. Il est parfois difficile de différencier le banal de l'inacceptable. Doit-on être heureux en stage ?

Ces difficultés se comprennent dans le contexte de l'internat.

Les internes sont marqués par les valeurs hospitalières, dans lesquelles ils baignent depuis l'externat : médecin infailible, déni de la souffrance des médecins, culture hiérarchique forte, compétitivité.

Ils ont un statut très particulier : mi étudiant mi médecin, et ni l'un ni l'autre -sans les avantages de l'un ni de l'autre - éternel stagiaire.

Un statut bancal vis-à-vis des patients comme des équipes. Un tiraillement permanent entre nécessité de formation et impératifs du soin.

Des conditions de travail hors du commun. Ce qui est légalement prévu, un temps de travail de 48h/semaine (sans RTT compensateur ...), des gardes de 24h d'affilées, des week-ends, dépasse déjà très largement la charge de travail ordinaire des autres corps de métier, pour une rémunération faible, et aucun avantage ; et de plus les droits des internes sont souvent négligés, voire ouvertement méprisés.

A cela s'ajoute un imbroglio administratif, complètement inadapté à des situations particulières - y compris des situations pourtant ordinaires telles que la maternité...

A cela s'ajoute la crise du système de santé : crise de moyens, avec des pénuries d'équipe médicale et paramédicale, et donc des médecins encadrant les internes eux-mêmes souvent à bout de souffle, débordés ; et crise de valeur avec l'objectif de rentabilité de la médecine et la judiciarisation.

S'ajoutent encore des pénuries d'internes créées de façon structurelle par le système de choix de stage : postes non pourvus. De plus le management est généralement faible au sein des hôpitaux : l'organisation du travail des internes est habituellement une tâche annexe gérée par un médecin chef débordé de travail par ailleurs, non formé au management, et est partiellement ou complètement délégués aux internes eux-mêmes. Sous-effectif et management faible rendent le système particulièrement vulnérable aux situations d'absence d'interne, que ce soit lié à des postes non pourvus de façon imprévue ou des arrêts de travail.

Les difficultés rencontrées pendant l'internat peuvent être d'ordre personnel (financières, familiales ou conjugales, de santé y compris santé mentale,), universitaires, administratives, difficultés en stage. Ces difficultés peuvent éventuellement s'additionner.

Les difficultés en stage peuvent être liées à la charge de travail et/ou au travail en lui-même : “mauvaise médecine”, perte de sens du travail face à un objectif de rentabilité primant sur le soin, insuffisance ou excès de responsabilités, absence d’apprentissage (voire sentiment de désapprendre), conflits éthiques, sentiment d’inutilité ou de dangerosité. Elles peuvent également être liées à des comportements humains : conflits, comportements inappropriés, harcèlement moral (remarques péjoratives, dénigrement, humiliations, cris, ...), ou sexuel,... Ces difficultés ont un impact variable sur l’interne selon leur intensité ; celui-ci peut être majeur, avec burn-out ou trouble anxio-dépressif réactionnel, et dépasser les limites du stage en question. Elles peuvent avoir un impact sur le projet professionnel de l’interne, avec un risque de voir l’interne se réorienter à tort.

Elles surviennent dans des contextes singuliers, le plus souvent favorisés par le contexte global de l’internat : surcharge de travail, flou sur le rôle de l’interne ... Les comportements individuels de type harcelant sont favorisés par la forte culture hiérarchique, l’omerta sur la souffrance des soignants et l’impunité. La vulnérabilité des internes est majorée lors du début de l’internat, où la prise de responsabilité peut être brutale, ou lors de stage en milieu méconnu par l’interne (1^{er} stage en ville...) ; mais les difficultés peuvent se rencontrer tout au long de l’internat.

Plusieurs acteurs participent à la prise en charge des internes en difficulté : département de médecine générale, syndicat, structures hospitalières (CVH, ...), médecine du travail, structures communes à l’APHP...

Face aux internes en difficultés (exprimant directement une demande d’aide, racontant des difficultés ou montrant des signes d’épuisement), plusieurs attitudes sont rencontrées :

- aide, alliant écoute empathique et recherche de solutions ;
- fuite : fatalisme (impuissance, ou aide possible mais seulement dans les cas “très graves”...) ou fausses solutions (conseils inadaptés...) ; cette attitude risque de décourager l’interne
- négation : minimisation des difficultés (“de mon temps ...”), négation du besoin d’aide ; cette attitude stigmatise l’interne, risque de majorer un manque de confiance en soit, et décourage la demande de l’aide
- répression (dénigrement, cris, menaces...). Cette attitude risque d’une part de majorer les difficultés de l’interne, d’autre part de rendre toute demande d’aide ultérieure impossible.

Le choix même de demander de l’aide n’est pas évident : il nécessite de considérer la situation comme anormale, de croire à une solution possible et de n’avoir pas peur des conséquences. Le choix de “tenir le coup” apparaît souvent comme étant la norme ; cela d’autant plus que des attitudes délétères sont rencontrées face aux demandes d’aide. Mais “tenir le coup” implique trop souvent des conséquences, elles aussi délétères, sur la formation de l’interne, sa santé physique et mentale ...

L’aide aux internes en difficulté est complexe. Le premier interlocuteur de l’interne adressera fréquemment à un 2^e, voire un 3^e interlocuteur. Pour une aide réussie, une bonne connaissance des différents acteurs, et la bienveillance des différents interlocuteurs est requise ; ainsi que la garantie de la confidentialité pour l’interne à toutes les étapes du processus. Un suivi dans le temps doit pouvoir être mis en place.

L’aide doit pouvoir prendre en compte toutes les dimensions des difficultés des internes. Il est particulièrement important qu’une prise en charge du stage (adaptation des conditions de travail, médiation, changement de stage) soit proposée lors de difficultés en stage. Trop souvent, des difficultés liées aux stages sont prises en charge comme des problématiques individuelles - aboutissant à des réponses inadaptées.

Proposer une aide psychologique aux internes est également un point fort de l'aide aux internes, face à des difficultés d'ordre personnel, ou face aux difficultés en stage; d'autant que les conditions de travail de l'interne peuvent grever l'accès aux soins psychologiques (disponibilité, coût, stigmatisation).

Des conseils peuvent être utiles ; le fait de reconnaître le caractère anormal de la situation, de nommer les problèmes, et de rassurer l'interne sur le fait qu'il n'est pas le seul à rencontrer de telles difficultés, et que des solutions existent, est un soutien important.

Face aux difficultés en stage, j'ai constaté une grande disparité entre stage hospitalier et ambulatoire, et concernant le stage ambulatoire, une disparité entre les facs.

Face aux difficultés en stage ambulatoire, une intervention du département de médecine générale est possible : dans certaines facultés, une intervention rapide et bienveillante répond aux difficultés en stage de ville, avec possibilité si besoin de changer l'interne de terrain de stage pour un terrain de stage favorable ; dans d'autres, les interventions prennent peu en compte le ressenti de l'interne, peuvent être inefficaces, le changement de stage est complexe à obtenir, sans assurance d'être placé dans un terrain de stage favorable. Cette disparité est liée à un manque de terrains de stage ambulatoire dans certaines facs, et au manque de bienveillance de certains responsables au sein des DMG. Face aux difficultés en stage hospitalier, un recours est théoriquement possible ; je n'ai eu connaissance d'aucune situation où les difficultés en stage hospitaliers aient abouti à une modification au niveau du stage, y compris lors de difficultés importantes et de recherche active d'une solution. La seule porte de sortie effective semble être l'arrêt de travail, qui est une solution individuelle, inadaptée à la prise en charge de problème collectif ; il peut bien évidemment parfois être nécessaire et utile, s'il est accepté et acceptable.

Le département de médecine générale a une place importante dans la prise en charge des internes en difficultés, même si certains internes n'y font jamais appel. Acteur de proximité - via les cours et le tutorat - il est en position de repérer les internes en difficultés, et de leur proposer un espace d'écoute. Les limites de son action sont d'une part les limites de son pouvoir, notamment sur les stages hospitaliers, d'autre part la défiance possible des internes face à une structure qui a également un rôle de validation. Ils peuvent ne pas oser parler de leurs difficultés, de peur de montrer leur faiblesse, ou de subir des représailles s'ils critiquent des membres éminents du DMG ... Enfin, certains membres de DMG n'ont pas une attitude bienveillante et d'écoute envers les internes.