

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2012

N° 077

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

par

Adrien Séjourné

né le 28 décembre 1977 à Villecresnes

Présentée et soutenue publiquement le 17 décembre 2012

**SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES INTERNES :
VULNÉRABILITÉS ET PRÉCONISATIONS.**

**Effets quantitatifs (burnout, stress, qualité de vie et comportements
addictifs) et qualitatifs du vécu des événements au cours de l'internat**

Président : Monsieur le Professeur Rémy Senand

Directeurs de thèse : Madame le Docteur Nathalie Denis

et Monsieur le Docteur Abdel Halim Boudoukha

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION.....	4
1. INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	4
2. CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET CONCEPTUELLES.....	5
3. PROBLÉMATIQUE MENANT À LA RÉALISATION DE DEUX ÉTUDES	17
ÉTUDE QUALITATIVE : VÉCU SUBJECTIF DES ÉVÈNEMENTS AU COURS DE L'INTERNAT	19
1. HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES.....	19
2. MÉTHODOLOGIE ET EXPLICATION DE LA MÉTHODE ALCESTE.....	19
3. RÉSULTATS	24
4. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	43
5. ANALYSE ET DISCUSSION.....	44
6. CONCLUSION DE L'ÉTUDE QUALITATIVE.....	59
ÉTUDE QUANTITATIVE : IMPACT DE L'INTERNAT SUR LA QUALITÉ DE VIE, LE BURNOUT, LE STRESS, ET LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS	60
1. HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES.....	60
2. MÉTHODOLOGIE.....	60
3. RÉSULTATS	64
4. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	80
5. ANALYSE ET DISCUSSION.....	81
6. CONCLUSION DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE.....	84
CONCLUSION – SYNTHÈSE DES DEUX ÉTUDES.....	85
ANNEXES	87
1. ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE UTILISÉ.....	87
2. ANNEXE 2 – SCORE DES ÉCHELLES.....	95
BIBLIOGRAPHIE	97

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ALCESTE : Analyse de Lexèmes Co-occurents dans les Énoncés Simples d'un TEXte

AP : Accomplissement Personnel

AUDIT : Alcohol Use Disorders Identification Test

BO : Burn-Out

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

DP : Dépersonnalisation

EE : Épuisement Émotionnel

IES-R : Impact of Event Scale - Revised

IMG : Interne de Médecine Générale

IPS : Index Psycho-Somatique

ISNIH : Inter-Syndicat National des Internes en Hôpitaux

MBI : Maslach Burnout Inventory

NS : Non Significatif

OHI : Oxford Happiness Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SWLS : Satisfaction With Life Scale

UC : Unité de Contexte

UCE : Unités de Contexte Élémentaire

UCI : Unité de Contexte Initiale

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Depuis la publication des résultats de l'enquête de l'Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH) en octobre 2012 (1), l'opinion publique s'intéresse aux conditions de travail des internes de médecine en France.

Les médias se sont emparés de ce sujet, comme en témoignent les récents titres de grands journaux français : «Le grand surmenage des internes à l'hôpital », « Les internes en médecine, 'bouche-trous' de l'hôpital en crise », « Parfois jusqu'à 100 heures par semaine : une interne épuisée raconte », « Internes en médecine : 'On donne tout pour exercer. Jusqu'où ?' » (2-5).

La souffrance des soignants est pourtant, depuis de nombreuses années, étudiée et reconnue. Parmi eux, les internes représentent une catégorie à part du fait de leur jeunesse, de leur inexpérience et de leur rythme de travail. Ils ne sont pas épargnés par le phénomène de burnout. Ainsi, nous avons souhaité étudier la souffrance au travail, mais également le retentissement sur la qualité de vie de ces jeunes médecins en formation.

Nous présenterons, dans une première partie, les concepts de qualité de vie, de stress et des stratégies de gestion du stress.

Puis, nous développerons notre recherche, composée de deux études : l'une qualitative et l'autre quantitative.

2. CONTRIBUTIONS THÉORIQUES ET CONCEPTUELLES

2.1. QUALITÉ DE VIE ET FORMATION MÉDICALE

2.1.1. DÉFINITIONS

2.1.1.1. LA QUALITÉ DE VIE

La qualité de vie est un concept.

Chacun se sent concerné par ce qu'elle représente, mais il est néanmoins difficile d'en trouver une définition précise.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définit en 1984 (6) comme « l'ensemble des ressources (sociales, personnelles et physiques) nécessaires à une personne pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins ».

Son approche est variée : les philosophes s'intéressent au bonheur en tant que concept métaphysique, les économistes calculent le produit intérieur brut par habitant et les sociologues s'intéressent à l'espérance de vie sans maladie.

De leur côté, les médecins calculent l'espérance de vie liée à un traitement et examinent la qualité de vie de leurs patients. Ils évaluent l'impact des traitements ou des maladies chroniques en termes quantitatifs et qualitatifs.

On voit donc dans ces exemples que la qualité de vie est « une collection de dimensions », comme la définit Lawton (7). Elle associe des critères objectifs et subjectifs.

L'OMS donne d'ailleurs, en 1994 (8), une deuxième définition de la qualité de vie, plus intégrative : « la qualité de vie est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ». La qualité de vie regroupant plusieurs domaines, il en existe de nombreux indicateurs (Figure 1).

D'après Bruchon-Schweitzer (9), la qualité de vie regrouperait trois à six domaines selon les auteurs, dont en général quatre catégories essentielles :

- la santé psychologique (dans laquelle on peut intégrer le bonheur et la satisfaction de vie)
- la santé physique
- les relations ou activités sociales
- le bien-être matériel

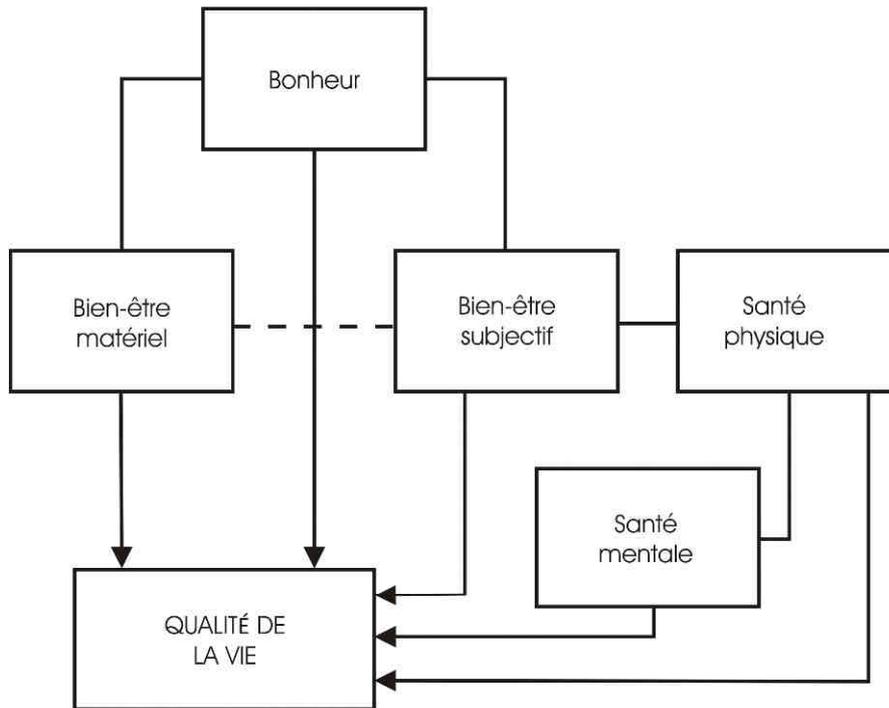


Figure 1 : Un exemple d'indicateurs de la qualité de vie, décrivant ce qu'est une vie satisfaisante d'après Nordenfelt (10)

2.1.1.2. LE BONHEUR

Le bonheur est une notion issue de la philosophie. Des chercheurs en psychologie s'y sont intéressés dans les années quatre-vingt dix.

Ainsi, Argyle et Crossland (11) définissent le bonheur comme « une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté, etc.), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité, etc.) ».

Pour Musschenga (12), ces trois composantes du bonheur sont subjectives et sont à distinguer des conditions de leur réalisation (ressources matérielles, ressources et compétences personnelles, chance). Ces conditions ne sont pas nécessaires au bonheur, mais elles peuvent y contribuer pour certains individus.

Le bonheur est considéré comme un trait plutôt que comme un état. C'est une véritable disposition, une façon d' « être au monde » (jubilatoire) relativement stable et durable (9).

2.1.1.3. LA SATISFACTION DE VIE

Les sociologues ont axé leurs études sur le bien-être matériel, puis sur les conditions d'existence conduisant les individus à évaluer leur vie de façon positive, les menant à s'intéresser à la satisfaction de vie.

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre sa vie et ses normes de référence (valeurs, idéaux).

Pour Pavot (13), elle est « une évaluation globale qu'un individu fait de sa vie selon ses propres critères ». Ainsi Diener (14) insiste pour qu'elle soit quantifiée de manière personnelle et selon ses propres critères.

La satisfaction de vie peut se décomposer en domaines plus spécifiques (travail, famille, loisirs, santé, finances, etc.) qui sont chacun évaluables. Diener (14) pense qu'il est préférable d'évaluer la satisfaction de vie de manière globale plutôt que de faire l'addition de la satisfaction dans des domaines spécifiques.

2.1.2. ÉTUDES SPÉCIFIQUES SUR LES LIENS ENTRE QUALITÉ DE VIE ET FORMATION/METIER DE MÉDECIN

La recherche sur la mesure de la qualité de vie est en plein essor, comme en témoignent les nombreux travaux, à la fois théoriques et pratiques, dont elle fait aujourd'hui l'objet. Plusieurs revues scientifiques lui sont entièrement consacrées, par exemple l'International and Interdisciplinary Journal for Quality of Life Measurement, et, dans le secteur médical, Quality of Life Research.

Il existe de nombreuses échelles mesurant la qualité de vie sous ses différents aspects.

Seules quelques thèses s'intéressent à la qualité de vie des médecins (15-18). Nous n'avons retrouvé aucun article explorant la qualité de vie des internes en particulier.

2.2. STRESS ET BURNOUT

2.2.1. LE STRESS

Le stress est initialement considéré comme la réponse de l'organisme en vue de s'adapter à toute demande de son environnement (19). Il concerne l'état de tension, de préoccupation ou d'activation excessive subies. Parfois extrême, parfois tonique, il s'agit d'une notion qui est considérée comme un facteur de vulnérabilité dans le développement de pathologies diverses, physiques et mentales.

Compte tenu de sa variabilité très importante, un grand nombre de définitions ont été proposées. Parmi les définitions, celle de Lazarus et Folkman fait consensus. Les auteurs définissent le stress comme « une transaction particulière entre la personne et l'environnement, dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme taxant ou excédant ses ressources et pouvant menacer son bien-être » (20).

Le stress peut donc affecter la qualité de vie de l'individu.

Leur vision est appelée transactionnelle, car le stress est le produit d'une relation où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées, mais les composants d'un processus dans lequel ils s'influencent mutuellement et continuellement.

Ainsi, Bruchon-Schweitzer (9) pense que « dans cette conception, ce ne sont pas les caractéristiques d'une situation stressante mais son évaluation et son retentissement, propres à chaque personne, qui moduleraient la relation entre le contexte aversif et l'état de l'individu (émotionnel ou somatique) ». Elle précise donc qu'il faut « distinguer les stressseurs environnementaux objectifs de l'impact subjectif de cette situation, ou stress perçu ».

Selon Cherniss (21), au niveau professionnel, le stress perçu provient du déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu. Ceci peut conduire à une tension (strain), réponse émotionnelle à ce déséquilibre, qui s'exprime par une fatigue physique, un épuisement émotionnel et de l'anxiété. L'étape suivante est marquée par des changements attitudeux et comportementaux, en particulier une réduction des buts initiaux et de l'idéalisme, le développement d'attitudes détachées et d'un cynisme, ou encore une grande complaisance pour ses propres besoins. C'est ainsi que le burnout peut se former.

2.2.2. L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL OU BURNOUT

2.2.2.1. DÉFINITION

Maslach (22) est un des premiers auteurs à parler de burnout, traduit en français par « épuisement professionnel ». Elle le décrit, à la fin des années soixante-dix, chez des professionnels dont l'activité implique un engagement relationnel (travailleurs sociaux, professions médicales, enseignants, etc.).

D'après cette auteure, le burnout composé de trois dimensions :

- un épuisement émotionnel (EE) : l'individu est saturé, il n'est plus capable d'accueillir une nouvelle émotion et se sent vidé psychologiquement
- une dépersonnalisation (DP) : déshumanisation de la relation d'aide afin d'éviter tout investissement relationnel
- une diminution de l'accomplissement personnel (AP) : conséquence du profond sentiment d'échec par rapport à un idéal de réussite professionnelle.

Il existe de nombreuses définitions du burnout, mais cette approche tridimensionnelle a fait l'objet du nombre le plus important de recherches (23).

Pour la plupart des auteurs, le burnout démarre avec l'épuisement émotionnel. Celui-ci entraîne la dépersonnalisation. L'épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement, soit à travers la dépersonnalisation (23) (Figure 2).

La naissance du burnout viendrait essentiellement des conditions de travail (24) et serait favorisé par des traits de personnalité de l'individu.

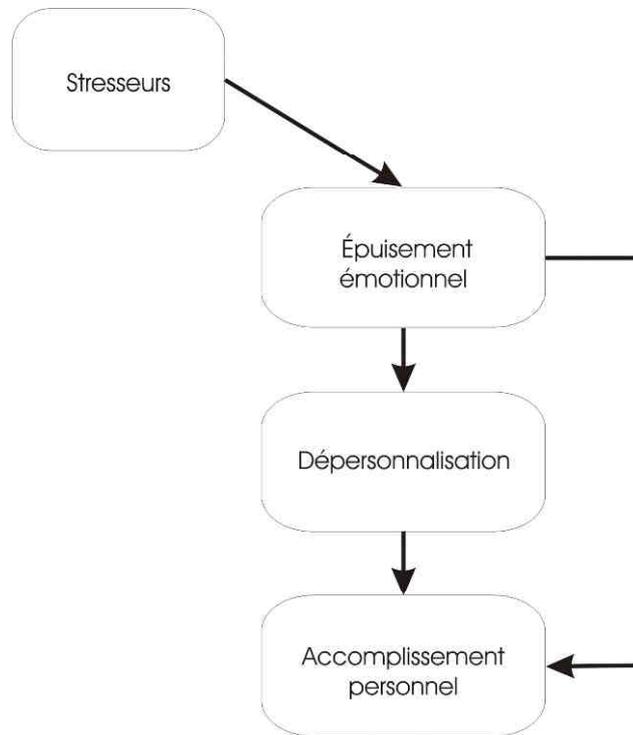


Figure 2 : Le processus de burnout d'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson selon Truchot (23)

Les études récentes (25-27) montrent que le burnout n'est pas une pathologie spécifiquement liée au travail. Une relation à l'autre chronique et stressante est l'élément clé dans l'expression et le développement du burnout (28).

C'est pourquoi nous utiliserons de préférence le terme de burnout (BO) à celui d'épuisement professionnel.

2.2.2.2. TRAVAUX CHEZ LES MÉDECINS/INTERNES

Comme l'attestent les multiples recherches, le BO affecte les médecins à travers le monde : Canada (29, 30), USA (31), Australie (32, 33).

Au niveau européen, Soler (34) a réalisé une étude auprès de 3500 médecins généralistes (Figure 3).

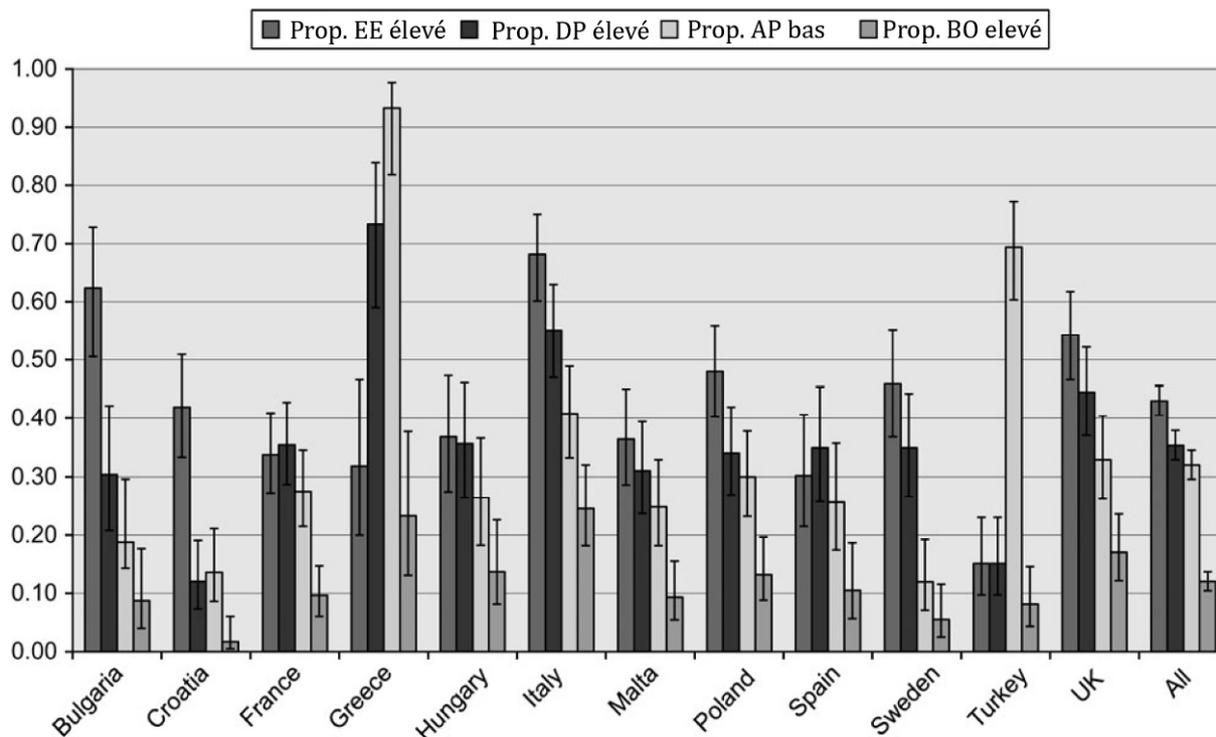


Figure 3 : Résultats de l'étude EGPRN 2008 par Soler et al. (34)

Il retrouve que 43% des médecins généralistes ont un taux élevé d'EE, 35% un taux élevé de DP et 32% un taux bas d'AP. En moyenne, seulement 35% n'ont aucun de ces trois critères, et 12% d'entre eux ont des scores élevés aux trois dimensions du BO.

Au niveau français, sur les 178 médecins généralistes ayant répondu, 34% ont un EE élevé, 35% un taux de DP élevé et 28% ont un score d'AP faible.

Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans différentes études menées chez les médecins généralistes ou les médecins libéraux français (Tableau 1).

Tableau 1 : Tableau comparatif des résultats de différentes études sur le BO chez les médecins.

Étude	Champagne-Ardennes (2002) (35)	Poitou-Charentes (2004) (36)	Réseau France Sentinelles (2007) (37)	Limousin (2010) (38)
Nombre de MG	408	515	221	1369
EE élevé	42,3%	40,3%	27,1%	29%
DP élevé	44,5%	43,7%	32,6%	27%
AP bas	37,4%	43,9%	27,1%	26%

Concernant les internes, les études ont été réalisées soit dans une population d'Internes de Médecine Générale (IMG) (39-45), soit d'internes d'autres spécialités (46, 47) avec des échantillons parfois importants : l'ensemble des IMG du choix de stage de 2010 (43), l'ensemble des internes d'hématologie, oncologie et radiothérapie (47) ou l'ensemble des internes de psychiatrie (46) (Tableau 2).

Tableau 2 : Résultats des principales études menées sur le BO des internes.

Auteur	Le Tourneur & Komly (2011) (43)	Andlauer (2008) (46)	Blanchard (2009) (47)	Barbarin (2008) (39)
Population	Tous les IMG français	Tous les internes de Psychiatrie français	Tous les internes de Cancérologie français	IMG Nantais
Nb de sujets	4050	108	204	114
EE élevé	16%	23,1%	26%	16%
DP élevé	33,8%	14,8%	35%	35%
AP bas	38,9%	50,9%	Non renseigné	21%

Toutes ces études s'accordent sur la nécessité d'une prévention du BO des internes.

Ces recherches tentent également de déterminer des facteurs favorisant du BO, par approches généralement quantitatives avec les limites inhérentes à une telle démarche.

2.3. FAIRE FACE À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

2.3.1. DÉFINITIONS

2.3.1.1. LE COPING

Dans la lignée de leur modèle transactionnel, Lazarus et Folkman (20) se sont intéressés aux activités cognitives et comportementales, dites de coping, mises en œuvre en situations de stress, pour donner ou redonner, à ces transactions, un caractère favorable pour la personne.

Le coping représente, ainsi, l'ensemble organisé des efforts cognitifs et comportementaux, que fournissent les personnes pour anticiper et détecter des agents de stress potentiels ou pour aménager (par exemple prévenir, minimiser ou contrôler) la demande née des transactions entre elles-mêmes et leur environnement (20). Le coping apparaît donc nécessaire lorsque cette demande, interne, externe ou le conflit entre les deux, est perçue comme dépassant les

ressources individuelles, autrement dit, lorsqu'elle est évaluée comme représentant une menace, une douleur ou une perte.

Lazarus et Folkman proposent une théorie dynamique du coping, lequel, selon eux, n'est pas nécessairement une caractéristique générale et stable des personnes, mais est, au contraire, un processus plutôt flexible, spécifique aux problèmes rencontrés et orienté vers la réalité, contrairement aux mécanismes de défense (20).

Il existe de nombreuses classifications des stratégies de coping, mais elles sont classiquement regroupées en trois catégories.

Un premier ensemble de stratégies disponibles oriente les efforts individuels dans des actions directes visant à modifier la relation personne-environnement. Il s'agit des stratégies de coping dites « vigilantes » ou « centrées sur le problème ». Les personnes agissent, ici, pour altérer la source du stress, réduire les exigences de la situation et accroître les ressources de l'organisme pour y faire face. Nous citerons les stratégies suivantes : attention, sensibilité, vigilance, implication, réévaluation, attitude non défensive, résolution de problème, coping dit « actif ». De manière générale, ces stratégies sont plutôt mises en œuvre lorsque la situation est perçue comme contrôlable (48).

Un second ensemble de stratégies disponibles oriente les efforts individuels vers la régulation de leur détresse psychologique. Il s'agit des stratégies de coping dites « évitantes » ou « centrées sur l'émotion ». Elles sont plus généralement mises en œuvre lorsque la situation est perçue comme non contrôlable. Lazarus et Folkman (20) distinguent cinq catégories de stratégies de coping centrées sur l'émotion : la minimisation de la menace, la réévaluation positive de la situation, l'auto-accusation et l'évitement-fuite de l'élément stressant. Ce sont ces recherches sur le coping centré sur l'émotion qui ont le plus servi d'arrière-plan à la modélisation contemporaine des processus de régulation des affects. Nous citerons également les stratégies suivantes : distraction, diversion, répression, faible vigilance, évitement, déni, attitude défensive, fuite, fatalisme, résignation, coping dit « passif ».

Le troisième ensemble est représenté par les stratégies de recherche de soutien social. Bien qu'elle dépende des ressources sociales disponibles (réelles et perçues), il s'agit bien d'une stratégie de coping élaborée par l'individu car elle correspond aux efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui.

2.3.1.2. LA RÉGULATION ÉMOTIONNELLE

Le domaine de la régulation émotionnelle a connu un développement considérable au cours de la dernière décennie.

Il part du constat que les émotions remplissent un ensemble de fonctions indispensables à l'adaptation de l'être humain à son environnement (49).

Le principe de régulation émotionnelle s'appuie sur un modèle d'émergence des émotions selon lequel l'émotion serait suscitée par une stimulation interne ou externe inattendue, provoquant une rupture de la continuité des transactions entre le sujet et son milieu (50, 51). Gross (52, 53) distingue cinq modes de régulation des émotions qui surviennent à des moments distincts de l'expérience émotionnelle de manière séquentielle (54) (Figure 4) :

- la sélection de la situation : consiste à minimaliser la probabilité de se retrouver dans une situation génératrice d'émotions déplaisantes ; il s'agit donc d'une forme de régulation « a priori », donc plutôt préventive.
- la modification de la situation : l'objectif visé est de se libérer de l'émotion en solutionnant le problème qui l'induit.
- l'orientation de l'attention (ou déploiement attentionnel) : le propre de l'émotion est de donner lieu à un mécanisme d'attention sélective. Il se fait dans le sens de la distraction interne (penser autre chose) ou externe (faire autre chose) ou au contraire dans le sens de la pleine conscience (porte son attention sur l'émotion elle-même).
- le changement cognitif : consiste à modifier la perception de la situation. Il en existe plusieurs sortes ; les deux plus communes sont la réévaluation de la situation et l'acceptation.
 - la réévaluation de la situation : différentes techniques peuvent aider à réévaluer la situation :
 - examiner ses croyances : cette technique consiste à examiner les arguments en faveur de ce que nous pensons et ressentons et, dans le même temps, à rechercher davantage d'arguments qui, au contraire, contredisent nos pensées et notre ressenti.
 - défusionner pensée et réalité : cette technique implique de se détacher de ce que l'on pense et de ne pas considérer ce que l'on pense comme acquis.

- relativiser : consiste à examiner si on ne donne pas trop d'importance à la situation et/ou comparer la situation actuelle à des situations bien pires.
- chercher des bénéfices à long terme : si la recherche des aspects positifs se révèle infructueuse dans le présent, une manière fonctionnelle de penser est de s'abstenir de juger de la valeur de l'événement.
- l'acceptation : elle s'applique plutôt sur des événements incontrôlables et/ou très traumatisants. Son processus cognitif est double : il s'agit d'une part d'accepter l'existence de choses que l'on ne peut pas changer et d'autre part d'accueillir pleinement les émotions suscitées par la situation, de prendre acte de ces émotions, sans chercher à les fuir.
- la modulation de la réponse : ces stratégies visent à moduler la facette corporelle de l'émotion. Un des modes de modulation de la réponse est la suppression expressive. Il vise à inhiber l'expression comportementale de l'émotion sans toutefois inhiber son ressenti.

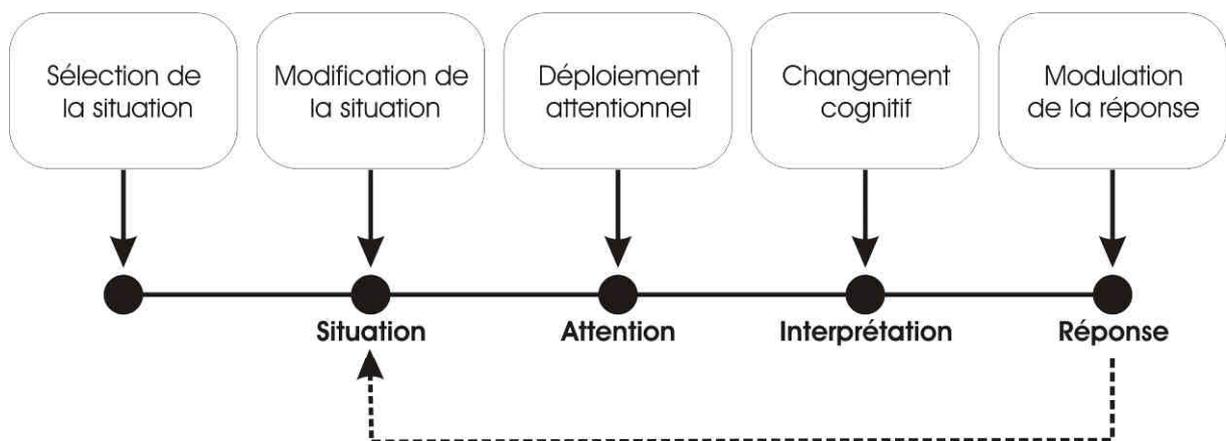


Figure 4 : Modèle des processus de la régulation émotionnelle selon Gross (51)

Ces modes de régulation permettent de modifier l'émotion dans sa valence (positive/négative), dans son intensité, dans sa durée ou dans une ou plusieurs de ses composantes expressives (physiologique, cognitive ou motrice) (51).

Les formes de régulation les plus fréquentes sont essentiellement l'atténuation d'émotions déplaisantes, mais aussi la maintenance ou l'augmentation d'émotions plaisantes (49).

La régulation peut être contrôlée (consciente), mais la plupart du temps, elle est automatique (inconsciente). L'automatisation s'acquiert par répétition du processus. Elle permet à la

régulation d'être plus rapide et moins coûteuse en terme de ressources investies. Néanmoins les changements au niveau d'un processus automatisé sont beaucoup plus difficiles (49).

2.3.2. TRAVAUX SUR LES LIENS ENTRE STRATÉGIES D'AJUSTEMENT, RÉGULATION ÉMOTIONNELLE ET SOUFFRANCE :

2.3.2.1. RÉGULATION ÉMOTIONNELLE ET SOUFFRANCE :

Les personnes qui ne parviennent pas à gérer leurs émotions rapportent être moins heureuses et avoir une qualité de vie inférieure aux autres (49).

Il existe des modèles dysfonctionnels de régulation émotionnelle (54) qui interviennent aux différents niveaux de l'expérience émotionnelle.

Au niveau de la modulation de la réponse, deux modèles dysfonctionnels sont la suppression expressive et l'utilisation de produit pour minimiser les émotions (alcool, anxiolytique).

L'utilisation de substances pour moduler les émotions rejoint l'hypothèse de l'automédication concernant les addictions de Khantzian (55, 56).

Selon cette théorie, certains sujets utiliseraient des substances ou des comportements pour réguler leurs émotions et leur humeur, des états dépressifs ou anxieux.

D'autres sujets, en revanche n'auraient qu'une perception relativement vague, diffuse, de leurs émotions et sentiments, et utiliseraient les substances pour lutter contre cette confusion. La difficulté à identifier et se représenter ses émotions serait palliée par l'introduction dans l'expérience du sujet d'une forme de souffrance interprétable et compréhensible. La conduite addictive permettrait alors, dans l'alternance d'états de détresse émotionnelle et de soulagement de cette détresse, la compréhension et la maîtrise de ses émotions.

Les troubles de régulation émotionnelle ont un impact dans le développement des addictions.

Par ailleurs, la suppression expressive inhibe la réponse expressive de l'émotion, sans en amoindrir son ressenti. Le recours à cette stratégie devrait requérir des efforts de la part des personnes pour gérer leurs tendances d'actions et nécessiterait, ainsi, l'utilisation de ressources cognitives, qui pourraient, dans le cas contraire, être employées à optimiser la performance dans les contextes psychosociaux, dans lesquels les émotions sont apparues (57). Gross et John (58) montrent ainsi, à travers cinq études, que l'utilisation privilégiée de la stratégie de réévaluation cognitive ou de suppression expressive, aurait des effets opposés sur le fonctionnement affectif et interpersonnel, de même que sur le bien-être des personnes, la réévaluation ayant des effets positifs et la suppression, des effets négatifs.

En outre, dans la mesure où de nombreux travaux ont conduit à montrer un effet du sexe dans le domaine de l'expression des émotions (59, 60), l'impact du sexe a également été étudié dans le cadre spécifique de la régulation émotionnelle. Les hommes auraient davantage recours à la suppression que les femmes (61). Ils seraient moins enclins à ressentir des affects négatifs et, par conséquent, à les rapporter dans des mesures auto-évaluatives (58).

2.3.2.2. STRATÉGIES DE COPING ET SOUFFRANCE

Les stratégies de coping apparaissent comme une variable modératrice du BO. Selon le type de coping utilisé, il peut atténuer ou augmenter le stress ressenti pouvant mener au BO (62). Il existe des études sur les stratégies de coping chez les soignants (62-64) et chez les médecins (65). L'absence de référence au niveau des échelles de coping et la diversité des classifications des stratégies de coping ne permettent pas de comparer convenablement les différentes études.

Nous n'avons retrouvé aucune étude chez les internes en particulier.

3. PROBLÉMATIQUE MENANT À LA RÉALISATION DE DEUX ÉTUDES

3.1. VÉCU D'ÉVÉNEMENTS AU COURS DE L'INTERNAT

Un interne est un médecin en cours de formation pratique.

Après six années d'études (deux premières années d'études purement théoriques puis quatre années mixtes associant des stages pratiques pendant lesquelles il prend le statut d'externe), l'interne réalise des stages de six mois sur une période qui dure de trois à ans ans selon la spécialité : trois ans pour les IMG, quatre ou cinq ans pour les autres spécialités.

L'interne est un des piliers de l'hôpital public car il est en première ligne lors de la prise en charge de personnes malades. Il est confronté à des événements stressants puisqu'il est souvent le premier représentant du corps médical à gérer les patients souffrants, mourants ou véhéments, le premier à intervenir sur des situations inattendues ou qui se compliquent.

L'interne en 1^{ère} année est, a fortiori, soumis à un stress encore plus important. En plus du manque d'expérience, le jeune interne est confronté à des responsabilités qu'il n'avait pas en tant qu'externe : responsabilité du malade, responsabilité de prescripteur, rôle actif au sein de l'équipe soignante. Parfois, il peut même avoir été obligé de changer de faculté en fonction de ses résultats du concours de sixième année.

Or, aucune des études (39-47) ne retrouve de score de BO significativement plus élevé pour les jeunes internes. Nous nous sommes donc demandés si le jeune interne n'exprimait pas sa souffrance par un autre moyen que le BO, et nous sommes intéressés à la qualité de vie des internes.

3.2. HYPOTHÈSES GÉNÉRALES

Notre première hypothèse concerne la souffrance ressentie par les internes.

Le jeune interne, n'ayant pas encore acquis son identité professionnelle, n'exprime pas sa souffrance par un BO. Le stress engendré par la relation d'aide l'envahit dans d'autres sphères que la sphère professionnelle à laquelle il ne s'identifie pas encore et il exprime sa souffrance par un autre mode qui atteint sa qualité de vie.

Les internes plus avancés dans leur cursus, ayant acquis leur identité de médecin, expriment leur souffrance par un BO.

La seconde hypothèse concerne les moyens mis en œuvre pour faire face au stress.

L'interne avancé dans son cursus, de par l'expérience acquise, sera plus à même de trouver les situations rencontrées comme contrôlables et mettra en œuvre des stratégies de coping centrées sur le problème ou des stratégies de régulation émotionnelle efficaces.

Le jeune interne submergé par le stress, plus facilement débordé par la situation, mettra plutôt en œuvre des stratégies de coping centrées sur l'émotion ou des stratégies de régulation émotionnelle dysfonctionnelles.

3.3. NOTRE RECHERCHE

Afin de permettre une plus grande exhaustivité à notre recherche, nous avons choisi pour étayer nos hypothèses d'utiliser une double approche, à la fois qualitative et quantitative.

La première partie concerne l'étude qualitative. Ce type de recherche, habituellement dévolu aux sciences humaines, a pour fonction de comprendre, plus que de décrire systématiquement ou de mesurer. Nous nous intéresserons au vécu des événements stressants au cours de l'internat.

La deuxième partie sera consacrée à l'étude quantitative. Cette approche permet de pointer les différences entre plusieurs groupes et d'analyser les facteurs influant significativement sur des résultats. Nous utiliserons plusieurs échelles en rapport avec la qualité de vie, le burnout, le stress et les comportements addictifs.

Chacune des deux études sera détaillée dans une partie consacrée.

ÉTUDE QUALITATIVE :

VÉCU SUBJECTIF DES ÉVÈNEMENTS AU COURS DE L'INTERNAT

1. HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES

Comme le suggère Jeammet (66), la souffrance des jeunes internes est centrée sur la découverte de la profession, les situations rencontrées, la relation médecin/malade ; alors que la souffrance des internes plus avancés dans leur cursus est centrée sur les problèmes organisationnels ou matériels.

Les jeunes internes, n'ayant pas encore acquis l'identité de médecin ont une recherche de solution basée sur la gestion des émotions ; alors que leurs aînés ont plutôt tendance à utiliser des stratégies de coping basées sur la recherche de la solution du problème.

La comparaison entre les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année et leurs collègues en dernière année de médecine générale, dont l'avenir est plus orienté vers le libéral, permettra de mettre en avant les problèmes organisationnels des internes des autres spécialités.

On ne s'attend pas à retrouver de différence notable entre les IMG en fin de cursus et leurs collègues des autres spécialités de 4^{ème} et de 5^{ème} année, dans les stratégies mises en place face au stress.

2. MÉTHODOLOGIE ET EXPLICATION DE LA MÉTHODE ALCESTE

2.1. POPULATION

Nous avons élaboré des groupes distincts en fonction du semestre d'internat réalisé et de leur spécialité. Trois catégories de recherche ont ainsi été composées :

- les internes en première année d'internat (1^{er} et 2^{ème} semestre)
- IMG en 3^{ème} année d'internat (5^{ème} et 6^{ème} semestre, correspondant à leur dernière année d'internat)
- les internes de spécialité étant dans leur 4^{ème} ou 5^{ème} année d'internat (7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} semestre, correspondant à leur avant-dernière ou leur dernière année d'internat selon la spécialité choisie).

Chaque catégorie a été répartie en sous-groupe en fonction du genre.

Afin de permettre une approche qualitative pertinente, la population minimale de chacun des six sous-groupes a été fixée à dix personnes.

L'étude s'est déroulée entre novembre 2009 et février 2012.

L'échantillon a été composé d'internes bénévoles des Facultés de Médecine de Nantes et d'Angers.

Nous n'avons pas pu obtenir les mailing-lists des internes pas le biais des facultés. Nous avons donc envoyé un mail aux internes par le biais des deux syndicats d'IMG (SIMGO à Nantes et ISNAR à Angers) et par l'intermédiaire des deux bureaux des internes des internats de Nantes et d'Angers. Nous avons également obtenu des mailing-lists par certains représentants de spécialité dans les deux facultés.

Par manque de retour, essentiellement au niveau des internes de 1^{ère} année, nous avons ensuite pratiqué un démarchage direct à l'hôpital ou par téléphone en créant un réseau de manière pyramidale.

Le bénévolat, ainsi que l'anonymat ont toujours été respectés.

Les critères d'inclusion ont été l'appartenance à l'une des catégories de recherche et l'exercice d'une activité médicale basée sur la prise en charge régulière de patients.

2.2. MATÉRIEL

L'étude a été menée au travers d'entretiens semi-dirigés.

L'entretien semi-directif permet à l'interlocuteur de s'exprimer pleinement sur des thèmes préalablement définis par une grille d'entretien. Il a la possibilité d'orienter ou de développer librement son propos. Son discours n'est pas enfermé dans un cadre trop rigide (du type enchaînement question-réponse), mais plutôt dans une sorte de dialogue dont l'enquêteur garde en partie la maîtrise, lui permettant d'intégrer les différents thèmes dans le fil discursif de l'interviewé.

L'enquêteur doit donc faire preuve d'une attitude empathique et utiliser des techniques facilitantes permettant à l'interlocuteur de développer ses idées comme des techniques d'écho (onomatopée, interjection, encouragement, reprise du dernier mot ou du dernier passage), des techniques de reformulation ou des questions de relance, de clarification, de précision ou de recentrage.

L'étude semi-directive permet la comparabilité des résultats tout en intégrant la charge émotionnelle liée au vécu du sujet interrogé.

2.3. PROCÉDURE

La passation des entretiens a été effectuée individuellement.

Une grille d'entretien a été élaborée à la suite d'entretiens préliminaires.

Celle-ci était basée sur les 6 questions suivantes :

- 1) Est-ce que vous pouvez me décrire votre travail (tâche, missions, etc.) ?
- 2) Comment décririez-vous les relations avec les patients ?
- 3) Quelles sont les problématiques éthiques et déontologiques auxquelles vous faites face dans le métier d'interne ?
- 4) Qu'est-ce qui met le plus en souffrance dans le métier d'interne ? Est-ce que vous avez une situation particulière qui illustre ça ?
- 5) Qu'est-ce que vous mettez/avez mis en œuvre pour y faire face (soutien, activité, consommation, etc.) ?
- 6) Est-ce que vous avez l'impression que ce travail change votre vision de la vie ? De quelle manière ?

2.4. TRAITEMENT DES DONNÉES : LA MÉTHODE ALCESTE

Les entretiens individuels ont été enregistrés, puis retranscrits avant d'être lissés afin d'homogénéiser la retranscription.

L'analyse de contenu a été effectuée à l'aide du logiciel IRAMUTEQ version 0.5 alpha 1 qui permet, par l'intermédiaire du logiciel R et en utilisant la méthode ALCESTE, une analyse multidimensionnelle de textes.

Le corpus est l'ensemble des textes à analyser par le logiciel. Dans notre étude, six corpus ont été réalisés, un par question. Chaque corpus regroupe donc les réponses de tous les internes à une question définie.

Les divisions naturelles du corpus s'appellent les unités de contexte initiales (UCI). Dans notre recherche, la réponse de chaque interne forme une UCI. Toutes les UCI ont été catégorisées selon les critères de la recherche (homme/femme – 1^{ère} année/ IMG de 3^{ème} année /4^{ème} ou 5^{ème} année) afin que le logiciel les reconnaisse.

La méthode ALCESTE (Analyse de Lexèmes Co-occurents dans les Énoncés Simples d'un Texte) permet de rendre compte de l'organisation interne d'un discours. La technique consiste à modéliser la distribution des mots dans un discours et à identifier les patterns langagiers les plus utilisés par le ou les sujets.

La première étape du logiciel consiste en une lemmatisation c'est-à-dire que le logiciel remplace les mots qu'il reconnaît par leurs formes réduites (infinitif pour les verbes, singulier pour les noms, masculin et singulier pour les adjectifs, etc.).

Le logiciel découpe le texte à étudier en unités de contexte élémentaires (UCE) qui sont des segments de texte de taille réduite. Ces UCE sont composées d'une ou plusieurs lignes de texte consécutives d'environ 200 caractères et terminées si possible par une ponctuation, sinon par un séparateur comme un blanc. Elles sont regroupées par concaténation en unités de contexte (UC) de telle sorte que ces UC contiennent un nombre minimal de formes analysables différentes. Ce nombre est calculé pour optimiser la stabilité des classifications. Son ordre de grandeur va de quelques formes à quelques dizaines de formes.

Ensuite, le corpus est modélisé par un tableau lexical comprenant en ligne les unités de contexte et, en colonne, les mots pleins ou formes lemmatisées analysables du texte. Le tableau lexical comporte la valeur 1 quand la forme est présente dans l'UC, et la valeur 0 lorsqu'elle est absente.

Le logiciel réorganise le tableau pour produire deux classes de formes les plus contrastées possibles (c'est-à-dire employées à des moments distincts) par le calcul du χ^2 de la co-occurrence des mots dans le texte.

Parmi les deux classes ainsi obtenues, la plus grande est alors découpée en deux selon le même principe. Et ainsi de suite, jusqu'à l'obtention d'un nombre de classes paramétré initialement (le nombre de classes terminales de la phase 1, que nous indiquerons pour chaque analyse).

Les UC sont donc regroupées en classes différenciées par la distribution de leur vocabulaire.

Le fait qu'à chaque pas, la classe la plus grande soit divisée en deux s'appelle la classification descendante hiérarchique.

Pour éviter que les classes ne dépendent du découpage en UC, une deuxième classification est réalisée sur des UC de dimension légèrement différente. Les classes obtenues par les deux analyses sont ainsi comparées par croisement et utilisation d'un test du χ^2 . Les classes sont ensuite restreintes aux formes présentes dans les deux classifications.

Ceci permet d'obtenir des classes d'énoncés significatifs qui renvoient à des mondes lexicaux. Les énoncés d'une même classe sont similaires entre eux, et aussi différents que possible des énoncés d'une autre classe.

L'organisation des classes d'énoncés significatifs est indiquée par un dendrogramme qui reprend la classification descendante hiérarchique ayant permis de les obtenir (pour un exemple, cf. Figure 5).

Chaque classe est présentée sous la forme d'une liste de mots avec pour chacun sa valeur d'association (χ^2 de Pearson) à la classe (pour un exemple, cf. Tableau 4).

La valeur d'association des différentes catégories de recherche (catégorie d'interne ou sexe) à une classe donnée est également représentée, celle-ci pouvant être positive ou négative (pour un exemple, cf. Tableau 5).

Ensuite, l'analyse thématique consiste à qualifier les classes d'énoncés significatifs distinguées par le logiciel à partir des résultats de l'analyse ALCESTE.

En plus de la liste des formes caractéristiques définissant une classe (le profil), il est intéressant de regarder la liste des formes caractéristiques les moins associées à cette classe (l'anti-profil, composée des formes caractéristiques avec le χ^2 le plus fortement négatif).

Pour une forme particulière, le logiciel IRAMUTEQ permet de la replacer dans son contexte (dans les UCE de la classe ou dans l'ensemble du corpus) afin de mieux comprendre son sens.

Pour comprendre la signification d'une classe particulière, le logiciel peut indiquer les UCE caractéristiques d'une classe de manière absolue (somme des χ^2) ou relative (moyenne des χ^2). Il peut également retrouver les segments de phrases répétés dans une classe donnée. Il peut aussi représenter les liens entre les différentes formes à l'aide d'un graphique appelé « graphe de mots ».

Pour l'analyse thématique, il est également intéressant de regarder l'articulation entre les différentes classes (champ lexical commun ou opposé) représentée par le dendrogramme qui reprend la classification hiérarchique descendante. Pour plus de clarté dans l'articulation des classes, nous utiliserons pour les décrire, pas ordre décroissant, les termes « ensemble », « groupe », « sous-groupe », « catégorie » et « sous-catégorie ».

3. RÉSULTATS

3.1. DESCRIPTION DU MATÉRIEL

Cent deux entretiens individuels ont été réalisés. Leur répartition est représentée dans le Tableau 3.

Tableau 3 : Répartition de l'échantillon de l'étude qualitative.

	1 ^{ère} année	IMG de 3 ^{ème} année	4 ^{ème} ou 5 ^{ème} année
Femmes	28	16	14
Hommes	18	10	16
Total	46	26	30

3.2. QUESTION 1 : EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DÉCRIRE VOTRE TRAVAIL (TÂCHE, MISSIONS, ETC.) ?

3.2.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 40.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 43,9% d'unités de contexte élémentaires (UCE) et retient 8 classes.

La Figure 5 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 4 reprend les résultats des différentes classes.

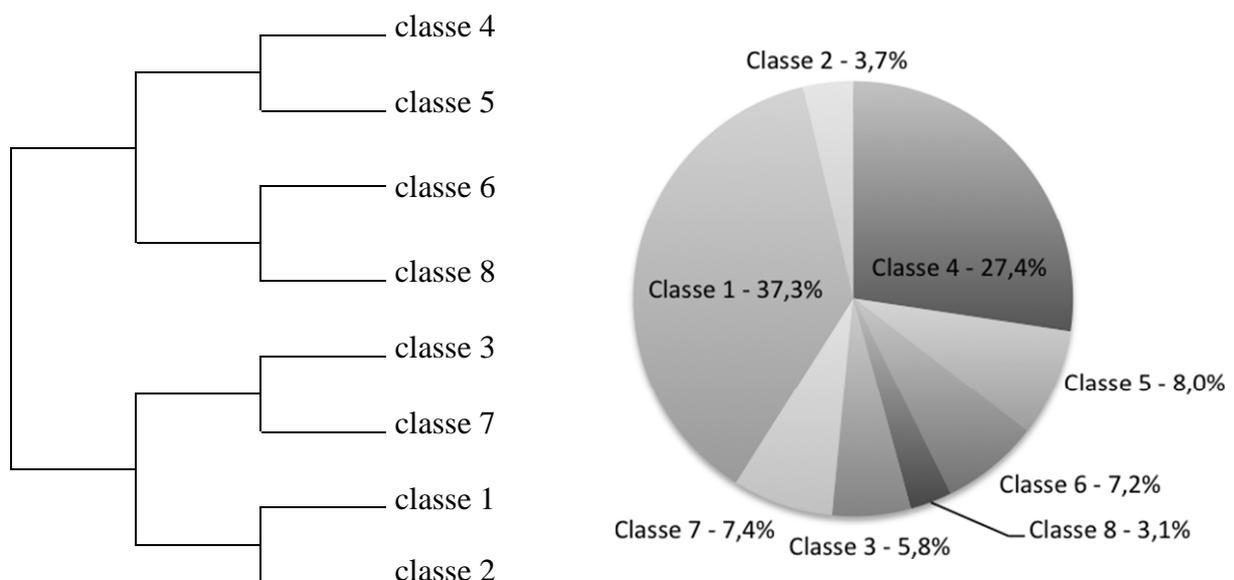


Figure 5 : dendrogramme et répartition des classes de la question 1.

Tableau 4 : éléments représentatifs de chaque classe et χ^2 correspondant pour la question 1.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
vraiment	54,8	douleur	239,5	choisir	189,9	heure	198,6
stage	41,3	palliatif	157,6	promotion	99,2	visite	63,6
cabinet	34,3	psychologue	131,1	an	83,9	midi	63,3
médecine_générale	26,3	universitaire	78,7	internat	72,0	transmission	62,3
mission	26,1	Cholet	57,4	décalé	65,8	trente	62,1
particulier	23,7	capacité	57,4	classement	65,8	matin	53,0
apprendre	23,0	diplôme	56,7	grossesse	56,3	arriver	50,4
médecin_généraliste	20,8	thèse	44,8	changer	48,1	pause	33,8
libéral	18,9	soin	40,3	moi	24,7	finir	31,4
hôpital	18,5	complémentaire	24,2	j	24,6	tôt	31,0
travail	18,2	formation	12,7	spécialité	18,1	matinée	29,8
complètement	15,4	cancer	12,3	terminer	18,0	long	29,8
différence	13,7	gens	10,5	accident	17,9	neuf	28,8
spécifique	11,9	équipe	9,6	arrêt	14,5	dix_huit	28,2
pathologies	11,1	internat	9,6	retard	10,9	quatorze	27,0

Classe 5		Classe 6		Classe 7		Classe 8	
garde	146,1	besoin	59,4	opérateur	206,0	ponction	190,3
repos	57,9	sortie	55,0	bloc	155,3	chimiothérapie	158,3
bip	57,9	tâche	40,0	chirurgical	88,6	lombaire	126,4
étage	57,8	demander	39,1	aide	81,8	transfusion	99,7
appeler	54,0	déplacer	32,1	opérer	81,8	genre	69,6
nuit	48,0	avis	31,3	orthopédie	76,0	administratif	69,2
dormir	38,6	éventuellement	27,7	chirurgien	63,3	hématologie	54,6
urgence	38,4	organiser	22,2	assister	54,0	geste	44,6
téléphone	35,4	aide_soignant	21,0	activité	51,9	truc	34,1
astreinte	32,9	famille	19,5	suivre	40,1	simple	29,6
coucher	28,2	recevoir	19,0	chirurgie	40,1	exemple	26,5
ligne	24,4	courrier	16,2	formation	38,0	vérifier	23,0
réanimation	24,4	infirmier	14,5	consultation	35,0	technique	15,4
						examens_	
semaine	18,7	occuper	13,0	intervention	26,8	complémentaires	6,5
lendemain	11,6	équipe	13,0	post	20,3	perfusion	6,5

3.2.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.2.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 5.

Tableau 5 : analyse inférentielle de la question 1 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 . NS = Non Significatif.

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8
1 ^{ère} année	-14,8	NS	-4,3	+20,0	NS	+4,8	-4,2	+16,4
IMG 3 ^{ème} année	+102,6	+8,4	-16,0	-16,3	-6,3	NS	-21,8	-4,4
4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	-46,6	NS	+41,6	NS	+6,4	NS	+51,2	NS

3.2.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 6.

Tableau 6 : analyse inférentielle de la question 1 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8
Femme	+14,8	NS	+4,4	NS	-7,4	NS	-4,6	NS
Homme	-14,8	NS	-4,4	NS	+7,4	NS	+4,6	NS

3.2.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on demande aux internes de décrire leur travail, l'analyse statistique de leurs réponses retrouve deux ensembles : l'un évoque le travail dans un service médical hospitalier (45,8%) et l'autre décrit une fonction alternative (54,2%).

Le travail dans un service médical hospitalier est séparé en deux groupes : le premier qui comprend la structure temporelle (35,5%) et la deuxième qui correspond au contenu de la fonction (10,3%). La première groupe est composée de la classe 4 (27,4%), qui décrit le rythme diurne d'un service, et de la classe 5 (8,0%), qui correspond aux gardes et aux astreintes. Le deuxième groupe est l'association de la classe 6 (7,2%), regroupant les actions exécutées par les internes, et de la classe 8 (3,1%), énumérant les gestes techniques réalisées dans un service.

La fonction alternative décrite est séparée en deux groupes. Le premier correspond à la fonction d'IMG (41,0%) avec la classe 1 (37,3%) qui reprend le rôle d'un stage en libéral et la classe 2 (7,4%) qui reprend les fonctions spécifiques liées aux formations complémentaires disponibles pour les IMG (DESC, DU, capacité). Le deuxième groupe (13,2%) correspond à la classe 3 (5,8%) qui marque la possibilité de décalage de semestre pour un arrêt de travail ou une grossesse et la classe 7 (7,4%) qui correspond à la fonction de chirurgien.

3.3. QUESTION 2 : COMMENT DÉCRIRIEZ-VOUS LES RELATIONS AVEC LES PATIENTS ?

3.3.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 45.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 26,2% d'UCE et retient 5 classes.

La Figure 6 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 7 reprend les résultats des différentes classes.

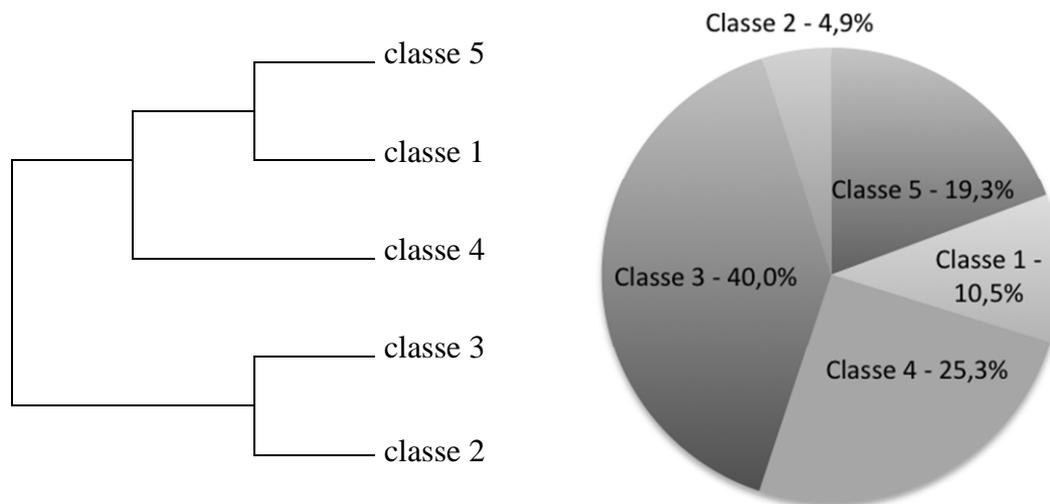


Figure 6 : dendrogramme et répartition des classes de la question 2.

Tableau 7 : éléments représentatifs de chaque classe et χ^2 correspondant pour la question 2.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4		Classe 5	
interne	79,5	connaissance	78,5	enfant	53,4	maladie	43,5	minute	46,6
docteur	43,3	manquer	61,4	parent	48,4	niveau	26,1	heure	42,1
médecin	39,4	aise	41,9	gamin	13,9	grave	19,4	matin	41,8
infirmier	36,3	sentir	33,2	se	13,5	traitement	19,2	rester	26,6
gens	28,8	impression	26,7	pédiatrie	12,3	notamment	18,1	elle	25,7
voir	25,6	mettre	24,2	jeu	12,3	accepter	18,1	soir	25,6
ils	22,9	demander	20,2	âge	12,3	médical	15,1	midi	25,6
venir	16,9	chef	16,1	angoisse	9,2	chronique	15,1	appeler	21,3
nous	15,8	rapport	16,1	petit	8,8	compréhension	15,1	rendez_vous	21,3
arriver	15,5	cas	16,0	intéressant	8,3	annonce	15,1	revoir	21,3
hôpital	10,1	plutôt	14,6	trouver	8,1	lourd	13,9	besoin	21,3
penser	9,7	question	14,0	appréhender	7,6	pathologie	13,9	journée	21,3
les	9,1	ressentir	13,4	différent	7,6	compliqué	13,6	quart	17,0
jamais	8,0	répondre	10,6	communication	7,6	résultat	10,9	cing	17,0
rarement	6,7	début	10,6	commencer	7,6	problème	10,8	consultation	14,4

3.3.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.3.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 8.

Tableau 8 : analyse inférentielle de la question 2 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5
1 ^{ère} année	-7,2	NS	NS	NS	NS
IMG en 3 ^{ème} année	+17,7	+6,7	-15,4	NS	NS
4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	NS	NS	+10,4	NS	NS

3.3.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 9.

Tableau 9 : analyse inférentielle de la question 2 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5
Femme	+13,6	NS	+12,1	-65,3	NS
Homme	-13,6	NS	-12,1	+65,3	NS

3.3.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on interroge les internes sur leur relation avec les patients, le traitement statistique des réponses fait apparaître deux ensembles : le premier représentant la relation classique patient-interne (55,1%) et le deuxième où ils prennent du recul avec cette relation (44,9%).

Le premier ensemble se divise en deux groupes : l'un se rapportant au point de vue de l'interne sur cette relation (29,8%), et l'autre, correspondant à la classe 4 (25,3%), représentant le patient par sa maladie

Le groupe concernant le point de vue de l'interne est composé de la classe 5 (19,3%), basée sur l'organisation temporelle de cette relation, et la classe 1 (10,5%) qui correspond à la façon dont l'interne est vu par le patient (*« il y en a qui ont du mal à nous voir comme médecin, ils nous voient plus infirmière que médecin ; je pense que les internes garçons ont moins ce problème que nous ; interne pour beaucoup ça ne veut rien dire »*).

Le deuxième ensemble est composé de deux classes : la classe 3 (40,0%), qui correspond à la prise en charge pédiatrique et sa relation triangulaire spécifique, et la classe 2 (4,8%) qui s'intéresse à l'influence que peut avoir un manque de connaissances sur la confiance du patient (*« j'ai l'impression que ça, ça va, je me sens plutôt bien par rapport à ça, après j'ai l'impression de manquer de connaissances pour répondre à certaines questions évidemment mais par rapport à ça je n'ai pas de soucis »*).

3.4. QUESTION 3 : QUELLES SONT LES PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES AUXQUELLES VOUS FAITES FACE DANS LE MÉTIER D'INTERNE ?

3.4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 40.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 49,7% d'UCE et retient 6 classes.

La Figure 7 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 10 reprend les résultats des différentes classes.

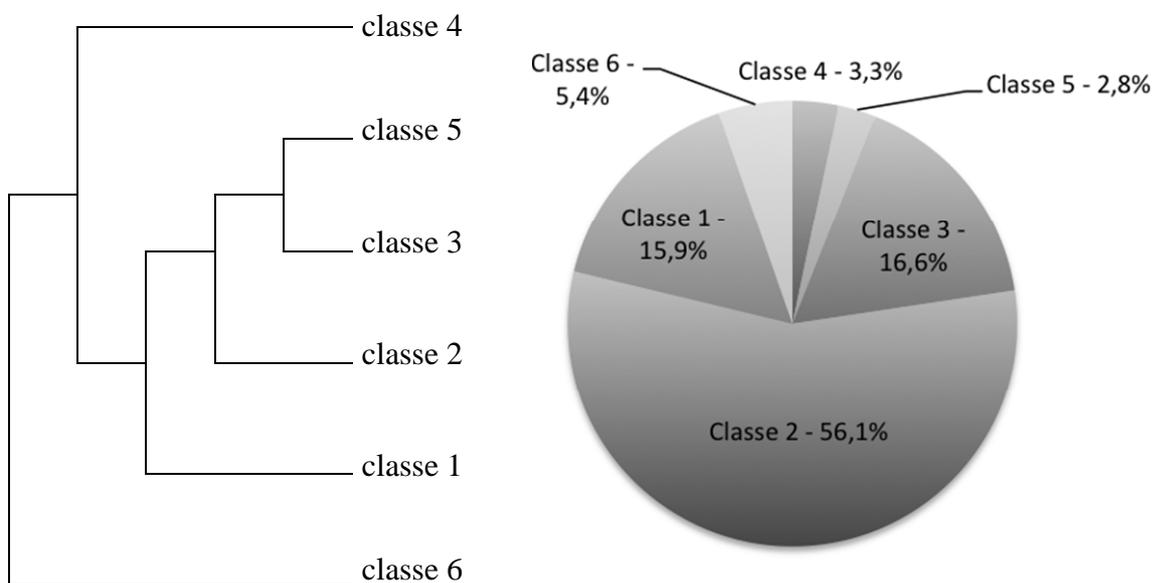


Figure 7 : dendrogramme et répartition des classes de la question 3.

Tableau 10 : éléments représentatifs de chaque classe et chi² correspondant pour la question 3.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
grossesse	70,4	aller	24,0	fin	163,0	cérébral	122,4
femme	63,6	dire	18,7	vie	149,3	infectieux	118,7
interruption	53,9	passer	18,7	éthique	97,3	masse	118,7
risque	41,7	ils	18,4	problématique	80,7	permettre	65,3
contraception	37,5	se	15,4	déontologique	65,3	doute	51,1
toucher	26,7	avis	15,2	problème	63,5	morphine	27,7
mari	25,8	façon	14,5	confronter	45,4	scanner	26,0
souhaiter	25,8	arriver	14,1	palliatif	29,6	cancer	24,4
accepter	22,3	chef	13,4	euthanasie	25,4	traiter	22,9
visiblement	21,3	appeler	11,6	situation	25,1	tumeur	21,4
enceinte	21,3	général	11,2	difficile	22,0	trouver	18,7
implant	21,3	attendre	11,2	cancérologie	21,0	enfant	16,4
corps	21,3	tu	10,6	sujet	20,3	expérience	14,3
bénéfice	21,3	sénior	9,5	particulièrement	20,3	important	14,3
interpeller	21,3	discussion	8,6	responsabilité	19,5	train	14,3

Classe 5		Classe 6	
annonce	252,4	liberté	182,8
diagnostic	235,4	privation	107,2
maladie	101,8	psychiatre	107,2
grave	93,2	mental	89,2
cancer	73,9	dangerosité	89,2
consultation	47,1	individuel	72,7
éthique	42,4	isolement	71,2
notamment	36,4	psychiatrie	61,0
certaines	33,4	loi	45,5
délicat	32,7	chambre	45,0
malade	26,0	ordre	40,0
gérer	17,0	public	29,7
cancérologie	11,2	sous	24,1
difficile	7,8	contrainte	23,8
former	7,4	hospitalisation	16,9

3.4.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.4.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 11.

Tableau 11 : analyse inférentielle de la question 3 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6
1 ^{ère} année	NS	NS	NS	+10,9	NS	-16,4
IMG en 3 ^{ème} année	+8,4	NS	NS	-5,8	NS	-18,9
4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	-9,8	-6,2	NS	NS	NS	+76,2

3.4.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 12.

Tableau 12 : analyse inférentielle de la question 3 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6
Femme	+13,8	NS	NS	NS	NS	-42,2
Homme	-13,8	NS	NS	NS	NS	+42,2

3.4.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on interroge les internes sur les problématiques éthiques et déontologiques rencontrées, l'analyse statistique met en évidence deux ensembles : le premier qui concerne les problématiques rencontrées en médecine somatique (94,6%), et le deuxième, correspondant à la classe 6 (5,4%), qui décrit les problématiques spécifiques à la psychiatrie.

Le premier ensemble est divisé en deux groupes : la classe 4 (3,3%) et un deuxième groupe (91,4%). En reprenant les UCE caractéristiques de la classe 4, on remarque qu'elle décrit des situations cliniques particulières, spécifiques, uniques (« *donc il a été traité chirurgicalement puis après les IRM cérébrales, comment dire, dynamiques, elles ont montré que, voilà quoi, clairement il avait une anoxo-ischémie diffuse et que c'était un légume...* »).

Le deuxième groupe, correspondant aux problématiques courantes, est composé de deux sous-groupes : la classe 1 (15,9%) représentant les problématiques rencontrées en gynécologies et un autre sous-groupe représentant les autres problématiques (75,5%).

Ce dernier sous-groupe comprend une première catégorie, correspondant aux situations cliniques classiques rencontrées (19,3%), ainsi que la classe 2 (56,1%).

Après reprise des UCE caractéristiques de la classe 2, on remarque que celle-ci est centrée sur la prise de décision de manière déléguée : soit de ne pas la prendre (« *une fois que tu as appelé un chef et que tu as son avis tu es bien obligé de le suivre ; tu as quelqu'un au-dessus*

qui te couvre... »), soit de ne pas la prendre seul (« donc c'est une décision conjointe, avec l'avantage en réanimation qu'on est souvent plusieurs donc on peut discuter comme ça, des discussions collégiales, des discussions qui peuvent aussi impliquer le médecin généraliste »). La catégorie des situations cliniques classiques rencontrées comprend la classe 3 (16,6%), qui décrit les situations de fin de vie et de maladies graves, et la classe 5 (2,8%) relative aux annonces diagnostiques de maladie grave.

3.5. QUESTION 4 : QU'EST-CE QUI MET LE PLUS EN SOUFFRANCE DANS LE MÉTIER D'INTERNE ? EST-CE QUE VOUS AVEZ UNE SITUATION PARTICULIÈRE QUI ILLUSTRÉ ÇA ?

3.5.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 80.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 37,1% d'UCE et retient 11 classes.

La Figure 8 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 13 reprend les résultats des différentes classes.

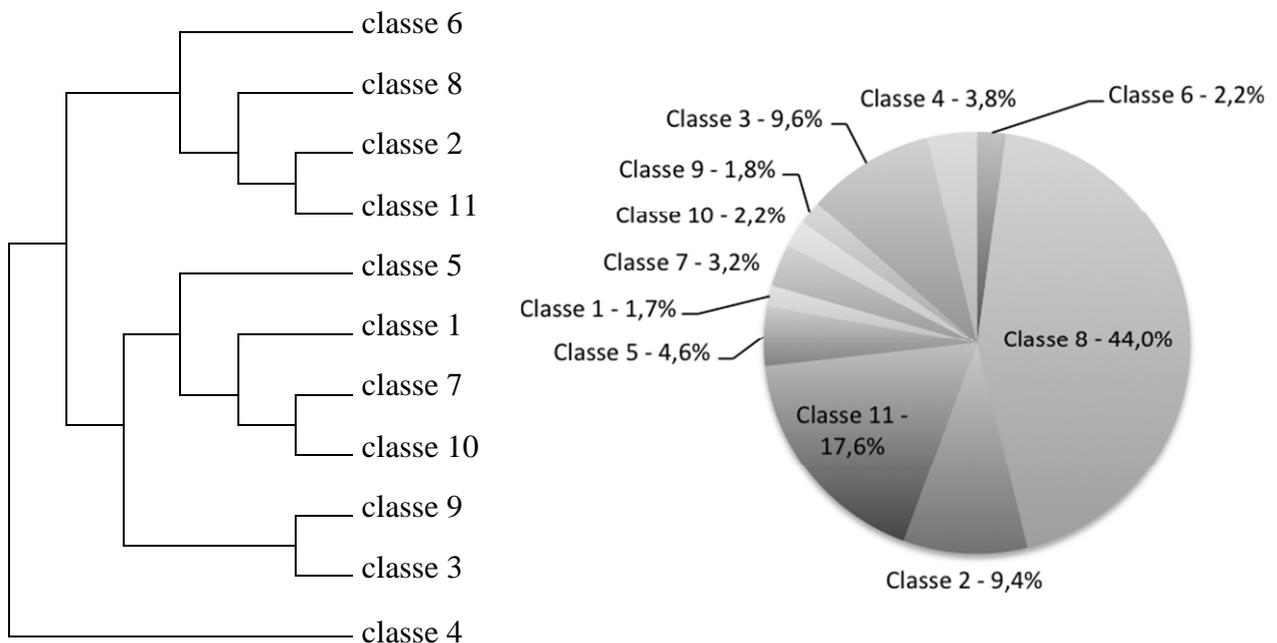


Figure 8 : dendrogramme et répartition des classes de la question 4.

Tableau 13 : éléments représentatifs de chaque classe et chi² correspondant pour la question 4.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
travail	81,2	façon	79,2	début	96,1	poste	308,6
manger	57,9	séniors	57,9	semestre	83,1	Angers	205,5
matin	36,2	confiance	48,5	externe	66,7	Nantes	168,6
charge	32,8	aide_soignant	48,5	premier	58,3	otorhinolaryngologie	152,8
journée	31,5	infirmier	46,2	internat	57,1	nombre	127,1
lendemain	27,2	chirurgien	40,9	avis	42,3	Poitiers	127,1
partir	24,0	capable	40,9	deuxième	34,0	ophtalmologie	79,8
horaire	21,0	milieu	38,8	envie	33,3	spécialité	66,6
erreur	21,0	médecin	38,4	énormément	30,9	ouvrir	65,2
terminer	16,9	mot	35,1	pression	28,6	choix	64,7
reconnaissance	10,4	relation	33,0	séniorisation	28,6	place	59,3
responsabilité	10,4	homme	29,5	interne	23,4	CHU	35,2
risque	10,4	coeur	29,5	plaindre	18,3	besoin	25,0
frustrant	10,4	fort	29,5	encadrer	14,6	Rennes	23,4
repenser	8,4	écouter	27,6	doute	14,6	stress	23,4

Classe 5		Classe 6		Classe 7		Classe 8	
garder	304,5	alimentation	274,2	rentrer	189,8	grave	33,7
samedi	254,5	sonde	182,3	bureau	126,5	venir	29,2
weekend	152,7	plaque	182,3	fermer	122,7	lui	25,3
garde	138,6	scélérose	182,3	soir	102,1	elle	23,7
repos	127,5	arrêter	61,8	journée	67,0	cancer	22,9
matin	123,1	question	61,4	travailler	57,3	maladie	22,8
astreinte	106,7	abdominal	55,4	dix_neuf	52,9	famille	19,1
dimanche	86,0	massif	43,6	heure	45,6	décéder	18,9
nuit	83,4	échographie	43,6	hôpital	43,1	traitement	17,7
travailler	82,3	bouche	43,6	finir	36,1	décès	17,6
vendredi	65,7	stable	43,6	condition	28,7	réanimation	16,8
horaire	47,9	poser	32,9	remettre	28,7	voir	15,3
lundi	45,7	douleur	30,1	boulot	22,2	hospitaliser	14,2
dormir	45,7	montrer	27,8	temps	21,3	attendre	13,8
fatiguer	38,3	bilan	27,8	investir	17,9	annoncer	13,8

Classe 9		Classe 10		Classe 11	
neurologie	297,0	sortie	145,0	souffrance	73,4
oncologie	178,0	courrier	144,4	vie	65,1
chirurgie	162,4	entrée	144,4	personnel	60,3
choix	63,7	limiter	101,1	vivre	45,9
content	29,1	heure	45,0	métier	45,9
trouver	18,1	neuf	34,1	sentiment	33,0
préférer	12,4	frustrant	34,1	difficile	32,0
séniorisé	12,4	temps	18,5	fin	31,2
chier	12,4	jusqu_à	17,4	penser	30,3
pédiatrique	9,6	trente	11,0	moment	28,8
psychiatrie	9,6	terminer	12,1	source	28,2
rapport	8,5	problématique	9,9	confronter	27,1
chef	7,2	objectif	9,9	professionnel	23,5
choisir	6,3	supporter	9,9	expérience	20,3
stage	4,0	courir	7,6	toucher	19,1

3.5.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.5.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 14.

Tableau 14 : analyse inférentielle de la question 4 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 ^{ère} année	NS	NS	NS	-4,4	+3,9	-6,3	-5,8	NS	+21,3	NS	-5,7
IMG 3 ^e année	NS	NS	NS	-4,3	NS	+4,6	NS	NS	-7,4	-6,2	+11,7
4 et 5 ^{ème} année	NS	+10,0	-6,3	+18,4	NS	NS	+16,4	-5,3	NS	NS	NS

3.5.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 15.

Tableau 15 : analyse inférentielle de la question 4 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Femme	NS	NS	NS	-4,1	NS	+5,4	+3,9	NS	-13,1	NS	-4,3
Homme	NS	NS	NS	+4,1	NS	-5,4	-3,9	NS	+13,1	NS	+4,3

3.5.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on interroge les internes sur ce qui les met en souffrance, le traitement statistique de leurs réponses met en avant deux ensembles : l'un regroupant leur expérience d'internat (96,2%) et l'autre correspondant à la classe 4 (3,8%) correspondant à l'organisation des maquettes et l'avenir professionnel (« *juste parce que le chef de service a ouvert plein de lits partout et qu'il a besoin d'internes pour boucher les trous, mais on n'aura pas de poste en post-internat ; je me dis où est la logique, là ?* »).

L'ensemble majoritaire est divisé en deux groupes : le premier correspondant au contenu du travail (73,2%) et le deuxième s'intéressant à l'organisation du travail (23,0%).

Le premier groupe se divise en deux sous-groupes dont l'un est représenté par la classe 6 (2,2%) et l'autre (71,1%) correspond à des situations classiques rencontrées.

La classe 6 est basée sur les termes « sonde d'alimentation » et « sclérose en plaque ». En se référant sur les UCE caractéristiques, la classe 6 représente des situations cliniques particulières (« *il a été monté des urgences avec un scanner abdominal qui montrait un foie multi-métastatique ; l'annonce n'avait pas été faite aux urgences et je n'étais pas séniorisée ; du coup j'ai dû lui faire l'annonce comme je pouvais en anglais* ») dans lesquelles les termes principaux reviennent régulièrement mais non exclusivement.

Le deuxième sous-groupe est composé de deux catégories : la classe 8 (44,0%) représentant le rapport à la mort et à la maladie grave et une deuxième catégorie (27,0%) composée des classes 2 et 11. La classe 2 (9,4%) représente le rôle, la place de l'interne dans l'équipe soignante. La classe 11 (17,6%) se réfère aux situations qui font écho à leur vie personnelle de l'interne.

Le deuxième groupe, correspondant à l'organisation du travail, est composé de deux sous-groupes : l'un représente le travail en lui-même (11,7%) et l'autre son organisation (11,4%).

Le premier sous-groupe comprend la classe 6 (4,6%), se référant à l'activité des gardes et des astreintes, et une catégorie décrivant l'activité diurne d'un service (7,0%). Cette catégorie est composée de deux sous-catégories : la classe 1 (1,7%) et un regroupement des classes 7 et 10 (5,3%).

Après reprise des UCE caractéristiques de la classe 1, celle-ci se réfère aux conséquences du rythme de travail sous plusieurs aspects : la variabilité des horaires (« *c'est comme si c'était dans mon contrat de travail, tu veux être médecin donc tu as aucune qualité de vie ; alors que moi j'aime bien manger aussi à douze heures et pas à quinze heures* »), la difficulté à couper

avec le travail (« ça ne laisse pas indifférent ; et bien tu rentres chez toi, forcément t'y repenses, le lendemain matin tu te lèves t'y repenses encore »), le manque de reconnaissance (« t'as l'impression d'être là pour abattre le travail, t'as l'impression de ne pas avoir toujours de la reconnaissance derrière, la reconnaissance des supérieurs »), le risque d'erreur médicale (« les horaires c'est horrible c'est sûr, oui, avec le risque d'erreurs et le risque d'être un peu moins regardant sur la prise en charge ») et la responsabilité (« il y a eu plusieurs semaines l'année dernière où j'étais le seul xxxlogue pour tout le Maine et Loire ; ça fait une grosse responsabilité »).

La classe 7 (3,2%) se réfère à la difficulté à allier amplitude horaire et vie privée (« c'est plus le temps qu'on passe à l'hôpital et qui fait qu'on n'a plus beaucoup de temps pour faire autre chose ») et notamment au niveau du travail personnel (« je considère que j'ai un peu passé l'âge d'être le soir sur mon bureau à travailler, ça ne me fait plus trop rigoler après une journée de taf de me remettre au boulot »).

La classe 10 (2,2%) correspond à la charge de travail dans la journée.

Le deuxième sous-groupe, correspondant à l'organisation du travail, est l'association de deux classes : la classe 9 (1,8%) qui se réfère au choix d'un stage particulier et à son fonctionnement (« du coup moi j'ai fait neurologie et oncologie ; c'est un peu nul en fait ; nous dans notre promo il y a la moitié des internes qui n'a fait que des trucs comme ça ») et la classe 3 (9,6%) qui représente le début de l'internat (« au début de ton internat, il y a un manque de séniorisation, après pour les semestres plus âgés, je ne sais pas mais moi, en étant au premier semestre, c'est vrai que tu passes du tout au rien »).

3.6. QUESTION 5 : QU'EST CE QUE VOUS METTEZ/AVEZ MIS EN ŒUVRE POUR Y FAIRE FACE (SOUTIEN, ACTIVITÉ, CONSOMMATION, ETC.) ?

3.6.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 40.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 33,2% d'UCE et retient 8 classes.

La Figure 9 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 16 reprend les résultats des différentes classes.

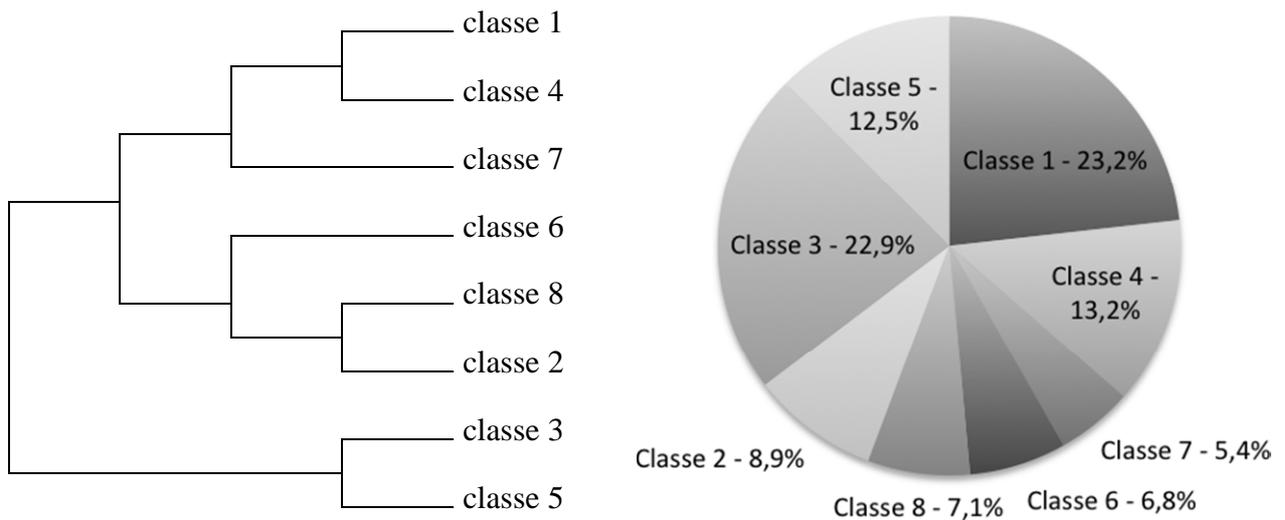


Figure 9 : dendrogramme et répartition des classes de la question 5.

Tableau 16 : éléments représentatifs de chaque classe et χ^2 correspondant pour la question 5.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
parler	50,1	rendre	94,6	sport	50,9	infirmier	69,4
milieu	34,3	compte	84,0	activité	35,0	équipe	60,6
ami	28,7	vivre	62,5	soir	29,9	discuter	39,5
médical	27,2	garde	31,6	weekend	22,6	service	30,2
mes	20,8	bout	31,6	semaine	22,5	chef_de_service	26,6
médecine	20,4	servir	21,8	temps	22,4	soignant	26,6
parent	20,3	finalement	20,5	commencer	19,2	aide_soignant	26,6
expliquer	19,1	globalement	20,5	horaire	16,1	soutenir	21,2
chef	18,2	stage	19,2	salle	13,7	difficulté	19,8
famille	15,7	urgence	12,7	jour	13,6	médecin	17,4
co_internes	15,7	arriver	11,4	faire	13,5	revenir	15,3
comprendre	15,7	expérience	8,4	finir	13,1	connaître	13,5
ils	15,1	dur	8,4	samedi	12,7	général	13,5
maman	13,4	travailler	6,1	matin	12,7	patient	9,9
copain	8,1	habituer	6,0	libre	9,4	écouter	7,2

Classe 5		Classe 6		Classe 7		Classe 8	
alcool	103,	répondre	113,1	soin	128,0	personnel	80,2
boire	102,6	question	84,8	palliatif	109,6	distance	66,2
bière	50,3	affectif	55,7	psychologue	89,9	professionnel	52,7
soirée	38,0	détacher	43,1	enfant	38,8	apprendre	49,7
verre	36,2	problème	20,8	médecine_générale	24,1	mettre	40,8
festif	35,6	te	18,1	gérer	19,9	rapport	32,9
exutoire	29,4	possible	12,0	maladie	19,9	vie	32,7
consommation	28,4	quoi	8,2	effectivement	15,9	collègue	27,1
tabac	28,1	assez	6,6	réunion	15,9	essayer	22,8
pote	16,4	si	4,7	elle	13,3	aider	17,0
oublier	14,5	quelqu_un	4,3	besoin	9,5	mieux	11,4
ailleurs	10,5	comment	4,3	service	6,7	possible	11,2
boulot	8,4	sur	4,1	voir	5,3	laisser	11,2
sortir	6,0			demander	4,4	travail	9,1
couper	5,2			début	4,4	souffrance	5,0

3.6.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.6.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 17.

Tableau 17 : analyse inférentielle de la question 5 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8
1 ^{ère} année	NS	NS	NS	+4,0	NS	+8,1	NS	NS
IMG 3 ^{ème} année	NS	+13,6	NS	NS	NS	-13,0	NS	NS
4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	NS	-6,8	NS	-5,0	NS	NS	NS	+6,6

3.6.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 18.

Tableau 18 : analyse inférentielle de la question 5 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7	8
Femme	NS	+12,9	+4,4	NS	-9,4	-8,5	NS	NS
Homme	NS	-12,9	-4,4	NS	+9,4	+8,5	NS	NS

3.6.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on demande aux internes sur ce qu'ils mettent en œuvre pour faire face à la souffrance, le traitement statistique de leurs réponses met en avant deux ensembles : l'un tourné vers l'extérieur (35,4%), et l'autre centré sur le travail (64,6%).

L'ensemble tourné vers l'extérieur est composé de la classe 3 (22,9%), orienté vers les loisirs et le sport, et de la classe 5 (12,5%), plutôt festif, orienté vers les consommations dans un but d'exutoire.

L'autre ensemble, centré sur le travail, est divisé en deux groupes : le premier relatif à la recherche de soutien (41,8%), et l'autre à la gestion des émotions (22,9%).

La premier groupe comporte deux catégories : la classe 7 (5,4%), évoquant le soutien dans un cadre institutionnel par le biais de réunions avec des psychologues comme dans les services de soins palliatifs et une catégorie représentant les soutiens mis en œuvre par l'interne lui-même (36,4%).

Cette catégorie comprend la classe 1 (23,2%) qui concerne le fait de se sentir compris par le biais des amis, des parents, du chef ou des co-internes, et la classe 4 (13,2%) qui correspond au fait de se sentir soutenu par le biais de l'équipe soignante (infirmier, aide-soignant, médecin et chef de service).

Le deuxième groupe, basé sur la gestion des émotions, distingue la classe 6 (6,8%) correspondant au détachement affectif, d'un autre sous-groupe (16,1%). Ce dernier est composée de la classe 8 (7,1%) relative à la mise à distance entre la vie professionnelle et la vie personnelle et de la classe 2 (8,9%).

La classe 2 est basée sur l'expression « se rendre compte ». En reprenant les UCE caractéristiques de la classe, on remarque que la prise de conscience de l'interne est axée sur le fait qu'il n'est pas le seul à traverser des situations difficiles (« *quand c'est des internes dans le même stage, on se rend compte qu'ils vivent la même chose et qu'eux aussi ils sont en difficulté* »), qu'il a acquis de l'expérience dans le même stage (« *faut s'y habituer, ça ne sert à rien de se dire qu'on ne va pas y arriver ; on sait qu'avec l'expérience au bout de trois semaines ça va mieux ; on le vit d'une façon plus facile en se disant je patauge mais ça va durer trois jours* ») ou au fil des stages (« *c'est quelque chose qu'on apprend à chaque début des premiers stages, on est mal les deux-trois premiers jours, le temps de s'habituer et puis au bout du trois quatrième stage, on sait que ça va arriver* ») ou qu'il a des retours positifs sur son travail (« *quand on veut faire bien et qu'on y met du cœur ; on s'en rend compte qu'il y a un retour, une reconnaissance de la part des patients* »). Cette classe correspond à la réévaluation positive.

3.7. QUESTION 6 : EST-CE QUE VOUS AVEZ L'IMPRESSION QUE CE TRAVAIL CHANGE VOTRE VISION DE LA VIE ? DE QUELLE MANIÈRE ?

3.7.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

Paramètre d'analyse : nombre de classes terminales de la phase 1 : 45.

Le rapport d'analyse ALCESTE porte sur 20,4% d'UCE et retient 7 classes.

La Figure 10 représente le dendrogramme et la répartition des différentes classes.

Le Tableau 19 reprend les résultats des différentes classes.

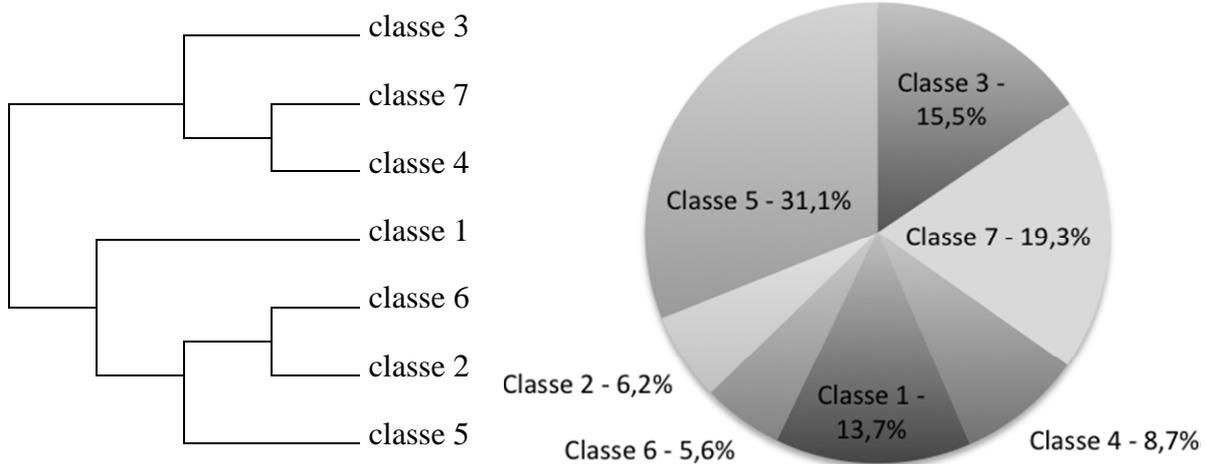


Figure 10 : dendrogramme et répartition des classes de la question 6.

Tableau 19 : éléments représentatifs de chaque classe et χ^2 correspondant pour la question 6.

	Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4
compte	91,0	clairement	61,9	prendre	59,9	externe	54,7
rendre	91,0	découvrir	48,2	charge	45,8	interne	26,4
aide	25,9	complètement	32,6	quotidien	22,3	justement	22,7
santé	19,2	donner	13,5	distance	22,3	sûr	17,1
finalement	17,0	différent	13,5	souffrance	16,3	début	13,4
corps	13,1	social	13,5	travail	12,4	trouver	13,4
m	11,5	façon	12,0	certaine	11,1	urgence	10,8
relativiser	9,4	une	8,7	euh	11,1	depuis	8,8
gens	8,1	bien	8,1	urgence	9,7	tant	8,8
me	8,1	exemple	7,9	temps	9,7	situation	8,8
truc	7,4	autre	7,9	rester	7,6	patient	7,6
vivre	7,0	imaginer	6,3	de	4,3	coup	7,3
des	5,1	et	5,4	falloir	4,0	beaucoup	4,7
ça	4,6	situation	5,1			là	4,1
vis_à_vis	4,6						

Classe 5		Classe 6		Classe 7	
mourir	23,7	grossesse	87,1	métier	30,2
cancer	21,2	passer	48,5	question	25,3
aller	21,1	enfant	23,3	pareil	20,8
mort	18,5	jeune	19,3	internat	20,8
quelqu'un	17,3	mal	19,3	particulièrement	17,2
grave	16,2	tu	10,6	répondre	17,2
maladie	11,7	alors	9,3	penser	10,7
dire	11,5	exemple	9,1	sentir	9,5
proche	9,6	se	8,6	aimer	9,0
chose	9,1	après	4,7	poser	8,2
fois	6,8	pouvoir	4,5	mon	8,1
arriver	6,1	très	4,2	me	7,8
plein	5,8			changer	7,8
enfin	5,7			apprendre	6,8
imaginer	5,6			médecine	6,6

3.7.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE

3.7.2.1. PAR CATÉGORIE D'INTERNE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 20.

Tableau 20 : analyse inférentielle de la question 6 par catégorie d'interne. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7
1 ^{ère} année	NS	NS	+13,2	+5,9	-5,4	NS	NS
IMG en 3 ^{ème} année	-5,8	+12,2	-8,4	NS	+8,8	NS	NS
4 ^{ème} et 5 ^{ème} année	+7,5	-4,5	NS	-6,5	NS	+6,2	NS

3.7.2.2. PAR GENRE

Les résultats sont représentés dans le Tableau 21.

Tableau 21 : analyse inférentielle de la question 6 par sexe. Indication du χ^2 .

Classe	1	2	3	4	5	6	7
Femme	NS	+4,8	NS	-11,7	NS	NS	NS
Homme	NS	-4,8	NS	+11,7	NS	NS	NS

3.7.3. ANALYSE THÉMATIQUE

Quand on interroge les internes sur la façon dont leur travail change leur vision de la vie, le traitement statistique de leurs réponses renvoie deux ensembles : le premier s'intéressant aux modifications concernant leur exercice (43,5%) et le deuxième concernant les changements induits par leur rapports avec les patients (56,5%).

Le premier ensemble est composé de la classe 3 (15,5%) qui évoque la mise à distance par rapport à la prise en charge des patients, et d'un groupe se rapportant à l'évolution de leur vision d'eux même sur le plan professionnel (28,0%) comprenant les classe 7 et 4.

La classe 7 (19,3%) correspond à l'acquisition du métier de médecin (« *je me sens prendre confiance en moi progressivement et j'essaie de faire en sorte d'être un bon médecin, et je pense que l'internat c'est vraiment intéressant, c'est une transition très intéressante* »).

La classe 4 (8,7%) marque les modifications liées au passage de l'externat à l'internat (« *je préfère être interne qu'externe quand même, par rapport justement à la responsabilité, l'autonomie et le salaire* »).

Le deuxième ensemble comprend la classe 1 (13,7%) où les internes se rendent compte de leur propre santé en la relativisant par rapport à celle de leurs patients (« *cela m'a permis de me rendre compte que la vie était courte et qu'il fallait faire en sorte qu'elle soit la meilleure possible ; et puis ça aide beaucoup à relativiser* ») et un groupe dans lequel les internes se focalisent sur les situations rencontrées (42,9%).

Ces situations rencontrées sont essentiellement la classe 5 (31,1%) où les internes évoquent la mort et les maladies graves en les orientant vers les autres (« *oui, si, peut-être, le rapport avec la mort, c'est que finalement tout le monde meurt un jour ; on meurt du fait qu'on est vivant* ») et une autre sous-groupe dans lequel ils comparent les situations à leur propres expériences (11,8%) composée des classe 6 et 2.

Dans la classe 6 (5,6%) regroupe les inquiétudes sur les grossesses à venir (« *alors, tu vois, autant sur ma première grossesse j'étais jeune interne et je n'étais absolument pas stressée, sur mon petit nuage, forcément tout allait bien se passer, et là sur celui-ci je suis consciente des risques* »).

La classe 2 (6,2%) est la découverte des différents modes de vies, des différences sociales (« *je n'aurais pas pu voir tout ce que j'ai vu ou expérimenté tout ça en faisant un autre métier ; oui, on est vachement ouvert sur la société* »).

4. LIMITES DE L'ÉTUDE

4.1. BIAIS DE RECRUTEMENT

En reprenant les entretiens, nous avons noté, par l'intermédiaire des réponses à la question 1, que les IMG de 3^{ème} année étaient essentiellement en stage de médecine libérale : stage chez le praticien ou SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Ces stages, réalisables par les IMG à partir de la deuxième année, sont généralement étalés sur trois journées et demi dans la semaine avec des horaires calqués sur une pratique libérale et non institutionnelle. Ils sont par ailleurs dépourvus de garde ou d'astreinte. Ces deux stages laissent habituellement aux IMG plus de temps libre qu'un stage hospitalier.

4.2. BIAIS DE SELECTION

Le recrutement étant basé sur le volontariat, il est possible que les internes ayant suffisamment de temps libre pour passer l'entretien n'aient pas été les plus en souffrance.

4.1. BIAIS DE PROCÉDURE

Le lissage des 102 entretiens a été réalisé seul et n'a pas été contrôlé par un second opérateur.

4.2. BIAIS D'OPÉRATION

Le logiciel IRAMUTEQ ne dispose pas de tutoriel. Malgré l'aide de son auteur, Pierre Ratinaud, son utilisation n'est pas intuitive.

4.3. BIAIS D'INTERPRÉTATION

Au cours de l'étude, les thèmes de classes ont été définis par seulement deux relecteurs.

5. ANALYSE ET DISCUSSION

5.1. LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES

5.1.1. LES FACTEURS DE SOUFFRANCE

Par l'intermédiaire de la question 4, les internes nous indiquent directement ce qui les met en souffrance.

D'autre part, les situations qui modifient la vision que les internes ont de la vie (question 6) sont le résultat d'un bouleversement de leur environnement. On peut donc considérer ces situations comme des sources potentielles de stress.

Par ailleurs, le rapport à la mort et la maladie est, dans les questions 4 et 6, un élément de souffrance important, dont la relation interne-patient est une clé de voûte. Les éléments qui interfèrent dans leur rapport avec le patient (question 2) sont donc également des éléments de souffrance pour les internes.

Bruchon-Schweitzer (9), décrit quatre catégories de stress professionnel : les caractéristiques de la tâche, les caractéristiques relationnelles, les caractéristiques de la carrière, et enfin l'interface travail-famille. Nous rajouterons une catégorie situationnelle, regroupant le stress lié à la relation médecin-malade.

En reprenant cette classification, les facteurs de souffrance des internes mis en avant par notre recherche sont les suivants :

- les caractéristiques de la tâche
 - la charge de travail quantitative et qualitative (question 4, classe 10)
 - le rythme des gardes et des astreintes (question 4, classe 5)
 - les conséquences de la charge de travail : horaires non réguliers, risque d'erreurs médicales, etc. (question 4, classe 1)
- les caractéristiques relationnelles :
 - la problématique du rôle : conflit et ambiguïté de rôle (question 4, classe 2)
 - la confrontation à la précarité sociale (question 6, classe 2)
 - le manque de reconnaissance des pairs (question 4, classe 1)
 - l'excès de responsabilité (question 4, classe 1)
 - le manque de reconnaissance de la fonction de l'interne par les patients (question 2, classe 1)
 - le manque de connaissances pratiques (question 2, classe 2)

- les caractéristiques de la carrière :
 - certains stages spécifiques (question 4, classe 9)
 - le début de l'internat (question 4, classe 3)
 - le passage de l'externat à l'internat (question 6, classe 4)
 - l'incompréhension de l'organisation de la carrière (question 4, classe 4)
 - l'absence de débouchés (question 4, classe 4)
- l'interface travail-famille :
 - l'incompatibilité et/ou la concurrence entre rôle professionnel et vie personnelle (question 4, classe 7)
 - la difficulté à couper avec le travail (question 4, classe 1)
- les caractéristiques situationnelles :
 - le rapport à la mort et à la maladie (question 4, classe 8 et question 6, classe 5)
 - les annonces diagnostiques de maladies graves (question 3, classe 5)
 - les patients en fin de vie (question 3, classe 3)
 - certaines situations particulières (question 4, classe 6 et question 3, classe 4)
 - les situations de patients faisant écho à sa vie privée (question 4, classe 11)

5.1.2. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA TÂCHE

5.1.2.1. LA CHARGE DE TRAVAIL QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

Truchot (23) distingue la charge de travail quantitative et qualitative. La charge de travail quantitative désigne la somme de travail à effectuer et le cadre temporel dans lequel il doit être réalisé. La surcharge qualitative apparaît quand les employés estiment ne pas avoir les capacités pour réaliser de façon satisfaisante les tâches qui leur sont confiées.

Dans notre étude, à la classe 10 de la question 4, les internes disent souffrir aussi bien de la charge quantitative (« *je voyais les entrées jusqu'à vingt heures et après je faisais mes courriers ; je terminais à vingt et une heures parfois plus ; c'est vrai qu'au début c'est un petit peu difficile...* »), que de la charge qualitative (« *tout le monde n'a pas un examen clinique tous les jours, tout le monde n'a pas la grande conversation ; il y a les courriers à faire... enfin, aujourd'hui j'ai fait quatre sorties, quatre courriers, j'ai eu trois entrées* »).

5.1.2.1.1. LA CHARGE DE TRAVAIL QUANTITATIVE

Une corrélation entre la charge de travail quantitative et le BO est retrouvée dans de nombreuses études : étude sur l'ensemble des internes français de médecine générale (43), de cancérologie (47) et de psychiatrie (46).

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la surcharge de travail quantitative est une des causes du BO. Maslach (24) résume ce constat par cette phrase : « la surcharge de travail conduit à l'épuisement ; l'épuisement (émotionnel créatif ou physique) affecte l'efficacité, la santé et le bien-être ».

5.1.2.1.2. LA CHARGE DE TRAVAIL QUALITATIVE

Pour Manoukian (67), la surcharge de travail a toujours une double conséquence : quantitative « par l'ampleur des tâches à accomplir » et qualitative « par l'impossibilité de réaliser ce pour quoi on a été formé et dont on est conscient ». Clot (cité par Manoukian (67)) résume ce propos : « Le stress, ce n'est pas seulement l'intensification de ce qu'on fait, c'est l'accumulation de tout ce qu'on ne peut pas faire ».

Maslach (24) souligne l'importance de la charge de travail qualitative : « la capacité à dresser des priorités dans son travail quotidien, à choisir différentes approches et à prendre des décisions relatives à l'exploitation des ressources est essentielle ».

Concernant la charge de travail qualitative, dans son étude sur les internes en psychiatrie, Andlauer (46) retrouve une corrélation entre l'absence de contrôle sur la façon de travailler et les trois composantes du BO. De même, les cancérologues qui estiment ne pas avoir assez de temps à consacrer aux patients sont plus concernés par le BO (47).

Dans notre étude, les IMG en 3^{ème} année sont faiblement associés à ces deux premières catégories.

5.1.2.2. LE RYTHME DES GARDES ET DES ASTREINTES

Une corrélation entre le rythme de garde et des astreintes et l'EE est retrouvée dans l'étude de Le Tourneur et Komly (43).

Il existe plusieurs types d'astreintes (astreinte téléphonique, présence dans le service le soir ou le weekend, etc.) ou de gardes (garde aux urgences générales ou spécialisées, garde d'établissement, garde dans un service particulier, garde avec avis spécialisé, etc.).

Mais les gardes et les astreintes ont en commun une majoration de la charge de travail quantitative et qualitative. Cette catégorie est donc liée à la précédente.

Dans notre étude, les internes en première année sont plus sensibles à ce type de souffrance.

5.1.2.3. LES CONSÉQUENCES DE LA CHARGE DE TRAVAIL : HORAIRES NON RÉGULIERS, RISQUES D'ERREURS MÉDICALES, ETC.

Le Tourneur et Komly (43) montrent que les IMG craignant une erreur médicale sont plus concernés par le BO. Dans l'étude de Blanchard, la peur de faire des erreurs médicales ainsi que les fréquents changements d'emploi du temps tardifs sont significativement associés au BO (47).

Dans l'enquête nationale de l'ISNIH (1), 21% des internes disent ne pas bénéficier du repos de garde légalement autorisé après 24h de travail. Parmi ces internes, plus de la moitié pensent avoir commis une erreur médicale pendant un repos de garde dont 15% avec certitude.

5.1.3. LES CARACTÉRISTIQUES RELATIONNELLES

5.1.3.1. LE CONFLIT DE RÔLE ET L'AMBIGUÏTÉ DE RÔLE

Conflit et ambiguïté de rôle sont les deux modes de dysfonctionnement des rôles au travail (Kahn et al. cités par Truchot (23)).

Truchot (23) définit le conflit de rôle comme apparaissant quand le travail est en opposition avec les valeurs de l'individu ou suppose de réaliser des tâches incompatibles entre elles. Cet auteur définit également l'ambiguïté de rôle comme le manque d'informations claires, consistantes ou le fait d'avoir des informations inadéquates sur ce qui est attendu, les objectifs à atteindre, la façon de réaliser son travail, les droits, les devoirs, les responsabilités ou encore les procédures qui permettent de vérifier que le travail est bien effectué.

Dans notre recherche, dans la classe 2 de la question 4, les internes évoquent le conflit de rôle surtout au niveau des rapports avec la hiérarchie médicale et au niveau du machisme ressenti (« donc c'est ce système hiérarchique là que je trouve difficile : la façon dont certains médecins peuvent s'adresser aux internes qui est parfois assez méprisante, c'est dégradant et d'autant plus quand on est une femme »). Dans la même classe, ils décrivent l'ambiguïté de rôle au travers de leur place dans l'équipe soignante (« c'est plutôt mes collègues qui prenaient ma défense au niveau de l'équipe ; mais je comprends tout à fait, c'est difficile de voir des internes changer tous les six mois et de créer une relation de confiance à chaque fois, pour tout le monde », « j'avais pas mal de médecins qui tournaient, du coup moi je n'avais pas toujours le même médecin référent et ce n'était pas facile non plus parce que chaque médecin a une façon de pratiquer différente et donc il faut s'adapter : c'est aussi un peu la difficulté »).

Selon Truchot (23), le conflit et l'ambiguïté de rôle entraînent stress, agressivité, insatisfaction au travail et difficulté à prendre des décisions. Ils sont tous deux associés aux trois dimensions du BO. Le conflit de rôle est davantage associé à l'EE et à la DP alors que l'ambiguïté de rôle est plutôt liée à l'AP.

Concernant le conflit de rôle, l'étude de Blanchard (47) montre que les désaccords avec les seniors sur les choix thérapeutiques sont des facteurs de stress significativement associés au BO chez les internes de cancérologie. Chez les internes en psychiatrie (46), les conflits de valeurs sont corrélés à la DP.

D'après Barbarin (39), l'ambiguïté de rôle provient du fait que l'interne est souvent en première ligne dans la prise en charge des patients alors qu'il est encore en formation, sous la responsabilité d'un sénior, et susceptible de faire des erreurs.

À notre connaissance, aucune étude n'étudie spécifiquement l'ambiguïté de rôle. Mais, chez les internes en cancérologie (47), le manque de communication entre collègues est associé au BO. Andlauer (46) montre aussi que l'absence de travail en équipe est corrélé à l'AP.

Dans notre étude, les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont fortement associés à l'ambiguïté de rôle et au conflit de rôle.

5.1.3.2. LA CONFRONTATION À LA PRÉCARITÉ SOCIALE

La confrontation à la précarité sociale n'a été évoquée dans aucune des études chez les internes comme élément de souffrance.

La sphère sociale faisant partie de la définition de la santé de l'OMS (68), la souffrance sociale est donc un élément de stress pour l'interne au même titre que la maladie physique.

Dans notre étude, cette catégorie est fortement associée aux IMG de dernière année.

5.1.3.3. LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DES PAIRS

Maslach (24) considère le manque de reconnaissance comme une source de disparité entre le poste et la personne : « quand nous n'obtenons pas de reconnaissance, notre travail est dévalué, mais aussi notre personne ».

Dans l'étude nationale sur les IMG (43), le manque de reconnaissance de la part des patients, des seniors et de l'équipe soignante sont tous les trois liés significativement au BO. Il en est de même pour les internes en cancérologie chez qui le niveau de BO est significativement plus élevé pour ceux qui ne se sentent pas justement récompensés par rapport au travail fourni (47).

5.1.3.4. L'EXCÈS DE RESPONSABILITÉ

L'excès de responsabilité peut être une source de stress professionnel.

Dans l'étude de Ernst (41), les internes strasbourgeois déclarent se poser des questions quant à leur légitimité à prescrire et à donner des ordres. Chez les internes en cancérologie, le fait de se sentir sous pression est un facteur de risque du BO (47).

5.1.3.5. LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DE LA FONCTION PAR LES PATIENTS

Les patients ne comprennent pas toujours bien le rôle exact de l'interne et peuvent donc douter de sa fiabilité, ce qui limite considérablement la reconnaissance de son travail.

Chez les internes de psychiatrie, la reconnaissance de la fonction est corrélée aux trois dimensions du BO : EE, DP et AP (46).

Dans notre étude, cette classe est fortement associée aux IMG de 3^{ème} année et est dissociée des internes de 1^{ère} année.

5.1.3.6. LE MANQUE DE CONNAISSANCES PRATIQUES

L'étude sur les IMG français (43) montre que les internes qui ne se sentent pas correctement accompagnés dans leur formation pratique sont plus concernés par le BO. Dans l'étude de Blanchard (47), être incertain d'avoir un bagage théorique assez solide ou se retrouver fréquemment en situation où l'on ne sait pas quoi dire au patient est un facteur de stress associé au BO.

Dans notre étude, cette catégorie est associée aux IMG de 3^{ème} année.

5.1.4. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CARRIÈRE

5.1.4.1. CERTAINS STAGES SPÉCIFIQUES

Il existe des disparités entre les stages. Certains stages sont plus cotés car plus formateurs, avec une meilleure ambiance dans l'équipe soignante et permettant plus d'autonomie que d'autres. Ceci se retrouve dans les notations de stages que les internes remplissent à la fin de chaque semestre.

Dans leur étude sur les IMG de France métropolitaine, Le Tourneur et Komly (43) constatent que les internes en stage hospitalier ont une charge de travail plus élevée et sont plus préoccupés par les patients en dehors du travail que leurs collègues. Parallèlement, ils constatent que les IMG en stage aux urgences ont un niveau de BO supérieur à tous les autres stages. Par ailleurs, les internes qui sont passés au CHU se sentent moins bien accompagnés

dans leur parcours de formation que les autres internes et estiment globalement recevoir moins de reconnaissance de la part de leurs seniors, de l'équipe médicale et des patients.

On remarque donc que certains stages, de par leur spécialité et/ou leur fonctionnement, peuvent être pourvoyeurs de souffrance.

Dans notre étude, cette catégorie est très fortement associée aux internes de 1^{ère} année.

5.1.4.2. LE DÉBUT DE L'INTERNAT

Pour Maslasch (24), l'expérience professionnelle constitue un facteur protecteur du BO, c'est-à-dire que celui-ci apparaîtrait plutôt en début de carrière. Ainsi, la jeunesse serait un facteur de vulnérabilité vis-à-vis du BO.

Mais dans la plupart des travaux concernant les internes, aucun lien n'a pu être mis en évidence entre le degré de BO et l'avancement dans l'internat.

Barbarin (39), retrouve une corrélation entre le premier semestre et l'EE. Elle assimile l'internat à une forme de « bizutage », un « rite de passage », que devraient traverser les médecins en formation.

Les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont, dans notre étude, dissociés de cette classe.

5.1.4.3. LE PASSAGE DE L'EXTERNAT À L'INTERNAT

Cette catégorie est liée à la précédente.

Dans sa thèse, Barbarin (39) s'interroge sur l'impact de la préparation des externes sur le BO des internes de premier semestre (présence en stage, type de formation théorique, mise en situation, etc.).

Dans notre recherche, les internes de 1^{ère} année sont concernés par cette classe, ce qui n'est pas le cas des internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

5.1.4.4. L'INCOMPRÉHENSION DE L'ORGANISATION DE LA CARRIÈRE ET L'ABSENCE DE DÉBOUCHÉS

Dans l'étude de Blanchard (47), la peur de ne pas trouver un poste d'assistant en fin d'internat apparaît comme étant un facteur de stress favorisant le BO.

Dans notre étude, cette classe est fortement associée aux internes de 4^{ème} et 5^{ème} année et est dissociée des interne de 1^{ère} année et des IMG de 3^{ème} année.

5.1.5. L'INTERFACE TRAVAIL-FAMILLE

5.1.5.1. L'INCOMPATIBILITÉ ET/OU LA CONCURRENCE ENTRE RÔLE PROFESSIONNEL ET VIE PERSONNELLE

Truchot (23) est unanime : « on sait aujourd'hui avec certitude que le conflit sphère professionnelle/sphère familiale engendre du BO ». Selon lui, les deux sphères sont en interaction.

Pour les IMG français (43), estimer consacrer suffisamment de temps à son entourage est un facteur protecteur de BO (surtout au niveau de l'EE et de la DP).

Chez les internes en cancérologie (47), le fait que les changements d'emplois du temps professionnels déstabilisent la vie personnelle est un stresser significativement associé au BO.

Selon l'étude de l'ISNIH (1), 85% des internes estiment que les gardes et astreintes ont une répercussion sur leur vie sociale et familiale.

Dans notre recherche, les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont fortement associés à cette catégorie et les internes de 1^{ère} année en sont dissociés.

5.1.5.2. LA DIFFICULTÉ À COUPER AVEC LE TRAVAIL

Pour Truchot (23), « l'individu stressé au travail n'arrivera pas à se détendre à la maison, il gardera à l'esprit ses préoccupations qui déborderont sur sa vie privée ».

Une étude de Sutherland et Cooper (cités par Manoukian (67)) montre que, chez les médecins, la difficulté à séparer vie professionnelle et vie de famille est classée par les généralistes en troisième position dans la catégorie des stressers.

5.1.6. LES CARACTÉRISTIQUES SITUATIONNELLES

5.1.6.1. LE RAPPORT À LA MORT ET À LA MALADIE

Dans notre étude, il s'agit d'un élément de souffrance important.

Pour Manoukian (67), « la confrontation récurrente à la mort des patients est une épreuve tant affective que cognitive. Affectivement, ces situations d'accompagnement sont plus ou moins chargées selon l'histoire de chaque relation soignant-soigné. Intellectuellement, elles nous interrogent sur le sens de notre travail, sur nos compétences, et sur le sens de la vie en général ».

Chez les internes nantais, Barbarin retrouve une association significative entre le BO et la confrontation à la fin de vie et l'annonce de diagnostics graves (39).

Chez les internes en cancérologie (47), la confrontation régulière avec la souffrance des patients est significativement associée au BO.

5.1.6.2. LES ANNONCES DIAGNOSTIQUES DE MALADIES GRAVES

La répétition des annonces diagnostiques graves est un phénomène associé au BO d'après l'étude de Blanchard (47).

5.1.6.3. LES PATIENTS EN FIN DE VIE

Blanchard a montré que la confrontation fréquente avec les décès répétés de patients était significativement associé au BO chez les internes en cancérologie (47).

5.1.6.4. CERTAINES SITUATIONS PARTICULIÈRES

Blanchard (47) montre que la prise en charge de jeunes patients en cancérologie est un facteur associé au BO.

Certaines situations cliniques, de par leur caractère brutal ou inattendu, ou de par la charge émotionnelle qui les accompagne, peuvent être des sources majeures de stress et avoir un impact important.

Delbrouck (69) souligne les rapports entre le BO et le stress post-traumatique, réaction pathologique à un événement extrêmement stressant. Il rappelle néanmoins que c'est le caractère répété du traumatisme, plus que son impact, qui engendre le BO.

5.1.6.5. LES SITUATIONS DE PATIENTS FAISANT ÉCHO À SA VIE PRIVÉE

Blanchard (47) a montré chez les internes en cancérologie que travailler auprès de patients auxquels ils s'identifient est un facteur de stress significativement associé au BO.

Une situation faisant écho avec sa vie privée a une charge émotionnelle beaucoup plus importante et rend plus difficile la séparation vie privée/vie professionnelle.

Dans notre étude, cette catégorie est associée aux IMG de dernière année et est dissociée des internes de 1^{ère} année.

5.1.7. LA SOUFFRANCE CHEZ LES INTERNES : SPÉCIFICITÉS PAR CATÉGORIE

5.1.7.1. LES INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE

La répartition des réponses à la question 1 montre que les internes de 1^{ère} année ne se définissent pas par leur fonction. Ils ne peuvent donc pas être concernés par le manque de reconnaissance de leur statut par les patients.

Les internes de 1^{ère} année se définissent majoritairement par leurs actes réalisés (horaires, actes techniques, gardes et astreintes). Cela explique qu'ils soient concernés par la souffrance liée aux gardes et aux astreintes : alors qu'ils sont envahis par leur activité quotidienne, souvent conséquente (1), les internes ont du mal à gérer cet afflux de travail aussi bien qualitatif que quantitatif.

Ils souffrent pleinement du passage de l'externat à l'internat et ne se projettent pas dans leur avenir, sur la logique de leur maquette de stage et les possibilités du post-internat.

Par ailleurs, la sélection des stages au cours de l'internat se fait par ordre descendant en fonction du nombre de semestres validés. Ainsi, les internes en fin d'internat ont un choix plus large que les jeunes internes à qui il ne reste généralement que les stages les moins bien cotés. Ce mode de choix des stages explique que les internes de 1^{ère} année se reconnaissent dans la souffrance liée à certains stages : « *en fait, je suis quasiment sûr de finir en xxx pédiatrique parce que je choisis en dernier et que personne ne veut y aller* » (question 4, classe 9).

Par contre, ils sont moins concernés par les souffrances liées aux situations faisant écho à leur vie personnelle. On peut penser que, soit ils n'ont pas été encore confrontés à ce genre de situations, soit ils n'ont pas le recul nécessaire pour analyser ce qui les met en souffrance dans ces situations-là.

On peut également penser que, s'ils ressentent moins la difficulté à couper entre vie privée et vie personnelle, c'est qu'ils n'en comprennent pas encore l'intérêt.

5.1.7.2. LES IMG EN TROISIÈME ANNÉE

Le biais de recrutement chez les IMG de 3^{ème} année, pour la plupart en stage praticien ou SASPAS, explique certaines particularités de cette catégorie.

Le stage en médecine libérale, en comparaison à un stage hospitalier, a une charge de travail moins importante. On y rencontre des problèmes sociaux plus fréquemment. Et les patients ont parfois du mal à comprendre la fonction, le rôle de l'interne vis-à-vis du médecin titulaire.

Le stage en médecine libérale nécessite de posséder un bagage pratique important en plus des connaissances théoriques et techniques.

Par ailleurs, la plupart des internes de médecine générale s'orientent vers une carrière libérale et ceux qui s'orientent vers une carrière institutionnelle le font généralement dans le cadre d'un DESC (DESC d'urgence, DESC de gériatrie, DESC de douleur et soins palliatifs, etc.) dont les postes après l'internat sont normalement déjà prévus dès l'inscription au DESC. Ils se sentent donc moins concernés par l'absence de débouchés après l'internat.

Les IMG en 3^{ème} année sont également plus sensibles aux situations faisant écho à leur vie privée.

5.1.8. LES INTERNES DE QUATRIÈME OU CINQUIÈME ANNÉE

Les internes en 4^{ème} et 5^{ème} année souffrent plus du conflit et de l'ambiguïté de rôle.

Ils ont acquis, durant leurs 4 ou 5 ans de formation, des connaissances théoriques et pratiques leur permettant de travailler de manière autonome (remplacement d'autres médecins, garde de sénior, « faisant fonction de chef » comblant l'absence d'un sénior).

L'ambiguïté de rôle vient du fait que les internes en 4^{ème} et 5^{ème} année sont à mi-chemin entre l'étudiant encore en formation et le futur acteur de la santé, autonome et décisionnaire.

Tous les internes sont soumis à une hiérarchie médicale importante (les termes employés sont ceux de « chefs », « sénior ») où la décision d'un supérieur prévaut.

L'ambiguïté de rôle des internes en 4^{ème} et 5^{ème} année est source de difficultés hiérarchiques expliquant le conflit de rôle.

Les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont également plus concernés par l'incompatibilité entre rôle professionnel et vie personnelle. Nous émettrons deux hypothèses. La première est que plus les internes sont avancés dans leurs études donc âgés et plus leur engagement familial est important. L'autre hypothèse, non contradictoire, est que le conflit travail/famille entraîne une souffrance par répétition.

Les internes en 4^{ème} ou 5^{ème} année sont fortement associés à l'incompréhension de l'organisation de carrière et à l'absence de débouchés. Ceux-ci sont directement confrontés à l'absence de postes disponibles en post-internat et ont ainsi le recul suffisant pour regarder d'un œil critique l'organisation de leur cursus.

Par contre, ils se sentent moins concernés par les difficultés liées au passage de l'externat à l'internat et au début d'internat.

5.2. LES INTERNES FACE À LA SOUFFRANCE

L'analyse des réponses aux questions 5 et 6 permet de recenser les moyens de faire face à la souffrance suivant :

- des moyens centrés vers l'extérieur :
 - les loisirs (question 5, classe 3)
 - la fête, les exutoires, les consommations (question 5, classe 5)
- des moyens centrés sur la recherche de soutien social :
 - la recherche personnelle de soutien auprès de l'équipe soignante, médicale et para-médicale (question 5, classe 4)
 - la recherche personnelle de compréhension auprès des amis, des parents, de ses co-internes ou de ses chefs (question 5, classe 1)
 - les réunions institutionnelles (question 5, classe 7)
- des moyens centrés sur la gestion des émotions :
 - le détachement affectif (question 5, classe 6)
 - la mise à distance entre milieu professionnel et personnel (question 5, classe 8 ; question 6, classe 3 et question 4, classe 1)
 - la relativisation (question 6, classe 1)
 - la réévaluation positive (question 5, classe 2), et se rendre compte que :
 - l'on n'est pas le seul à rencontrer les situations difficiles
 - l'on a acquis de l'expérience au fil d'un stage ou au cours de son cursus
 - l'on a des retours positifs sur son travail

5.2.1. INTERNES ET STRATÉGIES DE COPING

Les internes n'évoquent pas spontanément de stratégies de coping centrées sur le problème, bien que celles-ci soient plus efficaces que les stratégies basées sur l'émotion. On remarque dans notre étude, lorsque l'on interroge les internes sur les problématiques éthiques rencontrées, qu'une partie importante des réponses concerne le fait de déléguer la prise de décision : soit de ne pas la prendre seule, soit de ne pas la prendre du tout (question 3, classe 2 représentant 56,1%). Mais les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont dissociés de cette classe. On peut supposer qu'après 8 semestres, les internes expérimentés, qui ont été confrontés à plusieurs reprises à ce type de questionnements et de problèmes, mettent en place des stratégies orientées vers le problème en affrontant seul ce dernier.

Les stratégies de coping décrites par les internes sont basées sur l'émotion. Deux d'entre elles ressortent majoritairement.

La première est l'évitement/fuite : celui-ci est soit physique (loisirs, fête, consommations), soit émotionnel (détachement, relativisation). D'après Truchot, il ressort de nombreuses études que les stratégies centrées sur la situation seraient plus efficaces que les stratégies d'évitement. Ces dernières pourraient être efficaces à certains moments, mais leur mobilisation permanente deviendrait un facteur de risque : « quoi que fasse l'individu pour échapper à la situation, le problème demeure » (23).

La deuxième stratégie de coping centrée sur l'émotion dominante les internes est la recherche de soutien social (soutien, compréhension, de manière personnelle ou institutionnelle). Pour ce dernier, on note l'importance de l'étayage personnel mais aussi professionnel ; les réunions institutionnelles étant moins utilisées.

La réévaluation positive est également utilisée mais à moindre degré : entre autres, les internes ont besoin de réaliser qu'ils ne sont pas les seuls à être confrontés à des situations difficiles. En reprenant les réponses des internes, il est difficile de savoir si ce concept est inné ou si l'interne a besoin de conceptualiser ce phénomène au cours de son cursus, ce qui correspondrait à une étape importante dans la formation des jeunes médecins. Si cette deuxième théorie s'avérerait juste, il pourrait être judicieux de promouvoir le partage d'expérience entre internes de 1^{ère} année. Une étude complémentaire dans ce sens serait intéressante.

5.2.2. INTERNES ET RÉGULATION DES ÉMOTIONS

Les internes utilisent des stratégies de régulation des émotions aux différents stades de la réponse émotionnelle :

- la sélection de la situation : la mise à distance entre le milieu professionnel et personnel permet aux internes de ne pas être en permanence envahis par des émotions déplaisantes. La sélection de la situation est un mode de régulation préventif. Le dysfonctionnement de cette mise à distance entre les deux sphères, professionnelle et personnelle, est source de souffrance comme indiqué dans la précédente partie.
- la modification de la situation : le soutien social auprès de l'équipe soignante permet aux internes de débriefer et de rechercher des solutions au problème initial.

- l'orientation de l'attention ou déploiement attentionnel : les loisirs mais surtout les exutoires et fêtes sont utilisées comme mode de distraction externe mais aussi interne lorsque les internes n'arrivent pas à couper avec leur travail.
- le changement cognitif qui comprend :
 - la réévaluation de la situation et ses diverses techniques :
 - examiner ses croyances : les internes se disent que les situations difficiles rencontrées leur permettent de gagner de l'expérience au fil de leur stage ou de leur cursus.
 - défusionner pensée et réalité : se rendre compte qu'ils ne sont pas les seuls à vivre des situations difficiles pourraient permettre aux internes de dépasser un éventuel sentiment d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
 - la relativisation permet aux internes de ne pas donner trop d'importance à une situation stressante et/ou de la comparer à des situations bien pires.
 - chercher des bénéfices à long terme : les retours positifs sur le travail des internes permettent d'alimenter cette technique.
 - l'acceptation : c'est le rôle du soutien social dans un but de compréhension.
- la modulation de la réponse : les internes utilisent deux méthodes dysfonctionnelles de modulation de la réponse :
 - la première est l'alcoolisation et la consommation de substances pour échapper aux émotions négatives engendrées par les situations stressantes.
 - le deuxième est le détachement affectif ou suppression excessive : il consiste à inhiber la réponse expressive de l'émotion.

Les réunions institutionnelles, souvent encadrées par des psychologues, permettent une régulation émotionnelle à différents niveaux : sur la modification de la situation, sur l'orientation de l'attention (distraction interne et pleine conscience) et sur changement cognitif en associant réévaluation positive et acceptation.

5.3. FAIRE FACE À LA SOUFFRANCE : SPÉCIFICITÉS PAR CATÉGORIE

5.3.1. LES INTERNES DE PREMIÈRE ANNÉE

En comparaison avec leurs aînés, les jeunes internes évoquent plutôt le soutien de l'équipe soignante et le détachement affectif.

Ce dernier, très coûteux en ressources personnelles, n'annule par le ressenti des émotions. Cette stratégie, mise en œuvre chroniquement, pourrait générer des sentiments négatifs concernant le soi, une réduction du bien-être psychologique, l'aliénation de l'individu vis-à-vis d'autrui et, par-là, favoriser l'émergence de troubles émotionnels (58, 70).

D'autre part, on remarque que l'équipe soignante, médicale et paramédicale a un rôle important dans la gestion de la souffrance des jeunes internes : *« C'est plutôt une bonne ambiance, mes co-internes sont cools, donc déjà, ça enlève une bonne partie du poids. Les infirmières sont hyper sympas, donc là, c'est pareil, je peux évacuer tous ces problèmes là et garder juste... Je t'avoue que si en plus mon chef était con et que les infirmières étaient chiantes, et que mes co-internes ne seraient pas cools, et qu'on n'irait pas boire un verre de temps en temps, je t'avoue que vraiment je serais au fond du trou »* (interne de premier semestre). Il est important de former ou d'informer les équipes soignantes sur le rôle qu'elles jouent chez les jeunes internes.

5.3.2. LES IMG EN TROISIÈME ANNÉE

Les IMG en 3^{ème} année sont plus fortement associés à la réévaluation positive et se sentent moins concernés par le détachement affectif.

La prise en charge hospitalière, souvent contrôlée par la durée moyenne de séjour est assez transversale pour le patient : une fois sorti d'hospitalisation, les retours sont généralement peu nombreux. La prise en charge en libéral est au contraire plus longitudinale, basée sur le suivi du patient et permettant plus de retours.

À l'inverse, cette prise en charge au long terme, basée sur l'empathie, ne laisse pas la place au détachement affectif.

5.3.3. INTERNES DE QUATRIÈME OU CINQUIÈME ANNÉE

Les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sont associés à la mise à distance entre sphère privée et professionnelle. Ils étaient par ailleurs plus concernés par l'incompatibilité entre rôle professionnel et vie personnelle pour laquelle nous avons émis deux hypothèses.

Par contre, nos résultats semblent montrer que les internes en 4^{ème} ou 5^{ème} années sont les seuls à utiliser pleinement dans stratégies de coping centrées sur le problème, en résolvant seuls les problématiques éthiques et déontologiques rencontrées. On peut alors supposer que la transition étudiant/professionnel semble se faire, chez les internes, autour de la 4^{ème} année.

6. CONCLUSION DE L'ÉTUDE QUALITATIVE

Notre étude permet de dresser une liste exhaustive des sources de souffrance pour les internes dont la plupart d'entre elles étaient déjà connues comme associées au BO.

Notre recherche confirme notre hypothèse initiale : la 1^{ère} année d'internat est une source de souffrance. Trois items y sont associés, le début d'internat, la transition avec l'externat, les stages particuliers disponibles pour les jeunes internes.

Par ailleurs, les stratégies mises en œuvre par les internes pour faire face à la souffrance sont essentiellement centrées sur l'émotion.

Une des principales ressources utilisées par les internes est la recherche, via une démarche personnelle, de soutien par des proches (amis, famille) mais aussi par l'équipe médicale (co-internes, chefs) et paramédicale. Le soutien institutionnel, malgré un intérêt indéniable, reste marginal.

L'autre ressource primordiale est la distraction par les loisirs et les sorties avec un risque de mésusage en exutoire pouvant entraîner des conduites de consommation de substances toxiques.

Enfin, seuls les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année semblent utiliser des stratégies de coping centrées sur le problème. Cette différence notable avec les IMG en 3^{ème} année pose la question de la durée nécessaire à un interne pour pleinement passer à travers toutes les étapes qui lui permettent de s'affirmer en tant que médecin.

ÉTUDE QUANTITATIVE :

IMPACT DE L'INTERNAT SUR LA QUALITÉ DE VIE, LE BURNOUT, LE STRESS, ET LES COMPORTEMENTS ADDICTIFS

1. HYPOTHÈSES OPÉRATIONNELLES

Partant du constat que les jeunes internes n'étaient pas plus en BO que leurs aînés, alors que le début d'internat est une source de souffrance, nous avons cherché à savoir s'ils n'exprimaient pas leur souffrance par d'autres moyens, et nous sommes donc intéressés à la qualité de vie sous ses différents aspects (bonheur, satisfaction de vie, relations sociales et santé physique) et autres moyens d'expression de la souffrance : le stress, le BO et les comportements addictifs.

Les internes de 1^{ère} année, soumis à un stress important, vont donc exprimer leur souffrance par une atteinte de la qualité de vie ou par un dysfonctionnement des systèmes de régulation du stress (stress trop important ou consommation de toxiques) en comparaison avec leurs aînés.

On ne s'attend pas à retrouver de différence notable entre les IMG en fin de cursus et leurs collègues des autres spécialités de 4^{ème} et de 5^{ème} année, dans les moyens d'expression de la souffrance et les stratégies mises en place face au stress.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. POPULATION

L'échantillon est composé d'internes des Facultés de Médecine de Nantes et d'Angers.

À la fin de l'entretien de l'enquête qualitative, les internes se voyaient remettre le questionnaire de l'étude quantitative. Pour des raisons de méthodologie et dans le but de respecter l'anonymat, nous n'avons pas relié les questionnaires aux entretiens.

Au cours de l'étude, il est apparu que le nombre de questionnaires reçus était inférieur au nombre d'internes interrogés.

Afin de compléter les groupes et sous-groupes de l'échantillon, nous avons, dans un deuxième temps, diffusé le questionnaire par mailing-list ou démarchage direct sur la base du bénévolat.

Un item a ainsi été ajouté au questionnaire afin de savoir si les internes avaient ou non passé l'entretien de recherche.

2.2. MATÉRIEL

L'approche quantitative s'articule sur un ensemble de plusieurs questionnaires :

2.2.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

2.2.1.1. Caractéristiques générales

Comprenant l'âge, le sexe, le statut social et affectif.

2.2.1.2. Caractéristiques spécifiques à la formation

Incluant le semestre en cours, la spécialité et le service actuel.

2.2.2. DES ÉCHELLES ÉVALUANT LA QUALITÉ DE VIE

L'évaluation de la qualité de vie a été réalisée sous différents aspects.

2.2.2.1. Évaluation de la santé psychique

Par l'intermédiaire de l'étude du bonheur et de la satisfaction de vie à l'aide de deux échelles : l'Oxford Happiness Inventory (OHI) qui est une échelle de bonheur validée (71) développée par Argyle (72) et la Satisfaction With Life Scale (SWLS) qui est une échelle de satisfaction de vie validée en français (73) développée initialement par Diener (13, 14).

2.2.2.2. Évaluation de la santé physique

L'Index Psycho-Somatique (IPS), sous-échelle somatique de la SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) de Derogatis (74) et une échelle validée en français (75) très utilisée en auto-évaluation.

2.2.2.3. Évaluation des relations sociales

Nous les apprécierons via le statut social et affectif des données démographiques.

2.2.3. DES ÉVALUATIONS DU STRESS

2.2.3.1. Par un inventaire sur les situations traumatogènes rencontrées au travail

Vécu du décès d'un patient, impuissance face à la souffrance d'un patient, sentiment de responsabilité d'une erreur médicale grave non létale ou létale, agressivité verbale ou physique rencontrée directement ou indirectement dans le cadre professionnel.

2.2.3.2. Les conséquences du stress dans la relation d'aide : le BO

L'Inventaire de Maslach et Jackson ou Maslach Burnout Inventory (MBI) (76, 77) est une échelle de mesure de BO validée (78) en français. Elle est considérée comme l'instrument de référence de mesure du BO. Elle comprend 22 items qui explorent les trois versants du BO : l'EE, la DP et l'AP. Chaque composante du BO fait l'objet d'un score et d'une interprétation qui lui sont propres. Des hauts niveaux de BO correspondent à un niveau d'EE et de DP élevés et à un niveau d'AP bas.

2.2.3.1. Une échelle d'impact d'un événement stressant : l'IES-R

L'IES-R (Impact of Event Scale-Revised) (79), échelle validée en français (80), mesure la détresse subjective causée par un événement stressant unique. Il s'agit de l'échelle la plus utilisée dans la littérature concernant le stress post-traumatique. Elle permet d'en étudier les trois aspects dont chacun fait l'objet d'un sous-score : les symptômes intrusifs, les symptômes d'évitement et des symptômes d'hyperactivité neurovégétative.

2.2.4. UNE ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

2.2.4.1. Évaluation de la capacité à couper avec son travail

Par une question binaire oui/non.

2.2.4.2. Évaluation de la consommation de substances

Nous avons évalué les trois substances addictives les plus fréquemment consommées : tabac, alcool et cannabis.

L'échelle de Fagerström concerne la consommation de tabac. Il s'agit d'un outil de dépistage validé (81, 82) permettant une estimation de la dépendance physique à la nicotine.

L'échelle AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) est relative à la consommation d'alcool. C'est une échelle validée (83) et recommandée par l'OMS pour la prévention et le dépistage précoce de l'addiction à l'alcool. Le premier item de l'échelle permet de déterminer la consommation quotidienne d'alcool.

Le CAST (acronyme de Cannabis Abuse Screening Test) est une échelle validée en français (84) qui explore la consommation de cannabis dans un usage non festif et ses conséquences. Il permet d'identifier une éventuelle dépendance au cannabis.

Le questionnaire est disponible en Annexe 1.

La description des scores des échelles est disponible en Annexe 2

2.3. PROCÉDURE

Le recueil des données s'est effectué entre novembre 2009 et mars 2012.

Les questionnaires en format papier nous étaient redonnés en main propre ou renvoyés par courrier à l'une des deux adresses laissées en en-tête.

Cent quarante neuf questionnaires ont été recueillis puis codés sur une base Excel.

Le lissage a été effectué par exclusion des questionnaires dans lesquels il manquait une précision empêchant la catégorisation (semestre en cours, sexe ou spécialité pour les internes de 3^{ème} année), et par exclusion des questionnaires ne correspondant pas aux trois catégories

de recherche : internes de 1^{ère} année, IMG de 3^{ème} année et internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année d'une autre spécialité. Les questionnaires incomplets ont été conservés dans l'analyse.

Cent douze questionnaires exploitables ont été retenus.

L'anonymat a été respecté dans les étapes de recueil et de codage des données.

2.4. TRAITEMENT DES DONNÉES

Pour les variables qualitatives, les effectifs ainsi que les pourcentages ont été calculés. Les comparaisons entre les différentes variables d'intérêt ont été effectuées avec le test du χ^2 ou test de Fisher exact suivant les conditions d'exécution.

Pour les variables quantitatives, la médiane ou la moyenne plus ou moins l'écart type suivant la normalité de la variable, ainsi que les minimum et maximum sont indiqués. Les comparaisons entre les deux groupes ont été effectuées, selon la faisabilité, à l'aide du test paramétrique d'analyse de variance, ou grâce au test non-paramétrique de Wilcoxon quand il y a deux groupes et du test de Kruskal-Wallis pour trois groupes et plus.

Les variables catégorielles ont été traitées comme variables quantitatives et qualitatives.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS 9.2 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) avec un degré de significativité fixé à 5%.

Les comparaisons entre catégories ont été réalisées en 2 étapes :

- comparaison entre IMG de 3^{ème} année et internes de 4^{ème} et 5^{ème} année
- comparaison entre internes de 1^{ère} année et l'ensemble des IMG en 3^{ème} année et des internes de 4^{ème} et 5^{ème} année correspondant aux internes en fin de cursus.

3. RÉSULTATS

3.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

3.1.1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES

3.1.1.1. SEXE, SEMESTRE ET ÂGE (Figure 11)

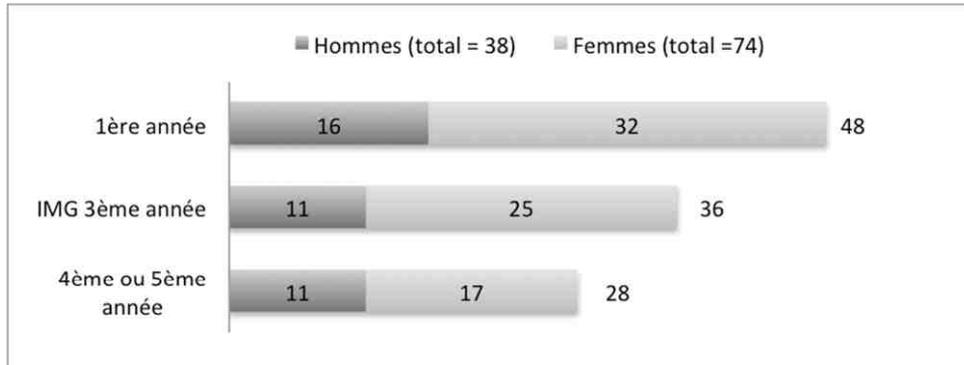


Figure 11 : Répartition de l'échantillon.

L'échantillon de 112 internes est composé de 74 femmes et de 38 hommes.

Il est composé de 48 internes en 1^{ère} année (45 internes en 1^{er} semestre et 3 en 2^{ème} semestre), de 36 IMG en 3^{ème} année (25 internes en 5^{ème} semestre et 11 en 6^{ème} semestre) et de 28 internes en 4^{ème} ou 5^{ème} année (6 internes en 7^{ème} semestre, 8 en 8^{ème} semestre, 7 en 9^{ème} semestre et 7 en 10^{ème} semestre).

La moyenne d'âge des internes de l'échantillon est de 26,8 ans avec des extrêmes de 23 et 35 ans.

3.1.1.2. SITUATION SOCIALE DES INTERNES (Figure 12)

Un interne (0,9%) vit chez ses parents ou de la famille, 34 internes (30,4%) vivent seuls, 14 (12,5%) sont en colocation et 63 (56,2%) vivent en couple.

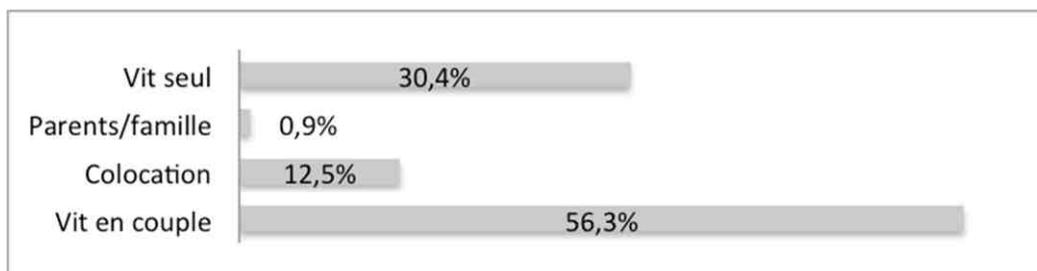


Figure 12 : Situation sociale des internes.

3.1.1.3. SITUATION AFFECTIVE DES INTERNES (Figure 13)

Vingt-neuf internes (27,9%) sont célibataires, 45 (43,3%) sont en concubinage, 15 (14,4%) sont en couple PACSé et 15 (14,4%) sont en couple marié (valeurs manquantes = 8).

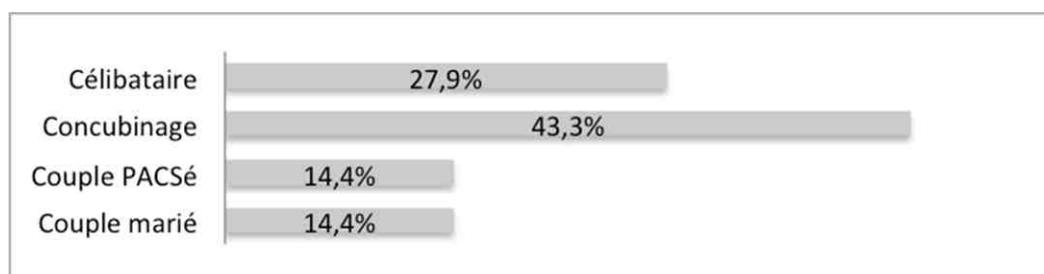


Figure 13 : Situation affective des internes.

3.1.1.4. PARTICIPATION À L'ENTRETIEN DE RECHERCHE

Soixante-dix-sept internes (69,4%) ont participé à l'entretien de recherche (valeur manquante = 1).

3.1.2. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE

3.1.2.1. SCORE OHI

La moyenne du score est de 49,5 (écart type 7,8), la médiane est de 49 et les scores extrêmes sont de 11 et 72 (valeurs manquantes = 17).

3.1.2.2. ÉCHELLE SWLS

La moyenne du score est de 25,7 (écart type 5,1), la médiane est de 28 et les scores extrêmes sont de 5 (score minimum de l'échelle) et 35 (valeur manquante = 1).

3.1.2.3. SCORE IPS

La moyenne du score est de 15,5 (écart type 2,8), la médiane est de 14 et les scores extrêmes sont de 12 (score minimum de l'échelle) et 31 (valeurs manquantes = 7).

3.1.3. ÉVALUATION DU STRESS

3.1.3.1. ÉVÈNEMENTS TRAUMATOGENES (Figure 14)

3.1.3.1.1. Confrontation à la souffrance et au décès d'un patient :

Cent quatre internes (92,9%) se sont sentis impuissants devant la souffrance d'un patient et 103 (92,0%) ont été confrontés au décès d'un patient.

3.1.3.1.2. Responsabilité d'une erreur médicale non létale et létale

Trente neuf internes (34,8%) se sentent responsables d'une erreur médicale grave mais non létale et 34 internes (30,4%) se sentent responsables du décès d'un patient.

3.1.3.1.3. Confrontation à l'agressivité

Quatre-vingt-dix internes (81,1%) ont été témoins d'agression de la part de patients ou de familles à l'encontre de collègues : verbale (60,4%), physique (3,6%) ou les deux (17,1%) (valeur manquante =1).

Soixante neuf internes (61,6%) ont été personnellement victimes d'agression de la part de patient ou de famille : verbale (53,6%), physique (2,7%) ou les deux (5,4%).

Soixante cinq internes (42,0%) ont été témoins d'agression entre collègues : verbale (39,3%) ou verbale et physique (2,7%).

Dix-neuf internes (17,0%) ont été personnellement victimes d'agression de la part des collègues : il s'agit d'agressions uniquement verbales.

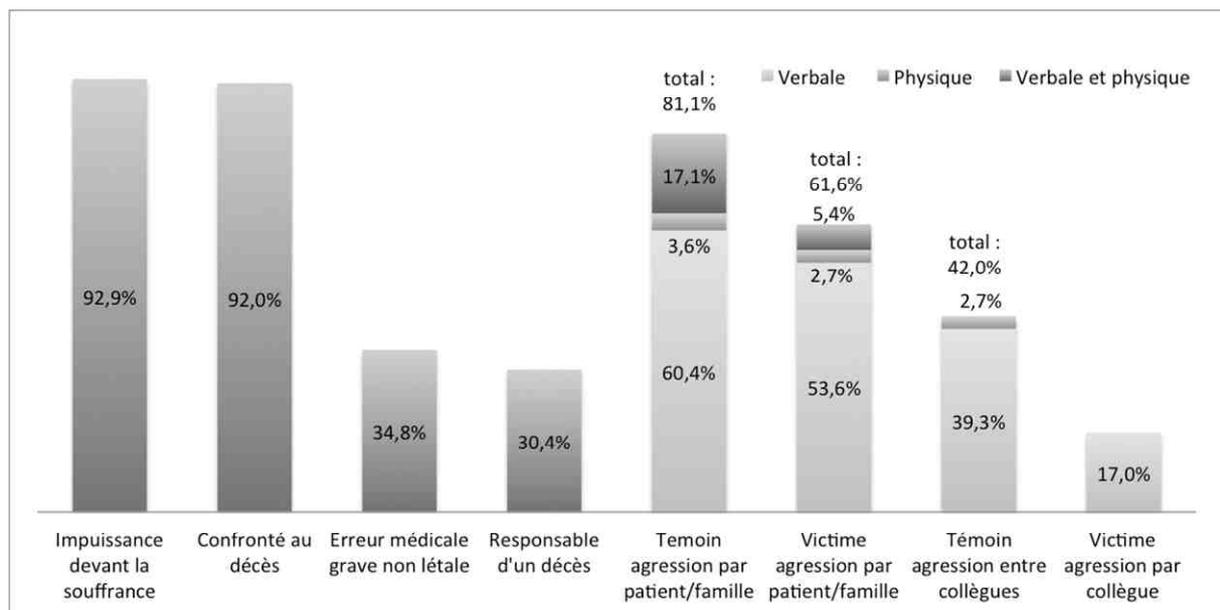


Figure 14 : Situations stressantes vécues par les internes.

3.1.3.2. BURNOUT – ÉCHELLE MBI (Figure 15)

Vingt-et-un internes (19,3%) ont un niveau élevé d'EE (valeurs manquantes =3).

Trente cinq internes (31,5%) ont un niveau élevé de DP (valeur manquante = 1).

Cinquante trois internes (46,8%) ont un niveau bas d'AP (valeurs manquantes = 3).

La Figure 15 représente les niveaux de BO pour les 3 sous-échelles (pour l'AP, le niveau de BO élevé correspond à un score d'AP bas).

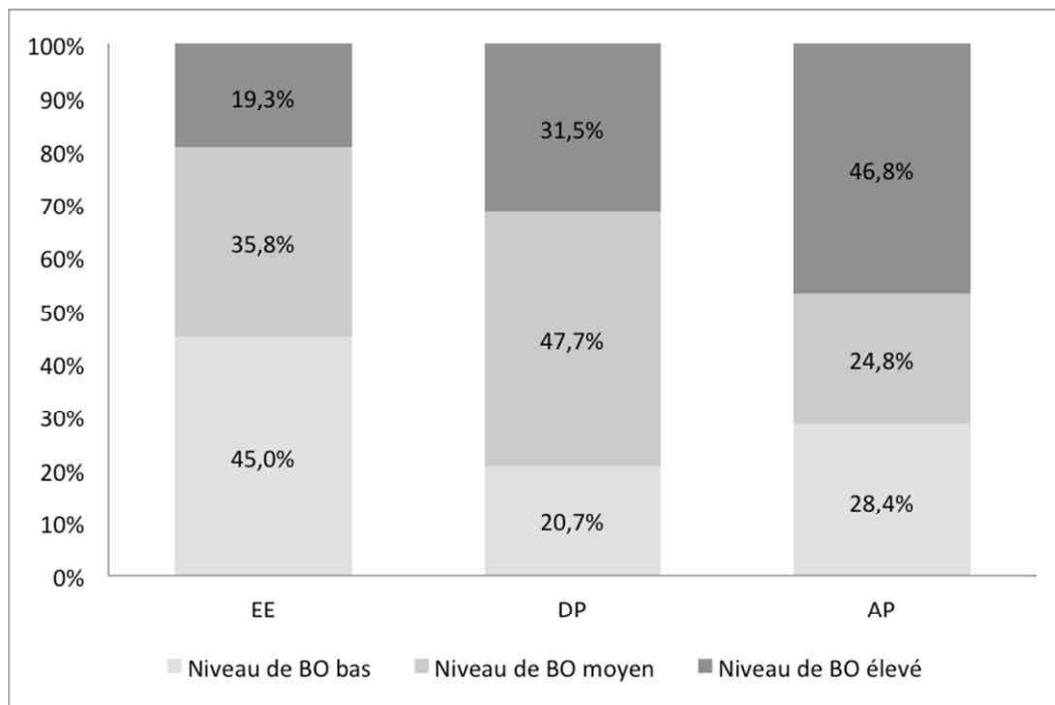


Figure 15 : Niveau de BO (score inversé pour l'AP)

Soixante-six internes (61,7%) ont au moins un des niveaux de BO élevé (niveau élevé d'EE ou de DP ou niveau bas d'AP) (valeurs manquantes = 5).

Dix internes (9,3%) ont des niveaux élevés de BO dans les 3 sous-échelles (niveau élevé d'EE et de DP et niveau bas d'AP) (valeurs manquantes = 5).

3.1.3.3. STRESS POST-TRAUMATIQUE – IES-R

Cent deux internes (91,1%) ont cité un événement stressant.

Parmi ces internes, 99 (97,1%) ont cité un événement en rapport avec leur profession.

Selon les seuils choisis, 17 internes (16,67% de l'échantillon) ont une réaction inadaptée voire pathologique à l'événement vécu.

La Figure 16 représente la répartition du score global de l'IES-R.

Le Tableau 22 détaille les résultats de l'IES-R.

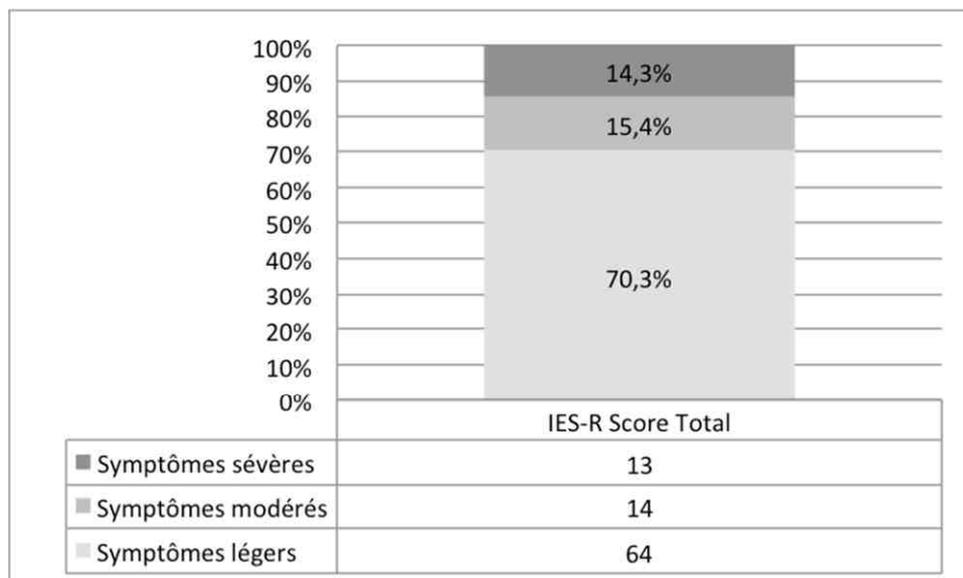


Figure 16 : Gradation du score total de l'IES-R.

Tableau 22 : Répartition des scores des l'IES-R.

	Symptômes intrusifs	Symptômes d'évitement	Hyperactivité neurovégétative	Score total
Moyenne	7,7	3,9	4,3	16,8
Ecart-type	5,6	3,5	4,6	13,5
Médiane	6	2,5	1	12
Minimum	0	0	0	0
Maximum	24	16	28	78
Valeurs manquantes	1	6	6	11

3.1.4. ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

3.1.4.1. CAPACITÉ À COUPER AVEC LE TRAVAIL

Quarante cinq internes (40,2%) n'arrivent pas à couper avec le travail dans la sphère personnelle.

3.1.4.1. UTILISATION DU TABAC, DE L'ALCOOL ET DU CANNABIS

3.1.4.1.1. CONSOMMATION (Figure 17)

Vingt-cinq internes (22,3%) consomment du tabac.

Douze internes (10,7%) consomment du cannabis.

Quatre-vingt-dix-neuf internes (88,4%) consomment de l'alcool. Treize internes (11,6%) ne consomment pas d'alcool. Les abstinentes à l'alcool sont abstinentes pour les autres produits.

Sept internes (6,3%) consomment les 3 produits.

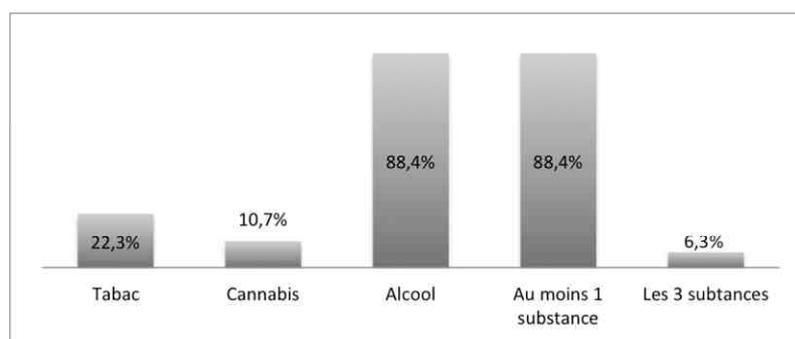


Figure 17 : Consommation de tabac, cannabis et alcool.

3.1.4.1.2. DÉPENDANCE AU TABAC – TEST DE FAGERSTRÖM

Concernant la consommation de tabac, 19 internes (79,2%) ont une dépendance nulle ou très faible, 4 (16,7%) ont une dépendance faible, aucun n'a de dépendance moyenne, et un interne (4,2%) a une dépendance forte ou très forte (valeur manquante = 1).

3.1.4.1.3. DÉPENDANCE À L'ALCOOL – ÉCHELLE AUDIT

Au niveau de la consommation d'alcool, vingt-huit internes (29,2%) ont consommation à risque, 19 (19,8%) ont un usage nocif de l'alcool et 7 (7,3%) ont une dépendance à l'alcool (valeurs manquantes = 3). Il y a 9 internes (8,04%) qui consomment quotidiennement de l'alcool.

3.1.4.1.4. DÉPENDANCE AU CANNABIS

Les 12 internes (100%) consommant du cannabis ont un risque modéré d'usage nocif.

3.2. ANALYSES INFÉRENTIELLES

3.2.1. SEXE ET CATÉGORIE D'INTERNE

Le test du Chi² entre les trois catégories d'internes en fonction du sexe permet de conclure à l'indépendance des deux variables (p=0,760).

3.2.2. ANALYSE INFÉRENTIELLE EN FONCTION DE LA CATÉGORIE D'INTERNE

3.2.2.1. SITUATION SOCIALE ET AFFECTIVE

La répartition de la situation sociale en fonction de la catégorie d'interne est représentée dans la Figure 18.

Il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sur le fait de vivre seul, en colocation ou en couple.

Les internes de 1^{ère} année vivent significativement plus en colocation (p<0,001) et moins en couple (p=0,002) que les internes en fin de cursus.

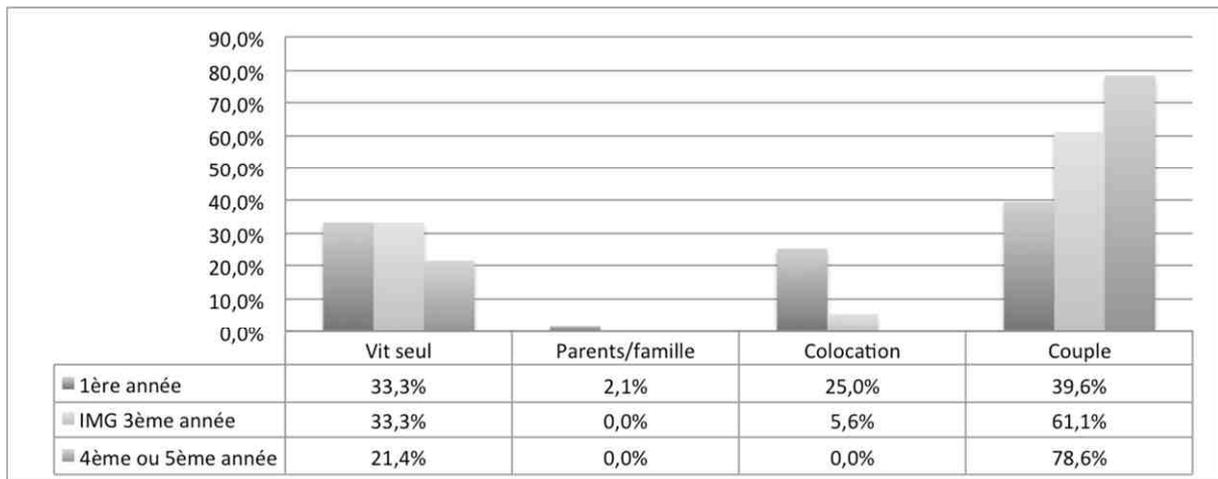


Figure 18 : Situation sociale en fonction de la catégorie d'interne.

La répartition de la situation affective en fonction de la catégorie d'interne est représentée dans la Figure 19.

Il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année sur le fait d'être célibataire, PACSé ou marié.

Les internes de 1^{ère} année sont significativement plus célibataires (p=0,043) et moins engagés (PACSé ou marié) (p=0,011) que les internes en fin de cursus.

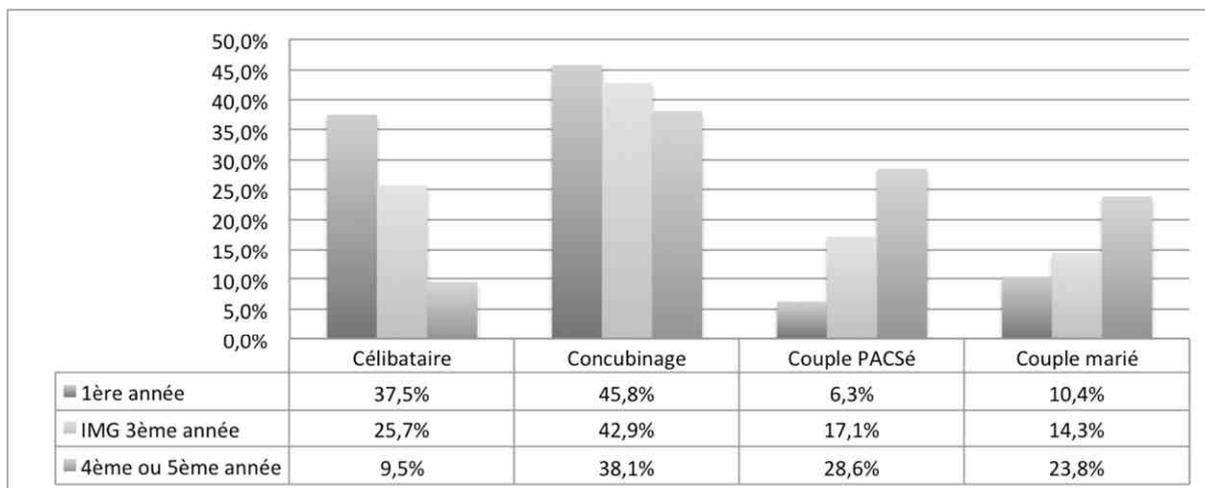


Figure 19 : Situation affective en fonction de la catégorie d'interne.

3.2.2.2. ÉVALUATIONS DE LA QUALITÉ DE VIE

3.2.2.2.1. SCORE OHI (Figure 20)

Il n'y a pas de différence significative des scores OHI entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année.

Les internes de 1^{ère} année ont tendance à avoir un score OHI plus faible que les internes en fin de cursus ($p=0,052$).

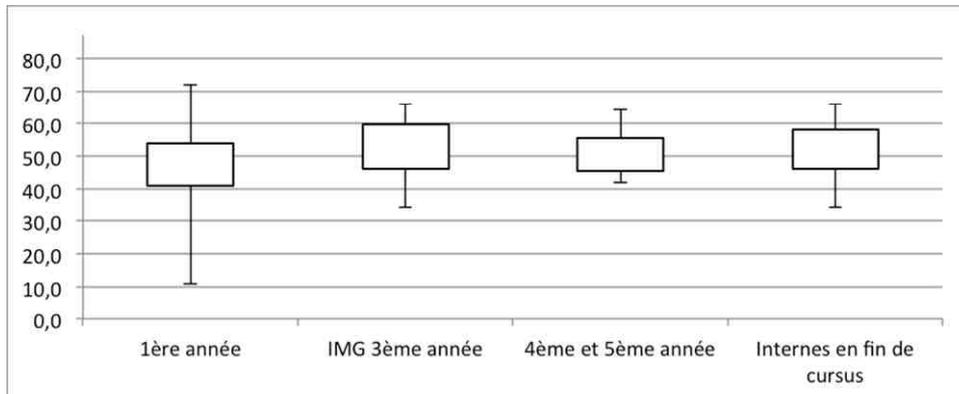


Figure 20 : Score OHI en fonction de la catégorie d'interne.

3.2.2.2.2. ÉCHELLE SWLS

Il n'y a pas de différence significative des scores SWLS entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

3.2.2.2.3. SCORE IPS

Il n'y a pas de différence significative des scores IPS entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

3.2.2.3. ÉVALUATION DU STRESS

3.2.2.3.1. ÉVÈNEMENTS TRAUMATOGENÈS (Figure 21)

3.2.2.3.1.1. Confrontation à la souffrance et au décès d'un patient

Concernant le sentiment d'impuissance devant la souffrance d'un patient, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

Sur le fait d'avoir été confronté au décès d'un patient, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de dernière année et les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

Les internes de 1^{ère} année sont significativement ($p=0,005$) moins confrontés au décès d'un patient que les internes en fin de cursus.

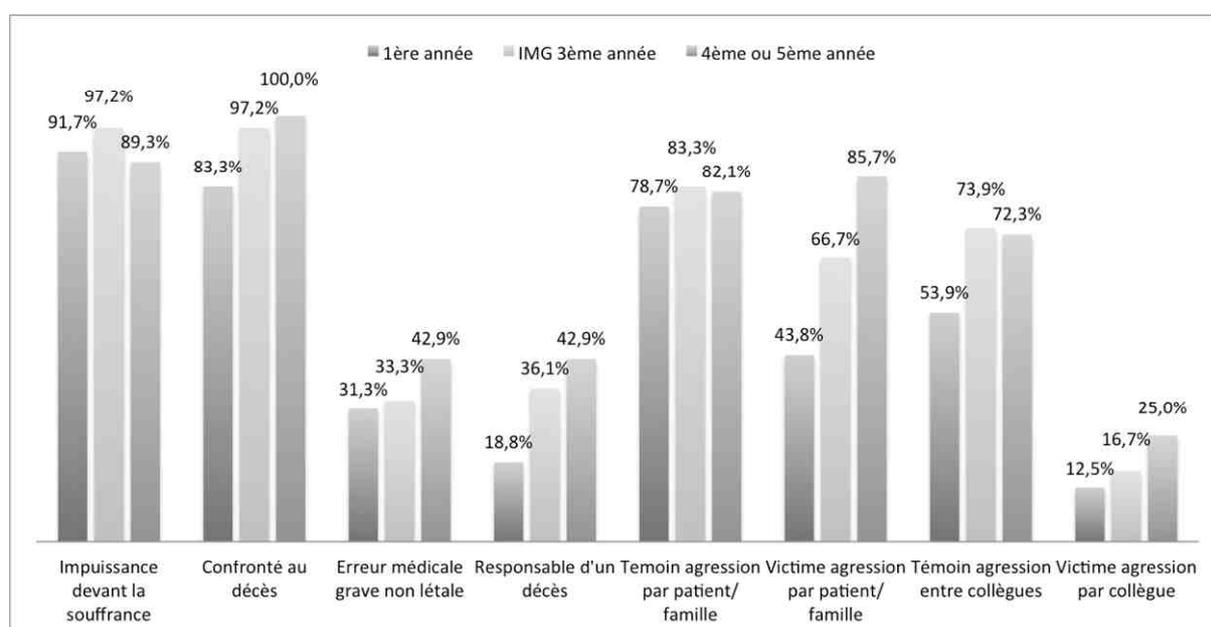


Figure 21 : Situations stressantes rencontrées en fonction de la catégorie d'interne.

3.2.2.3.1.2. Responsabilité d'une erreur médicale létale ou non

Concernant le sentiment d'être responsable d'une erreur médicale grave mais non létale, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

Sur le fait de se sentir responsable de la mort d'un patient, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de dernière année et les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

Les internes de 1^{ère} année ont significativement ($p=0,021$) moins le sentiment d'avoir été responsable de la mort d'un patient que les internes en fin de cursus.

3.2.2.3.1.3. Confrontation à l'agressivité

Il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année sur le fait d'avoir été témoin ou victime d'une agression de la part de patient ou de famille ou de la part d'un collègue.

Entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus, la seule différence significative concerne le fait d'avoir été victime d'agression de la part de patient ou de famille que les internes de 1^{ère} année ($p < 0,001$) : les internes de 1^{ère} année sont moins souvent victimes de ce type d'agression (Figure 22).

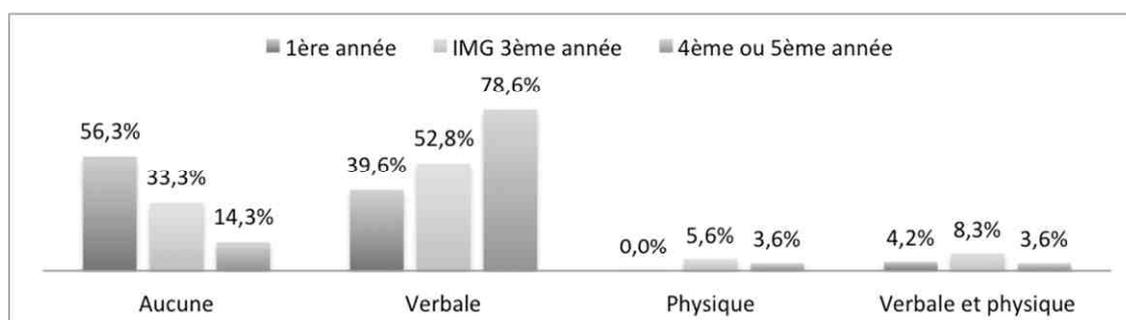


Figure 22 : Victime d'agression par patient ou famille en fonction de la catégorie d'interne.

3.2.2.3.2. BURNOUT – ÉCHELLE MBI (Figure 23)

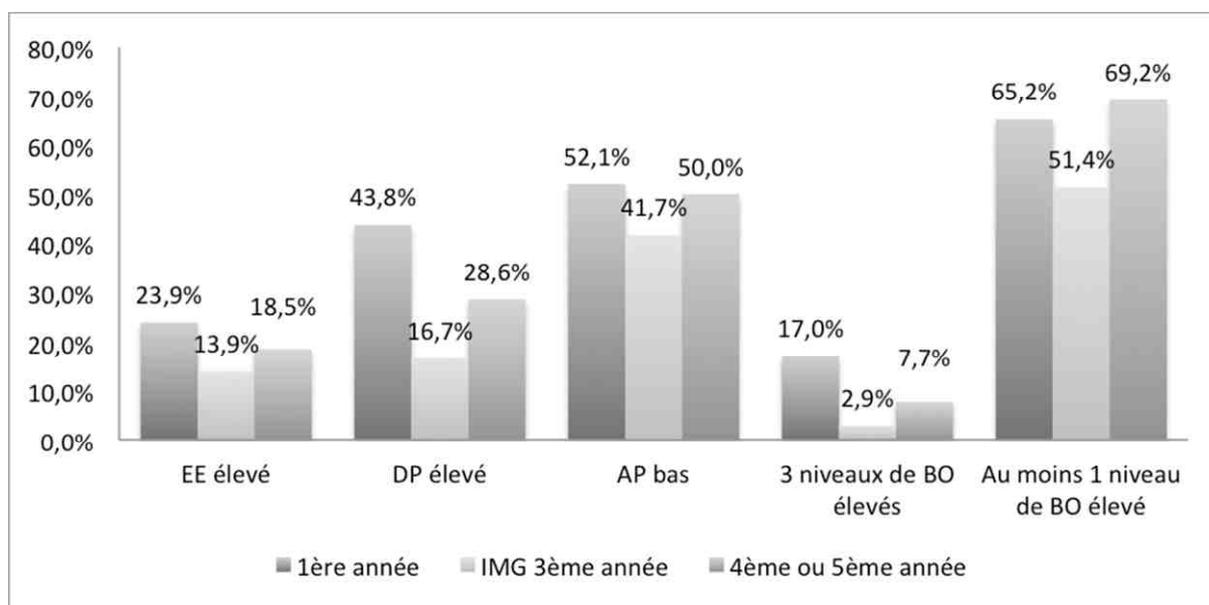


Figure 23 : Niveaux de BO élevés en fonction de la catégorie.

On ne retrouve pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année concernant les niveaux d'EE, de DP et d'AP, les taux d'EE élevés, de DP élevés, et d'AP bas, le fait de n'avoir aucun niveau de BO élevé et le fait d'avoir les 3 niveaux de BO élevés (EE et DP élevés et AP bas).

Les internes en 1^{ère} année ont un niveau de DP ($p=0,015$) et un taux de DP élevé ($p=0,134$) significativement plus important que les internes en fin de cursus.

Les internes en 1^{ère} année ont un niveau d'AP significativement inférieur à celui des internes en fin de cursus ($p=0,031$) sans qu'il y ait de différence significative sur le taux d'AP bas entre les 2 groupes.

Il n'y a pas de différence significative du niveau d'EE, du taux d'EE élevé et sur le fait d'avoir au moins un niveau de BO élevé entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

Les internes de 1^{ère} année ont tendance à avoir plus souvent les trois niveaux de BO élevés que les internes en fin de cursus ($p=0,054$).

3.2.2.3.3. STRESS POST-TRAUMATIQUE – IES-R

Concernant les trois sous-scores ainsi que le score total de l'IES-R, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

3.2.2.4. ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

3.2.2.4.1. CAPACITÉ À COUPER AVEC LE TRAVAIL

Au niveau de la capacité à couper avec le travail, il n'y a pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

3.2.2.4.2. CONSOMMATION ET DÉPENDANCE AU TABAC, À L'ALCOOL ET AU CANNABIS

Les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année consomment significativement plus de tabac que les IMG en 3^{ème} année ($p=0,041$).

Il n'existe pas de différence significative entre la consommation de tabac entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

Concernant la consommation d'alcool, la consommation de cannabis, la consommation des trois substances ou l'abstinence à ces trois substances, il n'existe pas de différence significative entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus (Figure 24).

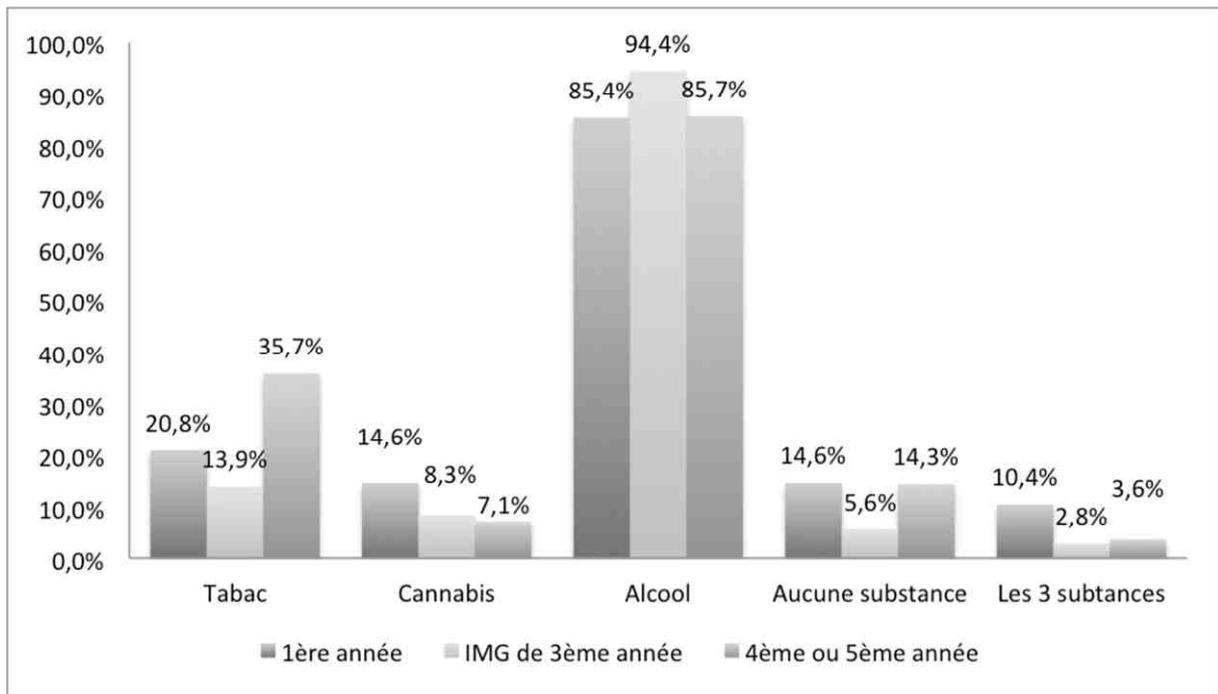


Figure 24 : Consommation de tabac, cannabis et alcool en fonction de la catégorie d'interne.

On ne retrouve pas de différence significative concernant les niveaux de dépendance au tabac, à l'alcool et au cannabis et le taux de consommation quotidienne d'alcool entre les IMG de 3^{ème} année et les internes de 4^{ème} ou 5^{ème} année, ni entre les internes de 1^{ère} année et les internes en fin de cursus.

3.2.3. ANALYSE INFÉRENTIELLE EN FONCTION DU SEXE

3.2.3.1. SITUATION SOCIALE ET AFFECTIVE

Le sexe n'influe pas significativement sur le fait de vivre seul, en colocation ou en couple.

Les femmes sont significativement plus célibataires ($p=0,028$) que les hommes.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes sur le fait d'être engagé (PACSé ou marié) (Figure 25).

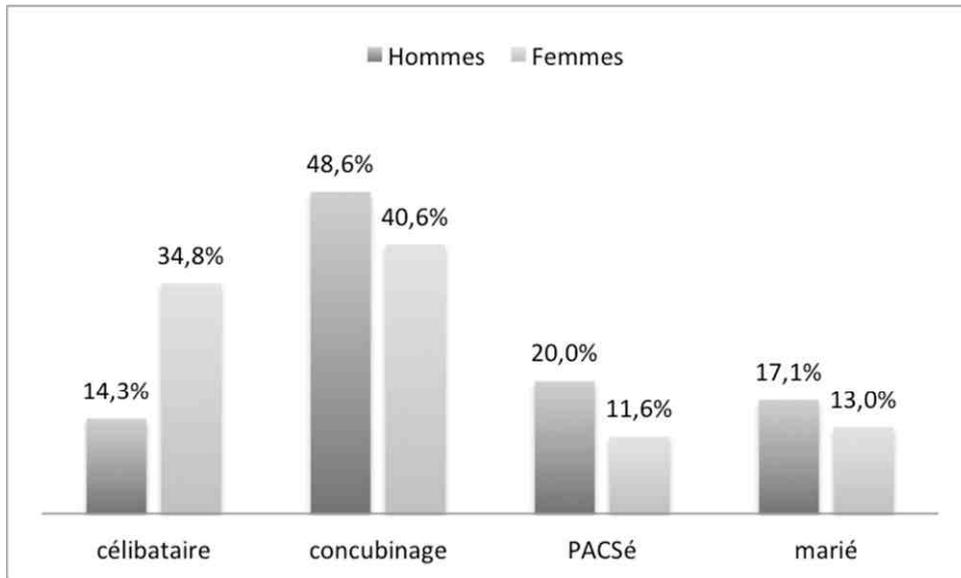


Figure 25 : Situation affective en fonction du sexe.

3.2.3.2. ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE VIE

3.2.3.2.1. SCORE OHI

On ne retrouve pas de différence significative de score OHI entre les deux sexes.

3.2.3.2.2. ÉCHELLE SWLS

Il n'y a pas de différence significative de score à l'échelle SWLS entre les deux sexes.

3.2.3.2.3. SCORE IPS (Figure 26)

Les femmes ont tendance ($p=0,061$) à avoir un score IPS supérieur à celui des hommes.

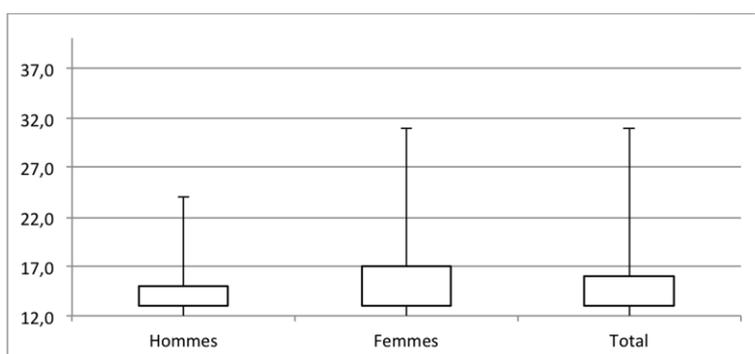


Figure 26 : Score IPS en fonction du sexe.

3.2.3.3. ÉVALUATION DU STRESS

3.2.3.3.1. ÉVÈNEMENTS TRAUMATOGENES (Figure 27)

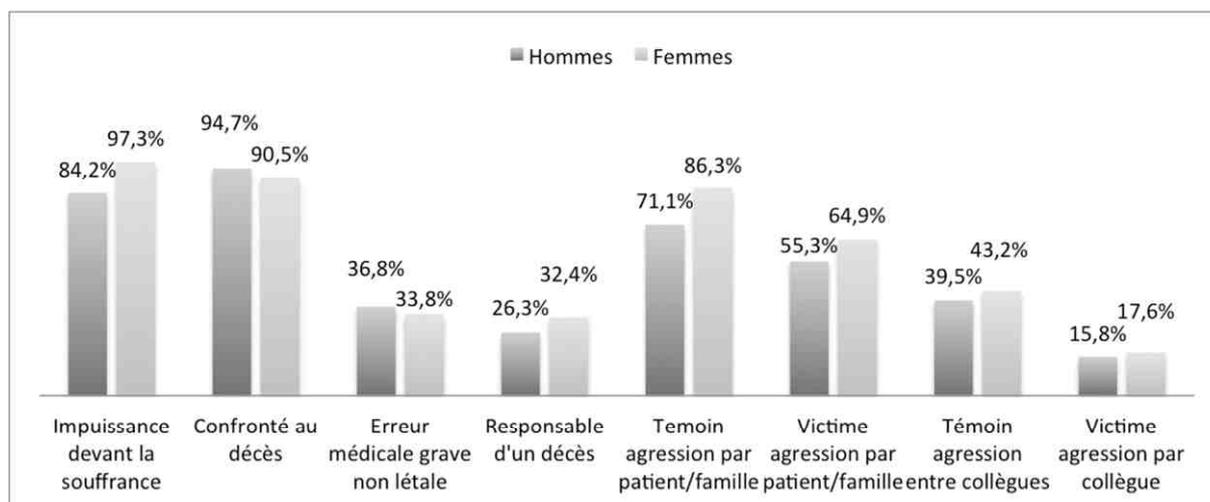


Figure 27 : Situations stressantes en fonction du sexe.

3.2.3.3.1.1. Confrontation à la souffrance et au décès d'un patient

Les femmes se sentent significativement plus souvent impuissantes face à la souffrance d'un patient que les hommes ($p=0,018$).

On ne retrouve pas de différence significative entre les 2 sexes sur le fait d'avoir été confronté à un décès.

3.2.3.3.1.2. Responsabilité d'une erreur médicale non létale et létale

Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes sur le fait de se sentir responsable d'une erreur médicale qu'elle soit létale ou non.

3.2.3.3.1.3. Confrontation à l'agressivité

Les femmes ont tendance ($p=0,052$) à être plus souvent témoins d'agression de patient ou de famille à l'encontre de collègue.

Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes sur le fait d'avoir été victime d'une agression de la part de patient ou de famille ou sur le fait d'avoir été témoin ou victime d'une agression de la part de collègue.

3.2.3.3.2. BURNOUT – ÉCHELLE MBI (Figure 28)

On ne retrouve pas de différence significative entre les deux sexes concernant les niveaux d'EE, de DP et d'AP, les taux d'EE élevé, de DP élevé, et d'AP bas, le nombre d'internes n'ayant aucun niveau de BO élevé et le nombre d'internes ayant les 3 niveaux de BO élevés (EE et DP élevés et AP bas).

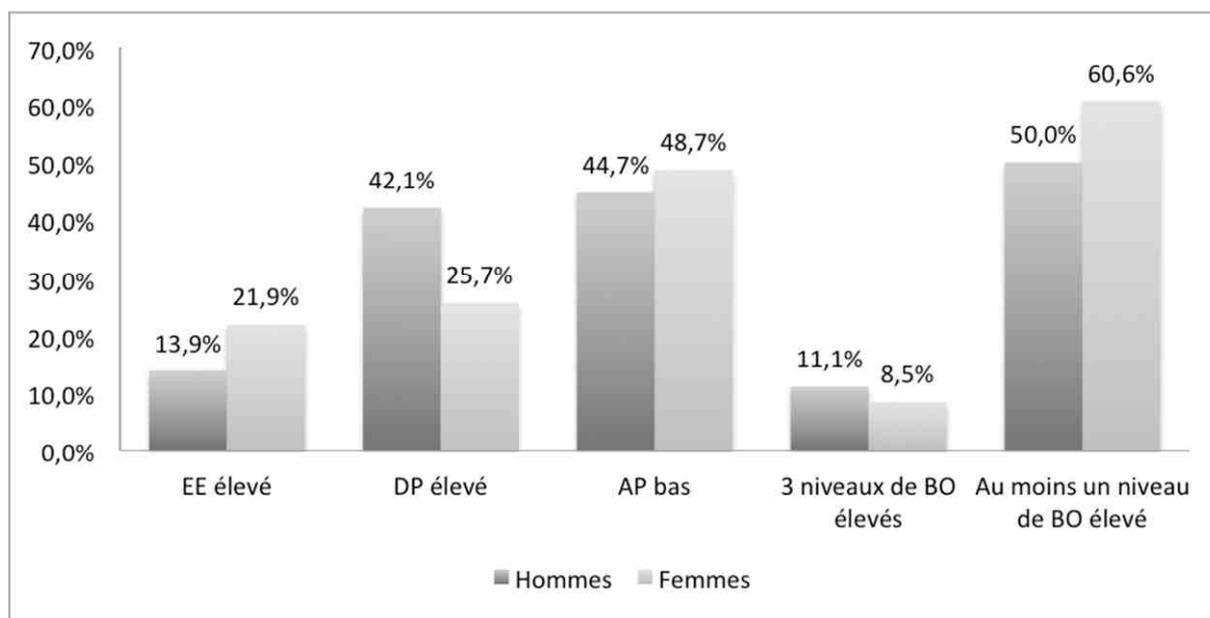


Figure 28 : Niveaux de BO élevés en fonction du sexe.

3.2.3.3.3. STRESS POST-TRAUMATIQUE – IES-R

Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes concernant les 3 sous-scores et le score total de l'échelle IES-R.

3.2.3.4. ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT PSYCHIQUE

3.2.3.4.1. CAPACITÉ À COUPER AVEC LE TRAVAIL

Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes sur la capacité à couper avec le travail.

3.2.3.1. CONSOMMATION ET DÉPENDANCE AU TABAC, À L'ALCOOL ET AU CANNABIS (Figure 29)

Les hommes consomment significativement plus de tabac ($p=0,008$) et de cannabis ($p=0,020$) que les femmes.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes sur la consommation d'alcool.

Les hommes sont significativement ($p=0,006$) plus consommateurs des 3 produits ensemble que les femmes.

Il n'y a pas de différence significative entre les 2 sexes concernant l'abstinence aux 3 produits.

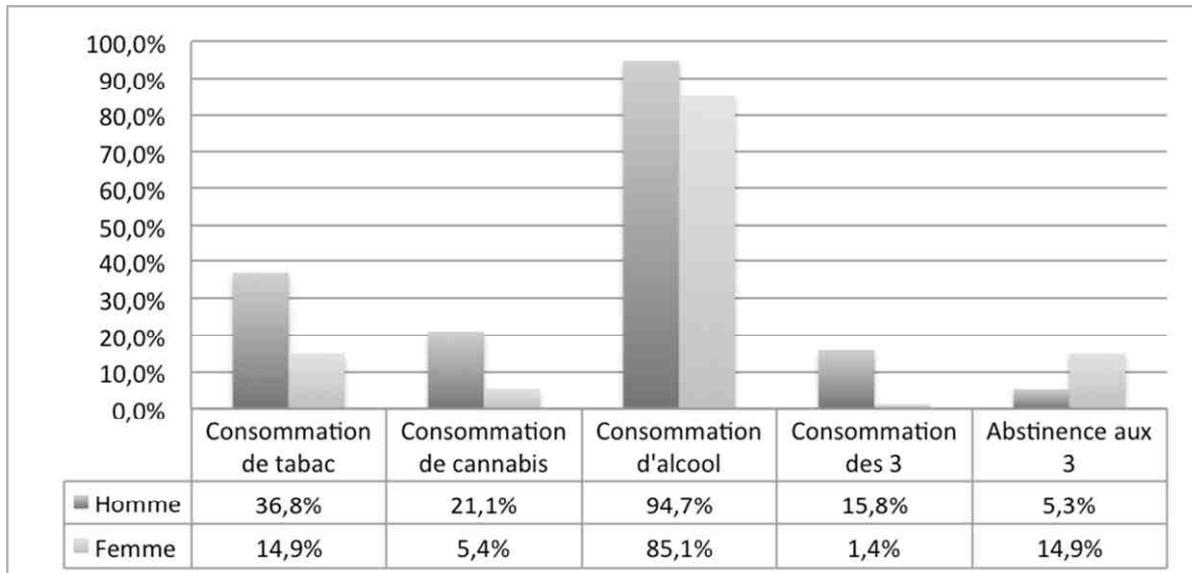


Figure 29 : Consommation de tabac, cannabis et alcool en fonction du sexe.

Il n'y a pas de différence significative entre hommes et femmes concernant les niveaux de dépendance à l'alcool, au tabac et au cannabis. La consommation d'alcool est quotidienne pour 11,4% des hommes et 4,9% des femmes. Cette différence n'est pas significative.

4. LIMITES DE L'ÉTUDE

4.1. BIAIS DE RECRUTEMENT

Le questionnaire étant remis à la fin de l'entretien, le biais de recrutement de l'étude qualitative concernant les IMG de 3^{ème} année s'est probablement répercuté dans l'étude quantitative.

4.2. BIAIS DE SELECTION

La durée de réponse au questionnaire (environ 30 minutes) et le fait de devoir le renvoyer par courrier ont pu être un frein pour certains internes.

5. ANALYSE ET DISCUSSION

5.1. LE STRESS CHEZ LES INTERNES

Notre étude montre que, chez les internes, les situations stressantes sont nombreuses : les confrontations à la souffrance et à la mort sont permanentes et l'agressivité est très présente, surtout celle émanant des patients ou des familles. De plus, les résultats à l'échelle IES-R nous montrent que ces stress quotidiens peuvent entraîner des réactions inadaptées voire pathologiques.

On peut ainsi comprendre les réactions de BO, de souffrance dans la relation d'aide, que vivent les internes. Les scores de notre étude sont en rapport avec ceux de la littérature chez les internes (Tableau 23).

Tableau 23 : Comparaison des résultats de BO entre notre étude et d'autres études chez les internes.

Auteur	Notre étude (2012)	Le Tourneur & Komly (2011) (43)	Andlauer (2008) (46)	Blanchard (2009)(47)	Barbarin (2008) (39)
Population	IMG angevins et nantais	Tous les IMG français	Tous les internes de Psychiatrie français	Tous les internes de Cancérologie français	IMG nantais
Nombre	112	4050	108	204	114
EE élevé	19,3%	16%	23,1%	26%	16%
DP élevé	31,5%	33,8%	14,8%	35%	35%
AP bas	46,8%	38,9%	50,9%	Non renseigné	21%

Notre étude a la particularité de trouver que les internes de 1^{ère} année sont particulièrement soumis au BO : niveau d'AP significativement plus bas et taux de DP significativement plus élevé et tendance à avoir plus souvent les trois niveaux de BO élevés que les internes en fin de cursus.

On peut s'interroger sur le fait que nous soyons les seuls à avoir trouvé une telle différence. Notre étude a la particularité de comparer les internes de 1^{ère} année à des internes en fin de cursus, contrairement aux autres études citées qui s'intéressent à la population d'internes comme une population continue. Il serait intéressant de réaliser une étude prospective afin de

savoir, entre autres, si ce ne sont pas les internes de 2^{ème} année, absents de notre recherche, qui lissent la population des autres études.

Dans tous les services de France, la séniorisation des internes est effective, à la fois dans un but d'enseignement mais aussi de sécurité des actes et des prescriptions. Il est donc surprenant que les internes se sentent responsables d'une erreur médicale grave ou d'un décès, et ce dès la première année d'exercice, lorsque l'interne devrait être le plus encadré par ses séniors.

Nous émettrons deux hypothèses à ce sujet : l'auto-accusation des internes et la « séniorisation négative ».

Les jeunes médecins ont passé deux concours qui les poussent à l'individualisme et au perfectionnisme extrême où la place à l'erreur n'est pas tolérée. Dans les cas cliniques, la maladie est considérée comme un problème, la souffrance comme une erreur (erreur diagnostique, erreur de traitement) et la mort comme un échec. Or, ceci ne reflète pas la réalité : les patients sont de plus en plus nombreux à mourir à l'hôpital. Confrontés à cette vérité, les internes peuvent facilement basculer dans l'auto-accusation et l'auto-dépréciation (ce qui pourrait expliquer les niveaux importants d'AP bas et la tendance à un bonheur moindre chez les jeunes internes).

D'autre part, quand on se penche dans notre recherche sur l'agressivité entre collègues, on remarque que celle-ci n'est pas importante mais qu'elle a la particularité d'être identique quel que soit le semestre. L'encadrement des jeunes internes n'est donc pas toujours protecteur. En témoigne l'étude sur les internes nantais (39), qui se sont déjà sentis, pour deux tiers d'entre eux, victimes de harcèlement. L'interne étant pourtant en formation, Barbarin parle du fait d'être humilié publiquement, de se faire crier dessus ou de voir le mérite de son travail revenir à quelqu'un d'autre. Il s'agit là d'une « séniorisation négative », qui a tendance à se répercuter de génération en génération de médecins.

5.2. FAIRE FACE AU STRESS CHEZ LES INTERNES

Quarante pour cent des internes reconnaissent ne pas arriver à séparer leur vie professionnelle et leur vie sociale. Ce taux n'est pas différent entre les premiers et derniers semestres. On est surpris de constater que l'expérience ne permet pas d'apprendre à séparer le travail de la vie privée, et l'on peut se demander s'il ne s'agit pas d'un trait de personnalité. Une étude prospective permettrait de détailler cette hypothèse.

Par rapport aux adultes de leur génération, les internes consomment plus d'alcool au quotidien, jusqu'à cinq fois plus pour le sexe féminin. Les internes masculins ont une dépendance à l'alcool plus importante que la moyenne française. La consommation de cannabis est identique et celle de tabac est moindre par rapport à la moyenne nationale (Tableau 24).

Tableau 24 : Comparaison des consommation de substances toxiques entre notre recherche et une moyenne nationale pour la tranche d'âge 26-34 ans sauf * 26-44 ans.

Produit consommé	Notre recherche			Moyenne nationale 2010 (85)		
	Hommes	Femmes	Moyenne	Hommes	Femmes	Moyenne
Tabac	36,8%	14,9%	22,3%	48%	36%	39%*
Cannabis	21,1%	5,4%	10,7%	22%	6%	Non renseigné
Alcool (quotidiennement)	13,16%	5,41%	8,04%	7%	1%	Non renseigné
Alcool (dépendance)	11,4%	4,9%	7,3%	Non renseigné	Non renseigné	9%

Par ailleurs, dans notre étude, la consommation d'alcool ne varie pas entre les différentes catégories d'internes à l'instar des résultats de la thèse de Pelier (86). Celle-ci constate que le mode d'alcoolisation chez les jeunes internes est majoritairement de type « binge drinking » (consommation importante et rapide) et qu'il le serait dans un but de décompression. Elle pointe le rôle indéniable de la salle d'internat dans ce type de consommation.

5.3. COMPARAISON ENTRE LES IMG DE 3^{ÈME} ANNÉE ET LES INTERNES DE 4^{ÈME} ET 5^{ÈME} ANNÉE

Hormis la différence sur les taux de consommation de tabac que nous n'expliquons pas et pour laquelle une étude plus poussée serait intéressante, le comportement des IMG en 3^{ème} année n'est pas significativement différent de celui des internes en 4^{ème} et 5^{ème} année, ce qui laisse présager que les études sur la qualité de vie et le stress des internes sont généralisables quelle que soit la spécialité.

6. CONCLUSION DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

Nous avons ainsi démontré que le niveau de BO chez les internes est important et que les internes de 1^{ère} année sont plus en souffrance que leurs homologues en fin de cursus : certaines de leur composantes du BO sont significativement plus importantes (DP plus élevé et AP plus bas). Le stress quotidien et multifactoriel, avoué par l'ensemble des internes, pourrait les affecter plus sévèrement.

Enfin, on constate de manière inquiétante, une surconsommation d'alcool quotidienne par rapport à la moyenne nationale ainsi qu'une addiction plus importante chez les internes masculins.

.

CONCLUSION – SYNTHÈSE DES DEUX ÉTUDES

La souffrance des internes s'exprime de manière variée, parfois abruptement au décours d'une situation difficile avec des patients, parfois silencieusement ou insidieusement avec l'accumulation des multiples situations, souvent gérées, mais qui ayant mobilisé une énergie importante, laisse l'interne dans un état de fatigue psychique intense.

Le début d'internat comporte un ensemble d'événements traumatogènes (confrontation à la mort, à la maladie grave, à la déchéance, au désespoir, etc.) et ces jeunes internes, bercés dans un perfectionnisme à l'extrême, sont confrontés à des situations auxquelles ils réagissent parfois de manière inadaptée voire dysfonctionnelle par exemple par des comportements de suppression expressive, d'autoaccusation ou encore de consommation d'alcool.

En plus d'être mieux encadrés par les équipes soignantes, et en particulier les séniors, il est important qu'ils soient accompagnés dans leurs premières étapes de la vie de médecin. On pourrait suggérer la mise en place, pour ceux qui le souhaitent ou bien de manière systématique, de débriefing individuel avec un tuteur (celui de médecine générale par exemple) ou en groupe d'expression et de réflexion sur leurs pratiques, à l'instar des étudiants de psychologie de M2 (cf. expérience du Master 2 clinique et santé de la faculté de Nantes), qui seraient à l'initiative de la faculté ou créés par les internes. Ces groupes existent déjà dans certaines unités spécialisées, comme en soins palliatifs, mais font défaut dans la majorité des autres services.

Les locaux de l'internat sont des endroits de rassemblement et de détente qui, s'ils permettent des échanges amicaux et parfois salutaires entre internes, sont souvent le lieu d'alcoolisation massive. La création d'activités associatives en dehors de l'hôpital, comme c'est le cas dans de nombreuses entreprises, pourrait permettre aux internes de trouver d'autres exutoires à leur stress.

Il semble également nécessaire de mieux préparer les externes à la future fonction d'interne en généralisant la pratique de stage d'externat en journée continue. Ceci permettrait une plus grande autonomisation et une meilleure appréciation du rôle d'interne dans sa globalité, entre autre pour les relations avec les familles des patients et pour la gestion de la charge de travail qui sont sources de souffrance par la suite.

D'autre part, il paraît intéressant de s'interroger sur la durée nécessaire à un interne pour avoir le sentiment d'être compétent en tant que médecin, afin de voir si cette disparité de durée d'internat entre la médecine générale et les autres spécialités ne devrait pas être révisée.

Enfin, une étude prospective serait idéale pour appréhender les besoins des internes aux différents moments de leur formation afin de mettre en place des outils de prévention adaptés à chaque étape de leur acquisition du métier de médecin.

ANNEXES

1. ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE UTILISÉ



Cher(e)s collègues,

Dans le cadre d'une recherche, nous nous intéressons aux caractéristiques et la qualité des relations entre internes et patients. En effet, cette relation internes-patients et plus généralement soignants/soignés est une des problématiques majeures du travail du médecin. L'objectif de cette étude est justement de pouvoir mieux l'appréhender notamment auprès de collègues en formation.

Ainsi, pour explorer cette relation, nous vous proposons de remplir des questionnaires simples et courts. Ils concernent les sentiments où les pensées que vous pouvez éprouver dans le cadre de votre travail.

Ces questionnaires sont **anonymes** et nous vous prions d'y répondre sincèrement. Il n'y a **pas de bonnes ou de mauvaises réponses**. **Toutes les questions sont importantes** aussi il sera important de ne pas en omettre.

Les questionnaires comportent plusieurs questions. Pour chacune d'elles, lisez les propositions et **choisissez celle qui correspond le mieux à la façon dont vous réagissez**.

Ils ne seront utilisés que comme base **d'une recherche** et en aucun cas dans le but d'une évaluation personnelle. Les résultats seront à déposer ou à envoyer à Mme Valérie CHARRIER – secrétariat de l'unité fixe de Soins Palliatifs – Hôpital HGRL – Bd Jacques Monod – 44093 Saint-Herblain ou à Adrien SEJOURNE – 3, rue du Haras – 49100 Angers.

Nous analyserons **les résultats de manière générale**. Nous vous tiendrons naturellement informés si vous le souhaitez des résultats de cette recherche par courrier.

En vous assurant de l'anonymat et de la confidentialité de cette étude, nous vous remercions par avance de votre participation.

Vous trouverez, ci-après, un ensemble de propositions qui décrivent des pensées ou des sentiments que vous pouvez ressentir. Pour chaque proposition, nous vous demandons de répondre en entourant le chiffre qui décrit le mieux. Les chiffres ont la signification suivante :

- 0** signifie que vous n'éprouvez **jamais** ce qui est proposé,
- 1** signifie que vous éprouvez **rarement** ce qui est proposé,
- 2** signifie que vous éprouvez **souvent** ce qui est proposé,
- 3** signifie que vous éprouvez **toujours** ce qui est proposé.

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Je suis très heureux..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Je suis sûr(e) que mon avenir est plein d'espoir et de promesses..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Je suis pleinement satisfait(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Je pense que je contrôle bien tous les aspects de ma vie..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Je pense que la vie apporte des satisfactions multiples..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Je suis content de ce que je suis..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. J'ai toujours eu une influence favorable sur le cours des événements..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. J'aime la vie..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Je m'intéresse énormément aux autres personnes..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Je prends les décisions très facilement..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Je me sens capable de tout assumer..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Je me réveille toujours frais (fraîche) et dispos(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. Je pense que j'ai une énergie sans limites..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Je trouve que le monde est beau..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Je me suis jamais senti(e) aussi vif(ve) et alerte..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Je suis en pleine forme..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. J'aime tout le monde..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Les événements passés me paraissent très heureux..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Je suis constamment dans un état d'exaltation joyeuse..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. J'ai fait tout ce que j'ai toujours désiré..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21. Mon temps est si bien organisé que je peux réaliser tout ce que j'ai à faire..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Mes relations avec les autres sont détendues et joyeuses..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. J'ai toujours fait bonne impression sur les autres..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Ma vie est motivante et a un sens..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Je me sens toujours impliqué(e) et concerné(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Je trouve qu'on se sent vraiment bien sur cette terre..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Je suis toujours en train de rire..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Je pense que je suis très attrayant(e)..... | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Tout me semble drôle et m'amuse..... | 0 | 1 | 2 | 3 |

Voici une liste de sentiments et de sensations que vous pouvez ressentir. Nous vous demandons d'indiquer la fréquence avec laquelle vous ressentez ce qui est décrit pour chaque question. Pour vous aider à répondre, vous trouverez sur votre droite une échelle, allant de 0 à 6, qui correspond aux fréquences suivantes :

- 0** signifie que vous n'éprouvez **jamais** ce qui est proposé dans question.
- 1** signifie que vous éprouvez **quelques fois par année** ce qui est proposé dans question.
- 2** signifie que vous éprouvez **au moins une fois par mois** ce qui est proposé dans question.
- 3** signifie que vous éprouvez **quelques fois par mois** ce qui est proposé dans question.
- 4** signifie que vous éprouvez **une fois par semaine** ce qui est proposé dans question.
- 5** signifie que vous éprouvez **quelques fois par semaine** ce qui est proposé dans question.
- 6** signifie que vous éprouvez **chaque jour** ce qui est proposé dans question.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Je peux comprendre facilement ce que les patients ressentent..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes des patients | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Je sens que je craque à cause de mon travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Je suis devenu (e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Je me sens plein(e) d'énergie..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Je me sens frustré(e) par mon travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains patients | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les patients..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des patients..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Je me sens au bout du rouleau..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. J'ai l'impression que les patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Nous allons maintenant vous demander de penser à un événement TRES STRESSANT que vous avez vécu. Veuillez décrire brièvement cet événement :

.....

Veuillez noter la date de l'événement très stressant :

A présent, nous vous demandons de lire chacune des propositions qui vont suivre et d'indiquer à quel point vous avez ressenti ce qui y est décrit au cours de CETTE DERNIERE SEMAINE.

Il vous suffit d'entourer le chiffre qui correspond le mieux à ce que vous ressentez. Pour vous aider à répondre, vous trouverez sur votre droite une échelle allant de 0 à 4 :

- | | |
|----------|--|
| 0 | Vous n'éprouviez pas du tout ce qui est proposé. |
| 1 | Vous éprouviez un peu ce qui est proposé. |
| 2 | Vous éprouviez moyennement ce qui est proposé. |
| 3 | Vous éprouviez assez fortement ce qui est proposé. |
| 4 | Vous éprouviez extrêmement ce qui est proposé. |

- | | | | | | |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Tout rappel de l'événement ravivait mes sentiments en rapport avec celui-ci..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Je me réveillais la nuit..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Différentes choses me faisaient y penser..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Je me sentais irritable et en colère..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Quand j'y repensais ou si l'on me le rappelait, j'évitais de me laisser bouleverser..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sans le vouloir, j'y repensais..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. J'avais l'impression que rien n'était arrivé ou que ce n'était pas réel | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Je me suis tenu loin de ce qui me faisait y penser..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Des images de l'événement surgissaient dans ma tête..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. J'étais nerveux et je sursautais facilement..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. J'essayais de ne pas y penser..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. J'étais inconscient d'avoir encore beaucoup d'émotions à propos de l'événement, mais je n'y ai pas fait face..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Je me sentais frustré(e) par mon travail | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Je me sentais et je réagissais comme si j'étais encore dans l'événement | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. J'avais du mal à m'endormir..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. J'ai ressenti des vagues de sentiments intenses à propos de l'évènement..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. J'ai essayé de l'effacer de ma mémoire..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. J'avais du mal à me concentrer..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Ce qui me rappelait l'événement me causait des réactions physiques telles que des sueurs, des difficultés à respirer, des nausées ou des palpitations | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. J'ai rêvé de l'événement..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. J'étais aux aguets et sur mes gardes..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. J'ai essayé de ne pas en parler..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Voici une série de problèmes que peuvent se présenter. Pourriez-vous cocher la case correspondant au degré auquel chacun de ces problèmes vous ont perturbé(e) ou ennuyé(e) au cours des jours précédents (y compris aujourd'hui) ?

Ces problèmes m'ont perturbé :		Pas du tout	Un peu	Assez à beaucoup	Enormément
1	Maux de tête	1	2	3	4
2	Défaillances ou vertiges	1	2	3	4
3	Douleurs cardiaques ou douleurs dans la poitrine	1	2	3	4
4	Nausées ou douleurs dans la poitrine	1	2	3	4
5	Douleurs dans le bas du dos	1	2	3	4
6	Douleurs musculaires	1	2	3	4
7	Difficultés respiratoires	1	2	3	4
8	Sueurs froides ou bouffées de chaleurs	1	2	3	4
9	Fourmillements ou picotements	1	2	3	4
10	Gorge nouée	1	2	3	4
11	Faiblesse dans certaines parties du corps	1	2	3	4
12	Lourdeurs dans les bras ou les jambes	1	2	3	4

Consommez-vous des cigarettes ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes. Il vous suffit de cocher l'affirmation qui décrit le mieux votre consommation.

Dans quel délai après le réveil, fumez-vous votre première cigarette ?..... Moins de 5 minutes 31 à 60 minutes
 6 à 30 minutes Après 60 minutes

Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?..... OUI NON

Quelle cigarette trouvez-vous la plus indispensable ?..... La première Une autre

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?..... 10 ou moins 21 à 30
 11 à 20 31 ou plus

Fumez-vous de façon plus rapprochée dans la première heure après le réveil que pendant le reste de la journée ?..... OUI NON

Fumez-vous même si une maladie vous oblige à rester au lit ?..... OUI NON

Consommez-vous du cannabis ?..... OUI NON

Dans l'affirmative, Au cours des 12 derniers mois :

- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?..... OUI NON
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?..... OUI NON
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ? OUI NON
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?..... OUI NON
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ? OUI NON
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats scolaires ou universitaires) ?.... OUI NON

Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes :

Combien de fois vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

- Jamais Une fois par mois, au moins 2 à 4 fois par mois 2 à trois fois par semaine 4 fois ou plus par semaines

Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

- un ou deux trois / quatre cinq ou six sept à neuf dix ou plus

Au cours d'une même occasion, combien de fois vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous observé que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire après avoir commencé ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Dans l'année écoulée, combien de fois le fait d'avoir bu de l'alcool vous a-t-il empêché de faire ce qu'on attendait normalement de vous ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Dans l'année écoulée, combien de fois après une période de forte consommation, avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou de regret après avoir bu ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Dans l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous souvenir de ce qui s'était passé la nuit précédente parce que vous aviez bu ?

- Jamais moins d'une fois par mois une fois par mois une fois par semaine chaque jour ou presque

Vous êtes vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?

- non oui mais pas dans l'année passé oui au cours de l'année dernière

Est-ce qu'un ami, un médecin ou un autre professionnel de santé s'est déjà préoccupé de votre consommation d'alcool et vous a conseillé de la diminuer ?

- non oui mais pas dans l'année passé oui au cours de l'année dernière

Afin de procéder à une analyse des questionnaires (il s'agit d'étudier l'ensemble des réponses auxquelles tous les participants auront répondu), nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions que vous trouverez ci-après.

Sexe : Homme femme

Age :

Spécialité :

Médecine

Chirurgie

Médecine Générale

Autre

Service actuel:

Médecine

Chirurgie

Médecine Générale

Autre

Semestre en cours (ou dernier semestre réalisé) :

Situation sociale : Vous vivez :

seul(e)

chez vos parents/famille

en colocation

en couple

Situation affective : vous êtes :

seul(e)

en concubinage

en couple PACSé

en couple marié

Avez-vous participé à l'entretien de recherche ?

oui non

Voici un ensemble de situations auxquelles un interne peut être confronté dans le cadre de l'exercice de son travail. Ses situations peuvent être particulièrement désagréables et mettre très mal à l'aise, peut-être même lors de leur lecture. Nous vous remercions cependant d'y répondre spontanément.

Avez-vous déjà été confronté au décès d'un patient ? **oui** **non**

Vous êtes vous déjà senti impuissant devant la souffrance d'un patient ? **oui** **non**

Vous êtes vous déjà senti responsable du décès d'un patient ? **oui** **non**

Vous êtes vous déjà senti responsable d'une erreur médicale grave mais non létale (qui n'a pas entraîné le décès du patient) ? **oui** **non**

Avez-vous **été témoin d'agression** de l'agression de patients/familles à l'encontre de collègue(s) ? Aucune Verbale physique

Avez-vous **été personnellement victime d'agression** de la part de patients/familles ? Aucune Verbale physique

Avez-vous été témoin d'une agression entre **collègues** ? Aucune Verbale physique

Avez-vous **été personnellement victime d'agression** de la part de **collègue(s)** ? Aucune Verbale physique

Avez-vous de la difficulté à couper avec votre travail lorsque vous êtes dans votre sphère personnelle ? **oui** **non**

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le chiffre qui correspond le mieux à votre degré d'accord ou de désaccord.

Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1	2	3	4	5	6	7

SATISFACTION DANS MA VIE EN GENERAL

En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.....	1	2	3	4	5	6	7
Mes conditions de vie sont excellentes.....	1	2	3	4	5	6	7
Je suis satisfait(e) de ma vie.....	1	2	3	4	5	6	7
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.....	1	2	3	4	5	6	7
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.....	1	2	3	4	5	6	7

2. ANNEXE 2 – SCORE DES ÉCHELLES

Les échelles sont décrites dans leur ordre d'apparition dans le questionnaire.

2.1. SCORE OHI

Vingt-neuf items sur une échelle de Likert coté de 0 à 3. Le score total est obtenu par addition. Il varie de 0 (peu de bonheur) à 87 (beaucoup de bonheur).

2.2. ÉCHELLE MBI

Vingt-deux items sur une échelle de Likert cotée de 0 à 6 qui explorent 3 versants :

- l'EE (items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20)
- la DP (items 5, 10, 11, 15 et 22) □
- l'AP (items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21)

Les scores des sous-échelles se font par addition des items concernés.

	Niveau bas	Niveau modéré	Niveau élevé
EE	< 18	18 à 29	> 29
DP	< 6	6 à 11	> 11
AP	> 39	34 à 39	< 34

2.2.1. ÉCHELLE IES-R

Vingt-deux items sur une échelle de Likert de 0 à 4 qui étudient trois aspects :

- les symptômes intrusifs (items 1, 3, 5, 6, 9 et 16)
- les symptômes d'évitement (items 8, 11, 12, 13, 17 et 22)
- les symptômes d'hyperactivité neurovégétative (items 2, 4, 10, 14, 15, 18 et 21)

Les sous-scores se font par addition des items concernés. Le score total se fait par addition de tous les items.

Il n'y a pas de consensus concernant l'interprétation du score total. Nous avons utilisé les seuils de Brunet (80), auteur de la validation française de l'échelle :

- score total < 22 : absence de symptômes ou symptômes faibles
- score total entre 22 et 35 : symptômes modérés ou état de stress aigu
- score total \geq 36 : symptômes sévères ou syndrome de stress post-traumatique

2.3. SCORE IPS

Douze items sur une échelle de Likert de 1 à 4. Le score total, obtenu par addition, varie de 12 (peu de symptômes somatiques) à 48 (score maximal de symptômes somatiques).

2.4. ÉCHELLE DE FAGERSTRÖM

Six items cotés de manière décroissante de 3 à 0 (items 1 et 4) ou de 1 à 0 (items 2, 3, 5 et 6).

Le score total est obtenu par addition :

- 0 à 2 : absence de dépendance (ou très faible)
- 3 à 4 : faible dépendance
- 5 à 6 : dépendance moyenne
- 7 à 10 : forte ou très forte dépendance

2.5. ÉCHELLE CAST

Six items cotés 1 (réponse « oui ») ou 0 (réponse « non »). Le score total est obtenu par addition :

- score ≤ 3 indique un risque modéré d'usage nocif de cannabis
- score ≥ 4 indique un risque élevé d'usage nocif de cannabis

2.6. ÉCHELLE AUDIT

Dix items cotés pour les 8 premiers de 0 à 4 et pour les 2 derniers 0, 2 et 4. Le score total s'obtient par addition :

- score ≥ 5 : consommation à risque
- score ≥ 8 chez l'homme ou ≥ 7 chez la femme : usage nocif de l'alcool
- score ≥ 12 chez l'homme ou ≥ 11 chez la femme : dépendance à l'alcool

2.7. ÉCHELLE SWLS

Cinq items sur une échelle de Likert de 1 à 7. Le score total, obtenu par addition, s'étale de 5 (satisfaction de vie faible) à 35 (satisfaction de vie élevée).

BIBLIOGRAPHIE

1. Inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH). Internes en médecine : Gardes, Astreintes et Temps de travail 2012. Disponible: [http://www.isnih.com/medias/files/ENQUETE ISNIH 2012.pdf](http://www.isnih.com/medias/files/ENQUETE_ISNIH_2012.pdf).
2. Le Parisien. Le grand surmenage des internes à l'hôpital. 2012/09/10.
3. Le Monde. Les internes en médecine, "bouche-trous" de l'hôpital en crise. Le Monde. 2012/10/10.
4. Le Nouvel Observateur. Parfois jusqu'à 100 heures par semaine : une interne épuisée raconte. 2012/11/14.
5. Libération. Internes en médecin : «On donne tout pour exercer. Jusqu'où?». 2012/11/15.
6. Organisation Mondiale de la Santé. Regional Targets in Support of the Regional Strategy for Health for All. Copenhague: Bureau Régional pour l'Europe; 1984.
7. Lawton MP. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. Dans: Birren JE, Lubben J, Rowe J, Deutchman D, rédacteurs. The Concept and Measurement of Quality of Life. New York: Academic Press; 1991.
8. WHOQOL Group. Measuring Quality of Life. Geneva: WHO, 1994.
9. Bruchon-Schweitzer M. Psychologie de la Santé : Modèles, concepts et méthodes. Paris: Dunod; 2002.
10. Nordenfelt L. Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care. Londres: Kluwer Academic Publishers; 1994. p. 259.
11. Argyle M, Crossland J. Dimensions of positive emotions. British Journal of Social Psychology. 1987;26:127-37.
12. Musschenga AW. The Relation between Concepts of Quality of Life, Health and Happiness. The Journal of Medicine and Philosophy. 1997;22:11-28.
13. Pavot W, Diener E, Colvin CR, Sandvik E. Further validation of the Satisfaction with Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. Journal of Personality Assessment. 1991;57(1):149-61.
14. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment. 1985;49(1):71.

15. Bersac S. Étude des caractéristiques socioprofessionnelles influençant la qualité de vie des médecins généralistes ruraux du département des Alpes-Maritimes. Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2007.
16. Thiebaut M. Médecine générale et rythme de travail : impact de la charge de travail sur la qualité de vie du médecin généraliste exerçant en milieu urbain ou rural. Nancy: Université Henri Poincaré-Nancy 1; 2003.
17. Hiltbrand G. Étude comparative des conditions de vie et de la qualité de vie des médecins généralistes en Rhône-Alpes, selon leur lieu d'exercice. Lyon: Université Claude Bernard; 2008.
18. Kuuka AK. Qualité de vie d'un médecin généraliste à la campagne : enquête dans le département de la Dordogne. . Bordeaux: Université de Bordeaux II; 2006.
19. Cannon WB. The wisdom of body. New York: Norton; 1932.
20. Lazarus RS, Folkman, S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984.
21. Cherniss C. Professional Burnout in the Human Services Organisations. New-York: Praeger; 1980.
22. Maslach C, Jackson SE. The Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo-Alto: Consulting Psychologists Press; 1981.
23. Truchot D. Épuisement professionnel et burnout : concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod; 2004. 256 p.
24. Maslach C, Leiter MP, Légeron P. Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. Paris: Les Arènes; 2011.
25. Brenninkmeijer V, Van Yperen NW, Buunk BP. I am a better teacher, but other are doing worse : Burnout and perception of superiority among teachers. *Social Psychology of Education*. 2001;43(3-4):259-74.
26. Smith AL, Lemyre PN, Raedeke TD. Advances in athlete burnout research. *International Journal of Sport Psychology*. 2007;38(4):337-41.
27. Westman M, Eltzion D. Crossover of stress, strain and resources from spouse to another. *Journal of Organizational Behavior*. 1995;16(2):169-81.
28. Boudoukha AH, Denis N, Zinger-Maurin M. Burnout et médecine palliative : Souffrances psychiques des internes. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*. 2011;4(11).
29. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2008;54(2):234-5.

30. Leiter MP, Frank E, Matheson TJ. Demands, values, and burnout: relevance for physicians. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*. 2009;55(12):1224-6.
31. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 2006;81(11):1435-42.
32. Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal medicine journal*. 2007;37(10):693-8.
33. Shehabi Y, Dobb G, Jenkins I, Pascoe R, Edwards N, Butt W. Burnout syndrome among Australian intensivists: a survey. *Critical care and resuscitation : journal of the Australasian Academy of Critical Care Medicine*. 2008;10(4):312-5.
34. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family practice*. 2008;25(4):245-65.
35. Truchot D. *Le Burn out des médecins libéraux de Champagne-Ardenne*. Reims: URML de Champagne-Ardenne, 2003.
36. Truchot D. *Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes*. Chasseneuil du Poitou: URML de Poitou-Charentes, 2003.
37. Vaquin-Villeminy C. *Prévalence du Burn out en médecine générale : Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau sentinelles*. Paris: Université Paris Descartes-Paris V; 2007.
38. Mounier P. *Le burn out des médecins libéraux en Limousin*. Limoges: URML du Limousin, 2010.
39. Barbarin B. *Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale enquête transversale à la Faculté de Nantes en 2008*. Nantes: Université de Nantes; 2009.
40. Cauchard L. *De l'évaluation du burn out à la promotion du bien-être des internes en Languedoc-Roussillon*. Montpellier: Université de Montpellier I; 2009.
41. Ernst M. *Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg prévalence et analyse d'entretiens*. Strasbourg: Université de Strasbourg; 2009.
42. Guinaud M. *Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés*. Créteil: Université de Paris-Val-de-Marne; 2006.
43. Le Tourneur A, Komly V. *Burn out des internes en médecine générale état des lieux et perspectives en France métropolitaine*. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2011.

44. Pattinson E. Le syndrome d'épuisement des professionnels de santé chez les étudiants en troisième cycle de médecine générale en Aquitaine. Bordeaux: Université de Bordeaux II; 2007.
45. Thévenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon. Paris: Université Pierre et Marie Curie-Paris VI; 2011.
46. Andlauer O. Le burnout chez les internes en psychiatrie français. Besançon: Université de Franche-Comté; 2008.
47. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer*. 2010;46(15):2708-15.
48. Folkman S. Personal control and stress and coping processes : a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1984;46(1984):839-52.
49. Mikolajczak M, Deseilles M. Introduction à la régulation des émotions. Dans: Mikolajczak M, Deseilles M, rédacteurs. *Traité de régulation des émotions*. Bruxelles: De Boeck; 2012. p. 19-33.
50. Gross JJ, Munoz RF. Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology : Science and Practice*. 1995;2:151-64.
51. Gross JJ, Thompson RA. Emotion Regulation. Conceptual Foundations. Dans: Gross JJ, rédacteur. *Handbook of emotion regulation*. New-York: Guilford Press; 2007. p. 3-24.
52. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation : Divergent consequences for experience, expression and physiology. *Journal of personality and social psychology*. 1998;74(1):224-37.
53. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation : an integrative review. *Review of General Psychology*. 1998;2(3):271-99.
54. Mikolajczak M. Approche empirique (anc. cognitive et comportementale) de la régulation des émotions. Dans: Mikolajczak M, Deseilles M, rédacteurs. *Traité de régulation des émotions*. Bruxelles: De Boeck; 2012. p. 149-67.
55. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders : focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142:1259-64.
56. Khantzian EJ. Self-regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions : similarities and differences. Dans: Galanter M, rédacteur. *Recent developments in alcoholism*. New-York: Plenum; 1990.

57. John O, Gross JJ. Individual differences in emotion regulation. Dans: Gross JJ, rédacteur. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford press; 2007. p. 351-72.
58. Gross JJ, John O. Individual differences in two emotion regulation processes : Implications for affect, relationships, and well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;85:348-62.
59. Brody L, Hall J. Gender and emotion. Dans: Lewis M, Haviland-Jones J, rédacteurs. Handbook of emotions. New-York: Guilford press; 1993. p. 447-61.
60. Fischer A. Gender and emotion : social psychological perspectives. Cambridge: Cambridge university press; 2000.
61. Christophe V, Antoine P, Leroy T, Delelis G. Évaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle : la suppression expressive et la réévaluation cognitive. Revue européenne de psychologie appliquée. 2009;59:59-67.
62. Stordeur S, Vandenberghe C, D'hoore W. Prédicteurs de l'épuisement professionnel des infirmiers : une étude dans un hôpital universitaire. Recherche en soins infirmiers. 1999;59:57-67.
63. Pronost AM. Concepts, stress, coping. La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. Recherche en soins infirmiers. 2001;67:121-7.
64. Borteyrou X, Truchot D, Rasclé N. Le stress chez le personnel travaillant en oncologie : une tentative de classification des stratégies de coping. Psychologie du Travail et des Organisations. 2009;15(4):380-98.
65. Graham J, Alberty IP, Ramirez AJ, Richards MA. How hospital consultants cope with stress at work : implications for their mental health. Stress and Health. 2001;17:85-9.
66. Jeammet P, Reynaud M, Consoli S. Psychologie médicale. Paris: Masson; 1980. 351 p.
67. Manoukian A. La souffrance au travail - Les soignants face au burn-out. Reuil Malmaison: Lamarre éditions; 2009.
68. Organisation Mondiale de la Santé. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946;2:100.
69. Delbrouck M. Le burn-out du soignant - Le syndrome d'épuisement professionnel. Bruxelles: De Boeck; 2008.
70. John O, Gross JJ. Healthy and unhealthy emotion regulation : personality processes, individual differences, and lifespan development. Journal of personality. 2004;72:1301-34.

71. Francis LJ, Brown LB, Lester D, Philipchalk R. Happiness as stable extraversion: a cross-cultural of the reliability and validity of the Oxford Happiness Inventory among students in the UK, USA, Australia and Canada. *Personality and Individual Differences*. 1998;24(167-171).
72. Argyle M, Martin M, Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. Dans: Forgas JP, Innes JM, rédacteurs. *Recent advances in social psychology: An international perspective*. Amsterdam: Elsevier Science; 1989.
73. Blais MR, Vallerand RJ, Pelletier LG, Brière NM. L'Échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale". *Revue Canadienne de Sciences Comportementales*. 1989;21(2):210-23.
74. Derogatis LR. Administration, scoring and procedures. Manual III. Minneapolis: National Computer Systems; 1994.
75. Laugaa D. Burnout chez les enseignants du premier degré. Bordeaux: Université de Bordeaux 2; 2003.
76. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout: A scale to assess experienced burnout, the Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: John Wiley & Sons; 1977.
77. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press Inc; 1981.
78. Dion G, Tessier R. Validation of a French translation of the Maslach Burnout Inventory (MBI). *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1994;26(2):210-27.
79. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-Revised. Dans: Wilson JP, Keane TM, rédacteurs. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399-411.
80. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L. Validation of a French Version of the Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003;48(1):55-60.
81. T.F. H, Kolzowski LT, Frecker RC. The Fagerström test for nicotine dependance : a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991;86:1119-27.
82. Gillet C. Clinique de la dépendance tabagique. Dans: Lejoyeux M, rédacteur. *Abrégés d'Addictologie*. Paris: Masson; 2009. p. 129-45.
83. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) : WHO Collaborative Project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;66:791-804.

84. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of Substance Use*. 2007;12(4).
85. Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010 - Exploitation des données du Baromètre santé. Saint Denis la Plaine: OFDT, 2011.
86. Pelier As. Prévalence du mésusage de l'alcool chez les internes en médecine enquête dans 2 facultés, Lyon et Angers. Paris: Université Paris Descartes-Paris V; 2011.

ADRIEN SÉJOURNÉ

TITRE DE THÈSE

**SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LES INTERNES :
VULNÉRABILITÉS ET PRÉCONISATIONS.**

Effets quantitatifs (burnout, stress, qualité de vie et comportements addictifs) et qualitatifs du vécu des événements au cours de l'internat.

RÉSUMÉ

Cette recherche s'intéresse aux souffrances psychologiques des internes en médecine à travers une double approche qualitative et quantitative. Les résultats de l'étude qualitative dressent une liste de situations de souffrance vécues par les internes au cours de leurs études et des stratégies d'adaptation, parfois inadaptées, mises en place. Les résultats de l'étude quantitative (étude du burnout, du stress, de la qualité de vie et des comportements addictifs) montrent que les niveaux de burnout sont plus importants chez les jeunes internes et que la consommation d'alcool des internes est inquiétante. Ces résultats nous aident à mieux comprendre les étapes importantes de l'appropriation de l'identité et des pratiques du médecin. Enfin, nous discutons les implications de ces deux recherches et proposons des préconisations pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des internes.

MOTS CLÉS

Souffrance ; interne ; burnout ; qualité de vie ; stress ; addiction.