

UNIVERSITÉ TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2018

2018 TOU3 1020

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE

GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 20 mars 2018

Par Florence ROGER

Etude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel.

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

JURY : Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Madame le Docteur Anne FREYENS

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

M.C.U-P.H

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U-P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie, virologie, hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULLAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de vous être intéressé à ce travail et de m'avoir encouragée dans sa réalisation. Je vous adresse mon profond respect et ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Anne FREYENS,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Grâce à vos enseignements en gynécologie-pédiatrie et votre qualité de maître de stage, vous apportez beaucoup à notre formation. Soyez assurée de toute ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication dans la formation des internes. Je vous remercie également de m'avoir accompagnée en tant que tuteur durant mon deuxième semestre. Soyez assuré de ma gratitude et de mon sincère respect.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Merci de m'avoir épaulée avec patience et disponibilité durant la réalisation de ce travail. C'était un réel plaisir que de t'avoir comme directeur de thèse. Je t'en suis sincèrement reconnaissante.

À mes anciens maîtres de stage et équipes paramédicales,

Aux équipes des urgences de l'hôpital d'Auch : Un premier pas dans la vie d'interne dont je me souviendrai longtemps grâce à ceux qui font vivre ce service et qui ont à cœur de nous entourer et nous faire progresser.

Paule, Aude, Marion et toute l'équipe de l'UHSI Ranguel : Grâce à votre extrême bienveillance et votre sens de la pédagogie, je garde un très bon souvenir de ce stage et regrette de ne pas plus souvent vous rendre visite.

Bernard Rico et François Viatge : J'ai eu beaucoup de chance de rencontrer deux médecins ayant des pratiques différentes (et complémentaires !) mais tous deux la même passion pour leur métier (et des tas d'autres choses !) et ayant à cœur de la transmettre.

À l'équipe de gynécologie-obstétrique de la Clinique Rive Gauche : Merci pour votre accueil et de m'avoir permis de beaucoup progresser dans cette discipline de santé de la femme que j'affectionne de pratiquer au quotidien.

Sophie Bonnet : Tu m'as transmis ta passion pour la pédiatrie et tellement d'autres choses. Je garde un souvenir lumineux de ce stage en grande partie grâce à toi, je ne te remercierai jamais assez.

Un gros bisou à **Laurene (et Asma !)** qui est une secrétaire mais aussi une femme en or. Je remercie également **Sandrine Costes** grâce à qui les consultations ô combien complexes d'énurésie ne me font (presque) plus peur. Une pensée également pour notre regretté **François Paucot**.

Francis, Martin, Florian, Mathias, Marie-Jo, Stéphanie, Corinne, Sébastien et toutes les équipes de médecine 1 et 2 de Joseph Ducuing : Un grand merci à tous pour ce stage qui a été d'une richesse incroyable sur le plan médical et humain, et qui nous a rendus « heureux avant tout ».

Aux équipes de soins palliatifs de J. Ducuing : Une grande leçon d'humanité dans ce service, un stage qui m'a donné envie de continuer à faire des soins palliatifs dans ma pratique. Je vous remercie tous pour votre accueil.

Ingrid Payet : Et toi plus particulièrement sans qui ce stage n'aurait pas eu la même saveur. Merci d'avoir été là pour m'aider à progresser sur tous les plans, merci de l'être toujours.

Marie-Laure, Céline, Franck et Christophe : J'ai terminé en beauté ce cursus grâce à vous qui avez permis que le saut dans le grand bain se fasse sans douleur. Au-delà de m'aider à progresser dans tous les domaines de l'exercice de la médecine générale, je retiens votre philosophie de ce métier et nos échanges à son propos qui m'ont permis de mûrir la conception que j'en avais. Je suis impatiente de m'installer en grande partie grâce à vous.

Une pensée pour **Caro** aussi sans qui mes jeudis n'auraient pas été les mêmes.

Merci aux internes qui ont pris le temps de remplir ce questionnaire, sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à ma famille, mes amis, toutes ces personnes près de moi à qui je tiens et qui se reconnaîtront.

*Le burn-out ou mourir d'épuisement, comme un caméléon sur un kilt
écossais. BURGAULT*

TABLE DES MATIERES

- Liste des abréviations	2
- Liste des annexes	3
- Introduction	4
I- Définitions.....	4
II- Conséquences.....	4
III- Le syndrome d'épuisement professionnel des médecins.....	4
IV- Le syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine.....	5
V- Les facteurs de risque psychosociaux.....	5
VI- Les dispositions légales.....	6
VII- Les solutions existantes.....	6
VIII- Objectif de l'étude.....	7
- Matériel et Méthodes	8
I- Type d'étude	8
II- Population cible	8
III- Elaboration du questionnaire.....	8
IV- Diffusion du questionnaire	9
V- Analyse des résultats.....	9
VI- Ethique.....	9
- Résultats	10
I- Echantillon	11
II- Réponses aux questions concernant les difficultés rencontrées	11
III- Réponses aux questions concernant les solutions à mettre en œuvre	12
- Discussion	16
I- Principaux résultats	16
II- Confrontation aux données de la littérature	16
III- Forces et limites de l'étude	22
IV- Vers la création d'une association dédiée	23
- Conclusion	25
- Références bibliographiques	26
- Annexes	30

LISTE DES ABREVIATIONS

ACEMT : Association Corporative des Étudiants en Médecine de Toulouse.
AIMG-MP : Association des Internes en Médecine Générale de Midi-Pyrénées
ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
AP : Accomplissement Personnel
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
DES : Diplôme d'Etudes Supérieures
DP : Dépersonnalisation
DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale (de Midi-Pyrénées)
EE : Epuisement Emotionnel
GEP : Groupe d'Echanges de Pratiques
IMG : Interne de Médecine Générale
ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes
MBI : *Maslach Burnout Inventory*
MOTS : Médecin, Organisation, Travail, Santé
MSU : Maître de Stage Universitaire
RTT : Réduction du Temps de Travail
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SEP : Syndrome d'épuisement professionnel
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : *Maslach Burnout Inventory*
- Annexe 2 : Questionnaire
- Annexe 3 : Verbatim

I. INTRODUCTION

1. Définitions

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

Il est décrit en 1972 par Herbert Freudenberger psychiatre et psychanalyste américain, afin de désigner l'état de mal être psychologique qu'il observe chez les soignants bénévoles de son centre alternatif d'aide à la désintoxication. Il parle alors « de ressources internes venant à se consumer comme sous l'action de flammes sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe. » (1)

Dans les années 80, Christina Maslach (professeur de psychologie américaine) et Susan Jackson définissent celui-ci comme : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. » (2)

De ce concept tridimensionnel est né un outil : le *Maslach Burnout Inventory* (MBI, Annexe 1) : un auto-questionnaire aboutissant à une cotation en pourcentage de chacune de ces trois dimensions :

- Epuisement émotionnel (EE) : c'est une saturation émotionnelle, le sujet se sent vidé de ses ressources, il existe une fatigue chronique non améliorée par le repos.
- Dépersonnalisation (DP) : le patient et ses émotions sont mis à distance, réduits à l'état d'organe ou d'objet.
- Réduction de l'accomplissement personnel (AP) : le professionnel ne parvient plus à mener son travail comme il l'entend, cela s'accompagne du sentiment de ne plus être à la hauteur et d'une remise en question allant parfois jusqu'à la reconversion.

Cet outil est le plus largement utilisé dans les travaux concernant le SEP. (3)

2. Conséquences

En plus de répercussions purement psychologiques (pouvant conduire à une dépression, la consommation de psychotropes ou encore au suicide), le SEP peut être à l'origine de retentissements physiques, notamment une augmentation du risque coronarien (risque relatif de 3,1 chez les hommes et 3,4 chez les femmes). (4,5)

Il est également à l'origine d'une moins bonne prise en charge des patients avec plus de risque d'erreurs médicales. (6,7)

3. Le syndrome d'épuisement professionnel des médecins

Le syndrome d'épuisement professionnel des médecins était une entité plutôt taboue, il n'est étudié que depuis 2001.

Différentes études réalisées entre 2001 et 2004 par les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) en France montrent une moyenne de 43,3% de fort épuisement

émotionnel, d'un taux de 40,3% de dépersonnalisation du patient et de 33,2% de faible accomplissement personnel. (8–10)

Une autre étude menée par la Commission Prévention et Santé Publique de l'URML d'Ile-de-France retrouve un taux de 57% d'entre eux se sentant menacés par le syndrome d'épuisement professionnel, avec un plus haut risque (60,8%) en cas d'exercice de la médecine générale. (11)

Pour ce qui est du milieu hospitalier, une enquête de Santé Et Satisfaction des Médecins au Travail réalisée en France en 2007 auprès de 3196 praticiens séniors (médecins ou pharmaciens) travaillant dans des établissements publics, privés, de médecine du travail ou en santé publique retrouve environ 40% de syndrome d'épuisement professionnel. (12)

4. Le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine

La souffrance psychologique des étudiants en médecine, en France, est au cœur du système médiatique avec l'évocation des suicides d'internes : le 4 février 2018 ceux-ci, par la voix d'un de leurs syndicats (l'InterSyndicale Nationale des Internes, ISNI) font parvenir une lettre ouverte à la ministre de la santé et déplorent une dizaine de suicides sur les douze derniers mois.

Parmi les études les plus importantes réalisées sur le sujet, il y a celle de Le Tourneur et Komly interrogeant tous les internes en médecine générale (IMG) de France en 2011, retrouvant 16% d'épuisement émotionnel élevé, 33,8% de score de dépersonnalisation élevé, et 38,9% d'accomplissement personnel bas. On compte également 46,5% de répondants se sentant menacés par le SEP. (13)

Feraudet et coll. ainsi que Kerrien et coll. interrogent respectivement tous les internes de Bordeaux en 2008 et de Brest en 2012 et retrouvent 74,2% de stress professionnel et 21,4% de SEP pour l'un et 13% de dépression et 28,7% de trouble anxieux pour l'autre. (14,15)

Entre 2011 et 2012 : Roumiguie et coll. retrouvent 24% d'internes en urologie en épuisement professionnel sévère, Rua et coll. : 46,67% d'internes en gynécologie-obstétrique de la région Ouest ayant au moins un score élevé au MBI et Dominique en dénombre 60,8% parmi les internes en anesthésie-réanimation de cette même région. (16–18)

En 2014, Lieurade effectue un travail auprès des IMG toulousains et retrouve en moyenne 45% de SEP (selon l'échelle MBI). (19)

Enfin, en 2017 les différents syndicats d'étudiants en médecine : l'ISNI, l'Inter-Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et l'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France (ANEMF) interrogent plus de 20 000 étudiants, internes et jeunes médecins en France et retrouvent 66,2% d'anxiété, 27,7% de dépression et 23,7% d'idées suicidaires. (20)

5. Les facteurs de risque de syndrome d'épuisement professionnel

Les facteurs de risque psychosociaux de SEP identifiés dans la littérature sont principalement : la surcharge de travail, le manque de reconnaissance du travail accompli et le manque de temps consacré à la vie privée (13–18,20–28). On retrouve également le *job strain*, décrit par Karasek, associant une forte demande psychologique liée aux tâches à accomplir à une faible latitude décisionnelle. (29)

Concernant les étudiants en médecine, certains facteurs de risque spécifiques sont mis en exergue dans les différentes études : les stages hospitaliers et notamment en Centre Hospitalo-Universitaire (CHU), associés à une plus grosse charge de travail (13,25,27,28), les gardes et plus largement la gestion des urgences, considérées comme un des aspects les plus stressants du métier (30). L'ambiguïté du statut de l'interne est également un facteur de risque, il est à l'origine d'une autonomie relative : des responsabilités importantes associées à une faible latitude décisionnelle (13,23,26,28,31) ainsi que des connaissances théoriques inadaptées à la pratique clinique. (13,23,27)

Certaines études évoquent également : l'interruption répétée des tâches (6,14,26), le harcèlement par la hiérarchie (27,30) et la moindre considération par rapport aux autres spécialités (pour les IMG). (27,28)

6. Les dispositions légales

Suite aux revendications des différents syndicats d'internes, plusieurs propositions afin d'améliorer les conditions de travail ont été mises en place par le Ministère de la Santé avec :

- En 2014 : une revalorisation des salaires et la création de primes (responsabilité et déplacement en stage ambulatoire) (32–34)
- En 2016 : une augmentation de la rémunération des gardes hospitalières (35)
- En 2017 : la réforme du troisième cycle des études médicales proposant des avancées pédagogiques avec notamment des contrats de formation pour les internes introduisant des objectifs précis d'acquisition de compétences, un référent pédagogique pour chaque interne, des évaluations régulières de la progression (trois fois par semestre), une uniformisation des enseignements et des techniques pédagogiques et la mise en place d'un portfolio électronique de suivi d'acquisition des compétences pour chacun. (36)

Ces différentes mesures pourraient avoir un impact favorable dans la prévention du SEP.

Enfin, un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales en 2016 suggère un apprentissage des techniques de management durant la formation initiale et continue des professionnels de santé. (37)

7. Les solutions existantes

En Midi-Pyrénées (ancien nom de la partie nord de la région Occitanie, cette appellation sera utilisée pour plus de facilité), les internes disposent d'un certain nombre de recours en cas de souffrance au travail. L'association Médecins Organisation Travail Santé (MOTS) a été créée par l'Ordre des Médecins : composée de médecins formés à la problématique, fonctionnant essentiellement via une plateforme téléphonique, ouverte aux internes depuis 2012. Une consultation avec la médecine du travail en début d'internat est proposée/obligatoire. L'Internat de médecine de Toulouse et l'Associations des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP) sont des associations composées d'internes ayant une fonction de représentativité et d'accompagnement. En ce qui concerne les IMG : le Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG) forme des tuteurs accompagnant l'interne durant tout le semestre, propose des groupes d'échanges de pratiques basés sur le fonctionnement des groupes de pairs (obligatoires), des séminaires obligatoires

sur le remplacement et l'installation ainsi que l'apprentissage de techniques de communication via des jeux de rôles durant certains cours. Les autres spécialités disposent d'un référent de Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) gérant essentiellement les terrains de stage.

Dans son étude sur les IMG de Midi Pyrénées, Lieurade met en exergue que ces différents recours sont méconnus des internes, ou revêtent pour eux une autre utilité (les tuteurs sont plutôt associés aux traces écrites, le DUMG à un rôle plus préventif que curatif). (19) Certaines modifications ont été effectuées suite à ces travaux, avec notamment le rapprochement géographique des tuteurs afin de faciliter le contact avec les internes. Cependant, la plupart des propositions établies comme celle de mieux faire connaître l'association MOTS aux internes (via un dépliant et une allocution lors des choix de stage), ou encore un contact plus régulier avec la médecine du travail n'ont pas été mises en œuvre de façon pérenne.

Dans ce contexte, nous avons souhaité connaître les solutions envisagées par les internes, afin de pouvoir leur proposer un soutien psychologique adapté au sein d'une association dédiée.

8. Objectif de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de recueillir les suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de limiter la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Nous avons conduit une étude épidémiologique descriptive transversale.

2. Population cible

La population était composée des internes en médecine de la partie nord d'Occitanie (ex région Midi Pyrénées), toutes spécialités confondues, adhérents à l'AIMG-MP ainsi qu'à l'Internat de Médecine de Toulouse.

Il s'agissait de tous les internes en activité, inscrits dans un Diplôme d'Etudes Spécialisées depuis au moins novembre 2016.

Il n'y avait pas de critère de non inclusion.

3. Recueil des données

Nous avons procédé au recueil des données par auto-questionnaire (Annexe 2).

Celui-ci a été élaboré avec GOOGLE FORMS®. Il était composé de quatre parties.

- Première partie :

Contenait les caractéristiques socio-démographiques des internes et une première question d'orientation demandant si oui ou non le répondeur avait déjà éprouvé des difficultés psychologiques difficilement surmontables au cours de son internat. Le qualificatif de « difficilement surmontable » a été choisi car permettant une meilleure précision de la question.

- Deuxième partie :

Les internes ayant répondu qu'ils avaient éprouvé ces difficultés devaient préciser leur réponse, en évoquant notamment le recours à des aides.

Ceux ayant répondu par la négative étaient dirigés directement vers la troisième partie.

- Troisième partie :

Commune à tout le monde, contenant la question « pensez-vous qu'il existe des solutions à mettre en œuvre ? »

- Quatrième partie :

Contenait une demande d'explications en texte libre à ceux ayant répondu qu'il n'y avait pas de solution.

Pour ceux ayant répondu affirmativement : un encart d'expression libre puis des propositions de solutions (concernant l'organisation des stages et la mise à disposition de solutions spécifiques) élaborées à partir des références bibliographiques retenues.

Le message de remerciements comportait un rappel des différentes structures de soutien existant à l'heure actuelle.

Le questionnaire a été envoyé à un panel test avant diffusion puis modifié en tenant compte des remarques émises.

4. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par courriel via la liste de diffusion de l'AIMG-MP (comptant 438 cotisants en 2017) ainsi que via le site Facebook® de l'Association des Internes des Hôpitaux de Toulouse (1719 personnes suivent le groupe mais on note, en 2017, 792 cotisants à l'association dont 96 internes de médecine générale, également cotisants à l'AIMG-MP).

La diffusion via le site de l'Association des Internes des Hôpitaux de Toulouse a eu lieu le 17 septembre 2017, celle par courriel de l'AIMG-MP le 21 septembre 2017.

Une relance par l'AIMG-MP a été effectuée le 25/10/2017.

Une relance par l'Internat de médecine de Toulouse a été effectuée le 21/11/2017.

5. Analyse des résultats

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

Le logiciel ZOTERO® a été utilisé pour l'organisation des références bibliographiques, l'insertion des références dans le texte et la réalisation de la bibliographie.

Trois questions appelaient à des réponses libres. Seuls les éléments de réponse cités plus d'une fois ont été conservés.

Il a été fait de même pour la question « commentaires » laissée libre à la fin du questionnaire.

6. Ethique

Cette étude ne relevait pas de l'avis d'un comité d'éthique.

III. RESULTATS

Nous avons obtenu 258 réponses pour une diffusion à environ 1134 internes, soit un taux de réponse de 22,7%.

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

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des internes

	N	%
Sexe		
Féminin	204	79
Masculin	54	21
Age		
18-24 ans	16	6,2
25-30 ans	228	88,3
31-35 ans	9	3,4
>35 ans	4	1,5
>45 ans	1	0,4
Spécialité		
Anesthésie-réanimation	11	4,2
Biologie médicale	2	0,8
Cardiologie	6	2,3
Chirurgie viscérale et digestive	1	0,4
Chirurgie maxillo-faciale	1	0,4
Chirurgie plastique et reconstructrice	1	0,4
Dermatologie et vénérologie	3	1,2
Endocrinologie et maladies métaboliques	1	0,4
Gastro-entérologie	4	1,6
Gynécologie médicale	2	0,8
Gynécologie-obstétrique	5	1,9
Hématologie	2	0,8
Médecine du travail	2	0,8
Médecine générale	156	60,4
Médecine interne	6	2,3
Médecine Physique et de Réadaptation	2	0,8
Néphrologie	4	1,6
Neurologie	4	1,6
Oncologie	2	0,8
Ophtalmologie	2	0,8
Oto-rhino-laryngologie	1	0,4
Pédiatrie	20	7,8

Pneumologie	1	0,7
Psychiatrie	6	2,3
Radiodiagnostic et imagerie médicale	6	2,3
Rhumatologie	3	1,2
Santé publique	2	0,8
Faculté d'origine : par régions		
Auvergne-Rhône Alpes	16	6
Bourgogne-Franche Comté	3	1,2
Bretagne	7	2,7
Centre-Val de Loire	3	1,2
Grand Est	7	2,7
Hauts de France	7	2,7
Ile-De-France	14	4,8
Normandie	3	1,2
Nouvelle Aquitaine	31	11,6
Pays de la Loire	7	2,7
Provence Alpes Côte d'Azur	17	6,6
Occitanie	142	54,8
La Réunion	1	0,4
	N=258	

1. Echantillon

La population recrutée était composée de 79% de femmes.

On comptait 60,5% d'internes de médecine générale.

La plupart des autres spécialités médicales et chirurgicales étaient représentées.

Il manquait cependant des internes issus des spécialités suivantes : chirurgie de la face et du cou, chirurgie pédiatrique, chirurgie thoracique, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique, neurochirurgie, génétique, anatomopathologie et médecine nucléaire.

Les internes avaient effectué leur deuxième cycle dans les 12 régions de la France métropolitaine, avec également un répondeur venant de La Réunion.

On notait 55% d'internes dont la faculté du deuxième cycle était dans la région Occitanie.

2. Réponses aux questions concernant les difficultés psychologiques rencontrées

133 internes (soit 51,6%) ont répondu par l'affirmative à la question « avez-vous éprouvé des difficultés difficilement surmontables au cours de votre internat ? »

En médecine générale, 49% des internes ont répondu par l'affirmative à cette question, contre 55% parmi les autres spécialités médicales et chirurgicales.

47,4% des internes avaient d'avantage éprouvé ces difficultés au cours du premier semestre, 62,4% au cours des autres semestres.

Parmi eux, on comptait 13 internes (soit 5%) signalant des difficultés au cours de tous les semestres.

A la question demandant des précisions concernant ces difficultés : 8 internes évoquaient leur semestre aux urgences, 7 la gestion des urgences seul en ambulatoire ou en structure hospitalière, et l'on peut rapporter 5 témoignages dénotant d'impressions d'isolement ou de responsabilités trop lourdes en stage.

92% des interrogés ont sollicité une aide.

Elle a été jugée bénéfique pour 85% d'entre eux.

Tableau 2. Sollicitations d'aides par les internes

Aide sollicitée	N	%
Famille	89	66,9
Autres internes	70	52,6
Cercle social	62	46,6
Sport	35	26,3
Lecture	21	15,8
Consultation avec un médecin	14	10,5
Autre	13	9,7
Consultation avec un autre professionnel de santé	12	9
Aucune	10	7,5
	N=133	

8 réponses concernaient la consultation avec un médecin, dont une a été associée à la prise d'anti-dépresseur. 6 concernaient la consultation avec un autre professionnel de santé, et 6 réponses concernaient les deux.

3 personnes évoquaient le yoga ou la méditation, 3 le recours au tuteur (IMG), 2 un médecin du service ou un ancien maître de stage, 2 le DUMG.

3. Réponses aux questions concernant les solutions pouvant être mises en œuvre

251 internes, soit 97,3% pensaient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre afin de limiter l'épuisement psychologique des internes.

7 personnes (2,7%) ont répondu par la négative à cette question, leur justification principale étant un fatalisme concernant des conditions de travail non modifiables, des difficultés « intrinsèques à notre métier » : « Parce que le job est conçu pour être dur, éprouvant, « parce que ça forme », pour être

confronté au pire et ne plus en avoir peur. Il n'y a par conséquent pas d'échappatoire, c'est une philosophie binaire : marche ou crève. »

A. Suggestions libres

Pour les interrogés ayant répondu par l'affirmative, des suggestions libres étaient proposées. Nous avons choisi de les regrouper par pôles, par ordre décroissant de fréquence :

- Le respect du temps de travail légal de l'interne, des repos de sécurité, associé au souhait d'augmentation du nombre d'internes (évoqué par 53 personnes soit 21%).
- Un meilleur encadrement au cours des stages, l'amélioration des relations avec les supérieurs hiérarchiques, le débriefing de situations complexes, des évaluations en cours de stage (33 personnes soit 13%).
- Un suivi régulier par la médecine du travail ou un psychologue (ont également été évoqués le médecin traitant ou tout professionnel neutre à l'écoute), (20 personnes soit 7,7%).
- La revalorisation du statut de l'interne. Cette notion était souvent mal définie : cela pouvait être une revalorisation financière, ou bien concernant la place de l'interne au sein de l'hôpital, des équipes, la reconnaissance du travail accompli, ou encore des responsabilités adaptées aux connaissances...elle incluait la plupart du temps la notion de « respect » qui pourrait s'intégrer dans tous les pôles, nous l'avons laissée à part (évoqué par 18 personnes soit 7%).
- Les groupes de parole ou associations permettant d'évoquer des situations complexes entre pairs (12 personnes soit 4,6%).
- Le tutorat par un interne plus âgé, un médecin sénior ou indifféremment (10 personnes, 4%).
- Sport et loisirs sont au dernier pôle (2 personnes, 0,8%)

Enfin, 157 internes (62%) ont choisi ne pas donner de suggestion.

Devant la richesse des propositions et l'intensité émotionnelle y transparaissant, nous avons choisi de laisser le verbatim de ces questions en annexe.

B. Suggestions préétablies

La dernière partie du questionnaire proposait des solutions concernant :

- D'une part l'organisation des stages
- D'autre part, des solutions de soutien psychologique dédiées

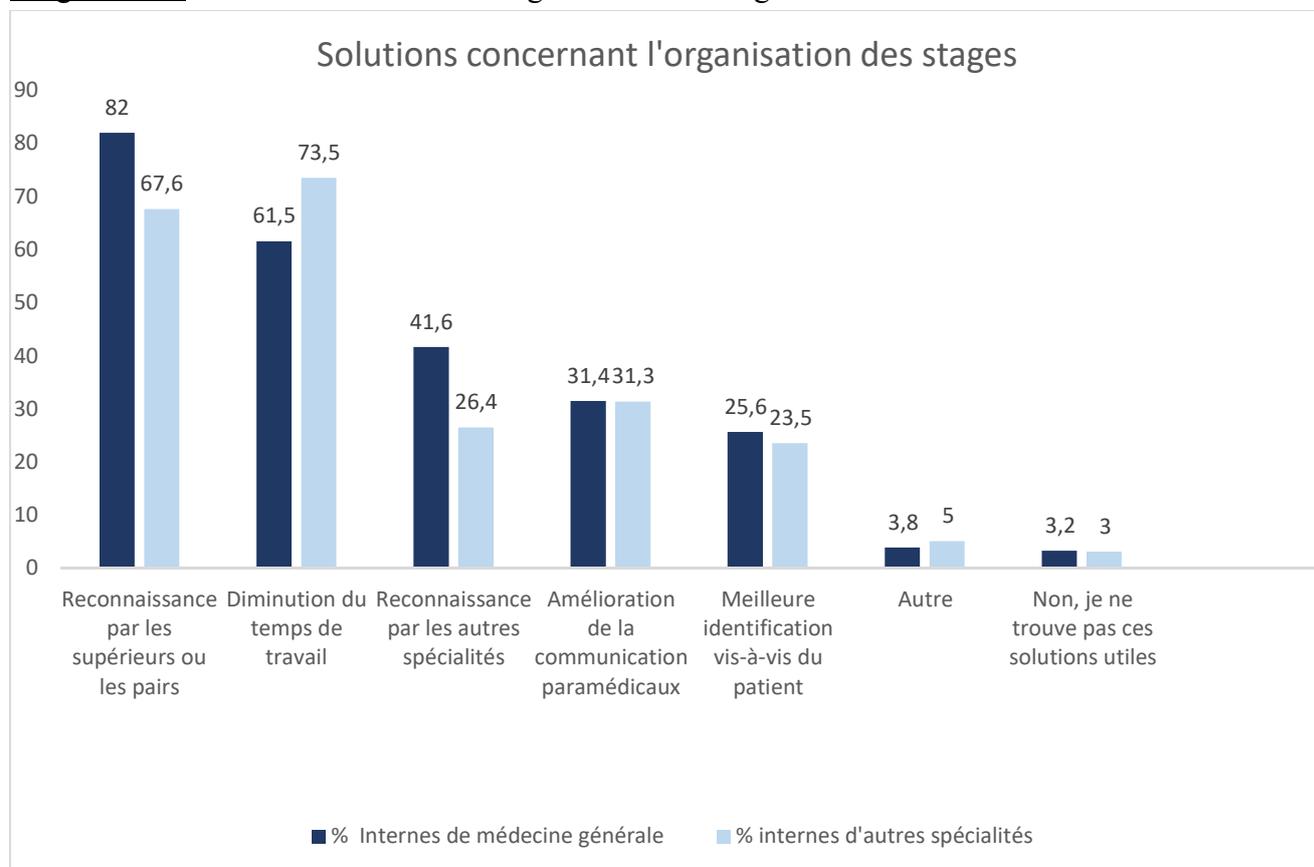
a. Concernant l'organisation des stages

82% des IMG demandaient une meilleure reconnaissance par les supérieurs ou les pairs contre 67,6% des autres spécialités.

73,5% des spécialistes évoquaient la diminution de la charge de travail contre 61,5% des IMG.

La reconnaissance par les autres spécialités était abordée par 41,6% des IMG contre 26,4% des spécialistes d'organe.

Diagramme 1. Solutions concernant l'organisation des stages



Dans les propositions « autres », on retrouvait notamment : un meilleur encadrement, moins de responsabilités pour les premiers semestres, un strict respect de la loi concernant le volume horaire hebdomadaire.

b. Concernant des solutions de soutien dédiées

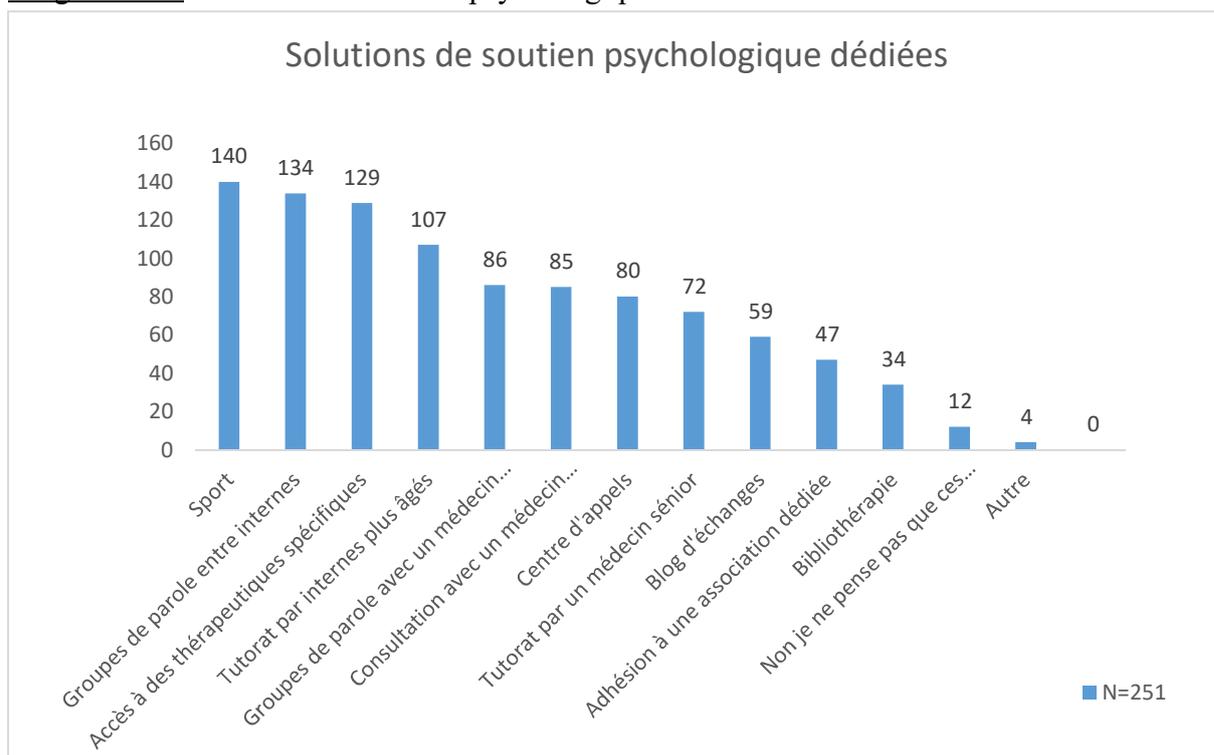
140 internes soit 56% évoquaient le sport premier lieu.

134 soit 53,2% les groupes de parole entre internes.

129 soit 51,2% l'accès à des thérapeutiques spécifiques.

107 soit 42,9% le tutorat par un interne plus âgé.

Diagramme 2. Solutions de soutien psychologique dédiées



Les 4 suggestions « autres » évoquaient une prévention nécessaire, le sport et des entretiens mensuels durant le semestre avec un sénior afin de parler des difficultés rencontrées. La dernière suggestion commentait la réponse « non je ne pense pas que ce soit utile » et était : « On sait tous que le médecin est un super héros ! »

c. Commentaires libres non obligatoires à la fin du questionnaire

On retrouvait quelques remerciements pour ce travail.

Les internes abordaient la difficulté à mettre en place des solutions, même simples (comme le sport) dans un contexte de charge de travail conséquente et en constante augmentation, également l'ambiance hospitalo-universitaire difficile pour quelqu'un n'envisageant pas une carrière universitaire, un système basé sur des frustrations permanentes (concours en première et sixième année, difficultés d'accès à des postes hospitaliers etc.)

Deux personnes avouaient être en souffrance depuis longtemps et douter de leur avenir.

IV. DISCUSSION

1. Principaux résultats

51,6% des répondeurs avaient présenté une souffrance psychologique difficilement surmontable durant leur internat.

97,3% des internes pensaient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre.

7 personnes soit 2,7% ont répondu par la négative à cette interrogation.

Les principales solutions évoquées étaient la diminution de la charge de travail, une meilleure reconnaissance du travail accompli par les supérieurs et les pairs, le sport, les groupes de parole, l'accès facilité à des thérapies spécifiques et le tutorat.

2. Comparaison avec les données de la littérature

La population recrutée était composée de 79% de femmes, cela pouvant refléter la tendance actuelle de féminisation de la profession avec 63,9% de femmes parmi les étudiants en médecine, odontologie et pharmacie en 2015. (38)

C'est également un résultat proche des taux de participation féminine dans la plupart des études (Cf tableau 1).

On comptait 60,5% d'internes de médecine générale, la plupart des autres spécialités médicales étaient cependant représentées.

A. Question sur les difficultés psychologiques rencontrées

51,6% des internes avaient répondu par l'affirmative à la question « avez-vous éprouvé des difficultés psychologiques difficilement surmontables au cours de votre internat ? »

Cela reflète bien l'importance de la souffrance au travail des internes en médecine et, en ce sens, nous avons comparé ce résultat aux données de la littérature.

Le tableau suivant reprend les résultats d'une revue narrative de la littérature depuis 2008 incluant les études ayant retenu notre attention.

Concernant celles utilisant le MBI : plusieurs définitions du SEP sont retrouvées : un score élevé aux trois dimensions (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution de l'accomplissement personnel) ou aux deux dimensions principales (EE et DP) rendant difficile la comparaison des données. Nous avons donc précisé entre parenthèses le mode de calcul choisi par les auteurs. Concernant les études utilisant d'autres échelles, en cas de présentation de plusieurs résultats, nous utilisons les scores concernant l'anxiété ou le stress professionnel. Il est retrouvé en moyenne 42,7% d'internes en souffrance, nos résultats montraient donc un taux supérieur.

Tableau 3. Principales études concernant le SEP des étudiants en médecine depuis 2008

ETUDE	LIEU	POPULATION	NOMBRE DE PARTICIPANTS/ % DE FEMMES	TAUX DE REPONSE	% INTERNES EN SEP (outil utilisé)
Barbarin (2008)	Nantes	IMG	114/74,6%	57,9%	44,7% (score élevé d'EE ou de DP, MBI)
Feraudet et al (2008)	Bordeaux	Toutes spécialités	160/NR	53%	74,2% de stress professionnel, 21,4% de SEP modéré à sévère (MBI)
Robert, Garceran (2010)	Région Centre	IMG	110/69,1%	90,9%	65,1% (mal être psychologique, échelle GHQ-28)
Thevenet (2011)	Languedoc-Roussillon, Ile-de-France	IMG	404/76,5%	52,3%	19% (score élevé pour au moins deux dimensions, MBI)
Le Tourneur/ Komly (2011)	National (France)	IMG	4050/69%	64,2%	38,7% (score élevé dans les trois dimensions, MBI)
Rouimiguié et al (2011)	France métropolitaine	Membres de l'association française des urologues en formation	186/15,5%	65,5%	24% d'épuisement professionnel sévère (score élevé dans les trois dimensions, MBI)
Rua et al (2012)	Région Ouest	Internes de gynécologie-obstétrique	40/85%	33%	36,11% (score élevé dans EE ou DP, MBI)
Dominique (2012)	Région Ouest	Internes d'anesthésie-réanimation	120/45%	60,3%	60,8% (au moins un score élevé, MBI)

Kerrien et al (2012)	Brest	Tous les internes	192/68,2%	NR	13% dépression, 28,7% de trouble anxieux (4 échelles validées)
Lieurade (2014)	Toulouse	IMG	210/75%	52%	45% (scores élevés dans les 3 dimensions, MBI)
Bergonnier (2016)	La Réunion	IMG	93/69,8%	58,4%	9,7% (scores élevés en EE et DP, MBI)
ISNAR-IMG, ISNI, ACEMT (2017)	France métropolitaine	Etudiants en médecine, internes, jeunes médecins (chefs de clinique assistants, assistants hospitalo-universitaires, assistants spécialistes)	21768/NR	NR	66,2% d'anxiété, 27,7% de dépression, 23,7% d'idées suicidaires (échelle HADS)

B. Questions précisant la période d'internat durant laquelle le répondeur avait rencontré des difficultés

47,4% des internes avaient éprouvé ces difficultés plutôt au cours du premier semestre.

Les études sont discordantes sur le sujet :

Le jeune âge est un facteur de risque pour certains (1,6,24), il n'existe pas de corrélation selon d'autres. (13)

Le début d'internat peut être un facteur de risque de SEP (28), ou, au contraire, l'ancienneté considérée comme un facteur prédisposant (13,16). Pour Guinaud, les internes plus âgés présentent moins de souffrance mais les résultats restent indépendants du semestre. (24)

Il est cependant admis que le déséquilibre entre les connaissances théoriques et la pratique clinique est un facteur de risque de SEP. (29) Les précisions libres demandées aux internes reflétaient bien cette notion : ils évoquaient la difficulté à gérer seuls les urgences en hospitalier ou en ambulatoire.

De plus, dans les suggestions « autres » concernant l'organisation des stages, ceux-ci proposaient de diminuer le niveau de responsabilités imposé aux premiers semestres.

Le tutorat par un interne plus âgé était également une solution plébiscitée.

Nous pouvons donc imaginer qu'une intervention systématique en début de cursus pourrait être intéressante.

C. Recours à des aides

92% des interrogés avaient sollicité une aide, elle avait été bénéfique pour 85% d'entre eux. Le premier soutien évoqué était la famille puis les autres internes et enfin le cercle social. Plusieurs travaux rapportent qu'un solide environnement familial est protecteur contre le SEP. (13,17,26,39,40)

D. Questions concernant les solutions à mettre en œuvre

97,3% des internes déclaraient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre afin de limiter l'épuisement psychologique de leur catégorie professionnelle.

On notait donc une forte différence de proportion entre le nombre d'internes avouant avoir été en souffrance et ceux proposant des améliorations à mettre en œuvre. Cela peut renvoyer vers le tabou interdisant au médecin d'avouer rencontrer des difficultés dans sa vie professionnelle, ou d'être lui-même malade, d'autant plus sur le plan psychique. (22)

Dans son analyse de l'internat d'anesthésie réanimation, Samama évoque une part importante de déni au sein de la profession en soulignant que la difficulté à trouver des solutions tient plus de l'acceptation des professionnels de santé qu'au réel manque de moyens. (41,42)

Cela peut également renvoyer au concept d'Eric Berne selon lequel l'individu se comporte comme un « enfant adapté soumis » afin de rentrer dans le moule de sa catégorie socio-professionnelle. (43)

Dans ses travaux, Sirot précise que ceci est d'autant plus attribuable à des étudiants sélectionnés dès la première année sur leurs capacités de patience et d'abnégation : Byron Good parle d'« étudiants normés par un apprentissage institutionnel long de plusieurs années ». (41,44)

Nous pourrions remarquer que les précisions libres des internes ayant répondu par la négative à la question concernant les solutions à mettre en œuvre évoquaient un certain fatalisme : des conditions d'exercice « inhérentes à la profession », l'un d'entre eux citait même une philosophie binaire : « marche ou crève ».

Nous avons aussi voulu citer le commentaire apporté par un répondeur, afin de justifier sa réponse négative aux suggestions concernant des solutions de soutien dédiées, : « on sait tous que le médecin est un super héros. »

Néanmoins, le format de notre étude ne permet pas l'analyse de ces données, il faudrait procéder à une étude qualitative centrée sur cette problématique.

a. Suggestions libres concernant les solutions à mettre en œuvre

Dans les propositions libres concernant cette problématique, deux grands pôles se distinguaient :

- L'aspect quantitatif du travail : respect du temps de travail légal de l'interne, des repos de sécurité, associé aux souhaits d'augmentation du nombre d'internes et donc à la diminution de la charge de travail.
- L'aspect qualitatif du travail : meilleur encadrement au cours des stages, amélioration des relations avec les supérieurs hiérarchiques, débriefing de situations complexes et évaluations en cours de stage.

Ceci renvoie aux principaux facteurs de risque psychosociaux associés à la survenue du syndrome d'épuisement professionnel : la charge de travail et la non reconnaissance du travail accompli par les supérieurs ou les pairs. (13,15,18,24,27,28,41)

On retrouvait également la notion de « revalorisation du statut de l'interne ». L'ambiguïté du statut de l'interne est un facteur de risque de SEP, (13,23,28) elle inclut :

- L'absence de définition nette du travail à fournir entraînant une incertitude anxiogène, une surcharge de travail et la délégation du « sale boulot » difficile à refuser. Dejours parle de « rationalité stratégique » : un consentement stratégique pour maintenir sa position et d'actes qui sont « rapidement érigés en normes par la justification du réalisme économique » (45)
- Une mauvaise connaissance par les patients du rôle de l'interne
- Une place mal définie au sein des équipes soignantes
- Une compensation financière la plupart du temps bien en deçà de l'amplitude horaire effectuée et des responsabilités mises en jeu

b. Suggestions concernant les modifications des conditions de stage

En ce qui concerne les stages, les deux solutions plébiscitées étaient la diminution de la charge de travail et une meilleure reconnaissance du travail accompli par les supérieurs ou les pairs.

A noter que les internes de médecine générale évoquaient plus largement cette dernière notion que les internes d'autres spécialités (82% contre 67,6%), et qu'ils prônaient à 41,6% (contre 26,4% des spécialistes) la meilleure reconnaissance par les autres spécialités.

Ceci invite à se rapprocher des conclusions de certaines études concernant les IMG à savoir que ceux-ci se sentent facilement discriminés par les spécialistes voire en position de « hiérarchie » par rapport aux internes d'autres spécialités. (27,28)

La notion de curriculum caché est un bon exemple de ce type de stress : il s'agit de la différence entre le parcours théorique d'un interne et son parcours réel (avec les objectifs inconscients que celui-ci se fixe). L'IMG arrivant dans un service de spécialité où l'on exige de lui le même niveau de connaissances que celui des spécialistes en est un reflet.

Les internes de spécialité évoquaient à 73,5% la diminution du temps de travail, contre 61,5% seulement des IMG. Ceci peut être corrélé à la notion souvent observée selon laquelle les stages hospitaliers, et en particulier en CHU, sont pourvoyeurs d'une charge de travail plus importante, or les spécialistes ont un cursus largement plus hospitalier que les IMG. (13,25,27,28)

A noter également que les spécialistes d'organe étaient plus en souffrance que les IMG : à 55% contre 49%.

Les solutions évoquées ensuite de façon similaire par les deux populations d'internes étaient : l'amélioration de la communication avec les paramédicaux (30%) et une meilleure identification vis-à-vis du patient (environ 25%), renvoyant au statut de l'interne au sein de la structure et des équipes soignantes et à la reconnaissance de son travail.

c. Suggestions concernant des solutions de soutien dédiées

En ce qui concerne ces solutions, les 4 principales propositions ressortant étaient par ordre de fréquence :

- Le sport
- Les groupes de paroles entre internes
- L'accès à des thérapeutiques spécifiques
- Le tutorat par des internes plus âgés

Dans l'étude de Lieurade, les sorties et le sport sont les premiers moyens sollicités par les IMG afin de prévenir le SEP. L'activité physique et les loisirs reviennent dans plusieurs études, comme facteurs protecteurs du syndrome d'épuisement professionnel. (13,16,19,24,25)

Hormis les bénéfices reconnus de la pratique sportive sur la santé et les interactions sociales, on peut également voir dans ces résultats le dégagement d'un « temps pour soi », qui comme l'évoquaient Maslach et Freudenberg, est nécessaire au bon fonctionnement et à l'épanouissement personnel.

Nous n'avons pas spécifiquement défini les « groupes de parole entre internes », ils pouvaient renvoyer indifféremment à des groupes de pairs ou des groupes de type Balint.

Ce sont des solutions intéressantes permettant de pallier le manque de support confraternel, on peut ainsi analyser et améliorer ses pratiques, la relation médecin-patient, trouver un soutien psychologique et lutter contre l'isolement.

Dans son étude concernant les médecins franciliens en 2007, Galam mettait en exergue que 71,2% des participants souhaitaient augmenter ces pratiques. (11)

La plupart des travaux concernant les étudiants en médecine évoquent également cette solution. Le Tourneur et Komly parlent de plus de 50% d'IMG favorables. (13,23–26,46)

L'item « accès à des thérapeutiques spécifiques » était également laissé assez libre, avec pour exemples : des entretiens avec un psychologue, un psychiatre, des thérapies cognitivo-comportementales etc.

La sollicitation d'un psychiatre ou d'un psychologue est corrélée avec des scores de SEP élevés, ceci met en exergue que ce type de recours est tardif, dans une population déjà fragilisée (notre étude ne retrouvait qu'environ 10% de personnes ayant eu recours à un médecin ou à un autre professionnel de santé). (13,24) Lieurade proposait une facilitation d'accès pour les internes à des consultations de psychiatrie, psychologie ou encore d'addictologie.

A noter que, dans notre étude, le recours à un médecin généraliste sensibilisé à la problématique n'arrive qu'en cinquième position, avec 34% de réponders.

Une étude réalisée en 2016 sur 315 étudiants Rennais retrouve que 77% d'entre eux ont déclaré un médecin traitant mais que 76% le consultent moins d'une fois par an. (47)

Nous n'avons pas proposé d'item concernant la médecine du travail, celle-ci a été cependant évoquée dans les suggestions libres par 20 internes.

3. Forces et limites de l'étude

a. Les forces de l'étude

Il s'agissait d'une étude originale sur la région.

L'échantillon était satisfaisant avec une population de réponders représentative des différentes catégories d'internes : le tableau 4 permet de comparer notre population au pourcentage théorique d'internes de chaque spécialité suivant les postes proposés à Toulouse après les Epreuves Nationales Classantes de 2017. (48)

Tableau 4 : comparaison de la population de réponders avec le nombre de postes proposés à Toulouse après les épreuves classantes nationales de 2017 répertoriés par le Centre National de Gestion

	% Postes proposés à Toulouse en 2017	% d'internes réponders dans notre étude
Médecine générale	60,4	42,8
Médecine	23	17,6
Médecine du travail	3,2	0,8
Santé publique	0,97	0,8
Chirurgie	8	2,4
Biologie	2,3	0,8
Psychiatrie	7	2,3
Gynécologie obstétrique	0,32	1,9
Gynécologie médicale	1,3	0,8

Pédiatrie	3,24	7,8
Anesthésie-réanimation	7,5	4,2

Les résultats obtenus serviront à la création d'une association de soutien dédiée, inscrivant ce travail dans le cadre d'une recherche-action.

b. Les limites de l'étude

Il y avait un biais d'information du fait de l'enclin spontané à répondre favorablement aux propositions, commun à toutes les études avec recueil de données par questionnaire

On trouvait également un biais de sélection : une partie de la diffusion s'était effectuée via le site Facebook® de l'internat de médecine, le public ayant reçu le questionnaire était plus large que par mail. On peut donc imaginer des réponses produites par des personnes non concernées par le sujet.

Le taux de participation au questionnaire était de 22,7%, ce qui est assez faible comparativement à d'autres études du même type. Ceci peut être dû au média utilisé pour l'envoi du questionnaire (via groupe Facebook® pour les spécialistes d'organe : 14,7% de réponses, par courriel pour les IMG : 35,4% de taux de réponse). On peut imaginer qu'il aurait été plus élevé en cas d'envoi par courriel aux spécialistes.

Une autre hypothèse concernant ce faible taux de participation pourrait être celle du déni des non réponders : comme cité plus haut, il existe une part importante de déni au sein de la population médicale, qui peut être un frein à la prise en charge des souffrances psychologiques. (22,42) Nous avons également évoqué la tendance à se conformer aux normes des étudiants en médecine. (44) Or, parmi nos internes, il n'y avait que 21% d'hommes. Au-delà de la féminisation de la profession (environ 64% de femmes dans les promotions médecine, odontologie et pharmacie en 2015) (39), que penser de ce faible taux de réponse en général et de participation masculine plus particulièrement ?

N'avons-nous pas recueilli uniquement les réponses des femmes bonnes élèves, le réel problème se trouvant de l'autre côté du miroir ?

Il ne s'agit que de suppositions. Pour aller plus loin dans l'analyse de ces résultats, il faudrait mener une étude sur le ressenti et les représentations de ce groupe particulier à travers une étude sociologique.

4. Vers la création d'une association dédiée

Cette étude partait d'une volonté d'aider les internes et du constat qu'il n'existait pas de structure dédiée au soutien psychologique au sein des facultés toulousaines, en comparaison avec le développement de réseaux plutôt destinés aux médecins installés (association MOTS, service d'entraide ordinaire du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, Aide pour le Soins des Soignants financée par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France et le Conseil National de l'Ordre...)

Nous avons pris le parti de recueillir les suggestions des internes afin d'évaluer leurs besoins.

Ce qui a été relevé prouve qu'il y a une véritable réflexion de la part des étudiants sur leurs conditions de travail, une réelle demande d'aide, de soutien, de changement.

Notre réflexion s'est portée sur les composantes d'une structure de soutien.

Dans un premier temps nous pourrions instaurer des choses simples, en lien avec les résultats obtenus, comme des séances de sport collectives, des groupes de parole, des cours de psychopathologie afin de repérer les symptômes du SEP, ou encore l'apprentissage de la communication avec les supérieurs hiérarchiques.

Nous pourrions également envisager une intervention systématique chez les étudiants en premier semestre, ainsi que la mise en place d'un tutorat par des internes plus âgés.

Pour ce qui est de l'allègement de la charge de travail : la création de fiches de poste, ou mieux, de contrats de travail serait idéale mais il s'agit d'une démarche plus complexe à mettre en œuvre, faisant intervenir plusieurs acteurs dont la faculté et le CHU.

En ce qui concerne le statut de l'interne auprès des patients : une charte d'information concernant l'interne et le patient pourrait être remise à ceux-ci.

Enfin, la reconnaissance par les supérieurs et les pairs passe en partie par la conception d'une véritable cohésion professionnelle, en favorisant les interactions entre les différentes spécialités dès l'internat. On peut également imaginer sans peine que de meilleures conditions de travail, un meilleur vécu de la situation professionnelle amèneraient à de meilleures relations interpersonnelles.

V. CONCLUSION

Les premiers travaux sur le syndrome d'épuisement professionnel concernaient les professions de santé. En France, ce syndrome ne sera étudié chez les médecins libéraux et hospitaliers qu'à partir de 2001.

Les enquêtes réalisées auprès des étudiants en médecine révèlent entre 40 et 50% d'épuisement professionnel.

Notre étude avait pour vocation de recueillir les solutions proposées par les internes en médecine de Midi-Pyrénées, toutes spécialités confondues, afin de prévenir ce syndrome.

Le recueil des données a été effectué par auto-questionnaire diffusé aux internes par courriel et via Facebook®.

51,6% des internes avaient éprouvé des difficultés psychologiques difficilement surmontables. 97,3% pensaient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre.

Parmi eux, 78% demandaient une meilleure reconnaissance du travail accompli par les supérieurs ou les pairs et 68% évoquaient la diminution du temps de travail.

Enfin, 36,7% des internes souhaitaient une meilleure reconnaissance par les autres spécialités.

Par ailleurs, 56% des répondeurs évoquaient le sport, 53,2% les groupes de parole entre internes, 51,2% l'accès à des thérapeutiques spécifiques, et 42,9% le tutorat par un interne plus âgé.

Les résultats retrouvés concordaient avec les données de la littérature. Ils démontraient une réflexion des internes autour de leurs conditions de travail et un réel besoin de solutions de soutien.

Nous notons que les IMG évoquaient plus largement la reconnaissance par les autres spécialités, leurs supérieurs et leurs pairs. Les internes d'autres spécialités demandaient, en premier lieu, la diminution de la charge de travail.

Par ailleurs, deux éléments de ce travail amènent des interrogations : la différence importante entre le pourcentage d'internes ayant été en souffrance et ceux pensant qu'il existe des solutions, ainsi que le faible taux de participation à l'étude. Peut-on imputer ces observations au déni qui semble prépondérant à ce sujet dans notre catégorie socio-professionnelle ? Et, dans ce cas, et comme souvent se pose la question en médecine : peut-on aider quelqu'un contre son gré ?

Une association d'aide sera créée. Nous tâcherons d'exploiter au mieux les réponses apportées par les internes afin de leur proposer un soutien satisfaisant et d'améliorer leurs conditions de travail.

Références bibliographiques :

1. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel : « la brûlure interne ». 1st ed. Chicoutimi: Gaëtan Morin; 1998. 190 p.
2. Maslach C JS. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
3. Zawieja P, Guarnieri F. Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Sous la direction de Philippe Zawieja et Franck Guarnieri. *Épuisement professionnel : Approches innovantes et pluridisciplinaires.* Armand Colin, 11-34 - Chapitre 1, 2013, Armand Colin/Recherches, 978-2-200-28772-6
4. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull.* mai 2006;132(3):327-53.
5. Coursoux P, Lehucher-Michel M-P, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout : un « vrai » facteur de risque cardiovasculaire. *La Presse Médicale*, 2012, vol.41, n°11, pp.1056-1063.
6. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. 4th ed. Paris: Masson; 2006. 228 p. (Collection Transversale).
7. West CP, Huschka MM, Novotny PJ et al. Association of Perceived Medical Errors With Resident Distress and Empathy A Prospective Longitudinal Study. *JAMA.* 2006;296(9):1071–1078. doi:10.1001/jama.296.9.1071.
8. Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Dijon, UPMLB et Reims Département de Psychologie; 2001.
9. Truchot D. Le burnout des médecins libéraux de Champagne Ardenne. [Rapport pour l'URML de Champagne Ardenne]; 2002.
10. Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. [Rapport pour l'URML de Poitou-Charentes]; 2004 avr.
11. Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. [Rapport pour l'URML des médecins franciliens]. Paris; 2007
12. Estryn-Behar M. Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé. [Internet]. Paris: Groupe Pasteur Mutualité; 2013. 60 p. [cité 21 jan 2018]. Disponible sur: <https://www.gpm.fr/le-groupe/communication/communiques-de-presse/10001-groupe-pasteur-mutualit%C3%A9-pr%C3%A9sente-le-livre-%C2%AB-agir-sur-les-risques-psychosociaux-des-professionnels-de-sant%C3%A9-%C2%BB-par-madeleine-estryn-behar.html>
13. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état

- de docteur en médecine générale] [Médecine humaine et pathologie]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble; 2011.
14. Feraudet L, Lakdja F. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréule psychologique des internes [Thèse d'exercice : médecine générale]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux II; 2009.
 15. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R et al. Prévalence des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes en médecine. *Presse Médicale*. avr 2015;44(4):84-91.
 16. Dominique A. Burnout des internes d'anesthésie-réanimation en France région Ouest. [[Mémoire pour l'obtention du DES d'Anesthésie-réanimation]. [Rennes]: Université de Rennes : Faculté de médecine Rennes 2; 2012.
 17. Roumiguié M , Gamé X, Bernhard JC et al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Évaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI) | *Urofrance. Prog En Urol*. 2011;(21):636-41.
 18. Rua C, Body G, Marret H, Ouldamer L. Prévalence du syndrome d'épuisement professionnel parmi les internes de gynécologie-obstétrique et facteurs associés. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. janv 2015;44(1):83-7.
 19. Lieurade C. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : Enquête chez les internes toulousains. [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine; 2014.
 20. ISNAR-IMG, ISNI, ANEMF, ISNCCA. Dossier de presse ISNAR-IMG. Enquête santé mentale des jeunes médecins. 2017. Hôpital Saint-Anne; 2017 juin p. 12.
 21. Direction Générale du Travail IN de R et S Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. 2015 mai 32 p.
 22. Galam E. Burnout des médecins libéraux première partie : une pathologie de la relation d'aide. *Médecine Médecine Factuelle À Nos Prat*. nov 2007;3(9):419-21.
 23. Bouteiller M, Cordonnier Chiron D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine] [Médecine humaine et pathologie]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble; 2013.
 24. Guinaud M. Evaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés. [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. [Créteil]: Université Paris Val-de-Marne Faculté de médecine de Créteil; 2006.
 25. Thevenet M. Analyse du burnout chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc Roussillon [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris VI); 2011.

26. Bergonnier R. Syndrome d'épuisement professionnel et qualité de vie des internes de médecine générale de l'île de La Réunion. [Médecine humaine et pathologie]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2016.
27. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale; Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2012;23(101):72-8.
28. Robert J, Garceran N. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. Exerc Rev Francoph Médecine Générale. 2010;(90):10-4.
29. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. Adm Sci Q. 1979;24(2):285-308.
30. Doppia MA, Estryn-Béhar M et al. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les anesthésistes réanimateurs et les autres praticiens des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2011;30(11):782-94.
31. Martel P. La thèse [Internet]. Burn out : premier roman. 2010 [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: <https://burnoutlelivre.wordpress.com/la-these/>
32. La ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, la ministre de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique et le ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget. Arrêté du 4 mars 2014 fixant le montant d'une indemnité forfaitaire de transport pour les internes qui accomplissent un stage ambulatoire. I Leifrance [Internet] [cité 21 jan 2018]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028684837&dateTexte=&categorieLien=id>
33. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Circulaire interministérielle I Legifrance [Internet]. DGOS/RH4/DGESIP/A1-4/2015/322 oct 29, 2015. [cité 21 jan 2018]. Disponible sur: <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&retourAccueil=1&r=40458>
34. Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire 38215 Clarification des dispositions réglementaires applicables aux internes. [Internet]. AFSH1409479J mars 7, 2014. [cité 21 jan 2018]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=38215>
35. La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de la défense. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne | Legifrance [Internet]. [cité 21 jan 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/5/20/AFSH1611555A/jo/texte36>.
Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. 2016-1597 nov 25, 2016.

37. Dessailly-chanson MA, Siahmed H. Etablissements de santé, risques sociaux et personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques. [Internet]. 2016 p. 144. Report No.: 2016-083R. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-083R_Tome_I-2.pdf
38. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Effectifs étudiants 2015-2016. [Internet]. 2016. [cité 15 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid24683/l-enseignement-superieur-en-chiffres.html>
39. Truchot D. Le Burn out des étudiants en médecine. [Rapport de Recherche pour l'URML de Champagne Ardenne]; 2005.
40. Larouche L. Manifestations cliniques du burn out chez les médecins. Santé Ment Trav. nov 1985;10(2):3-199.
41. Touzalin G. Impact de la grille SECCA sur 8 semaines sur le Burn Out des étudiants en médecine et étudiants sages-femmes dépendant de la Faculté de Poitiers. [Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine]. [Poitiers]: Université de Poitiers Faculté de médecine et de pharmacie; 2015.
42. Samama CM. Les internes en anesthésie : une population vulnérable ? Prat En Anesth Réanimation. 2011;15(3):149-51.
43. Berne E. Analyse transactionnelle et psychothérapie. Lausanne: Payot; 2016. 279 p. (Petite Bibl.payot).
44. Sirot AM. En quoi les Internes de Médecine Générale ont-ils du mal à dire non à leur Sénior? [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon); 2016.
45. Dejours C. Souffrances en France. La banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil; 2000. 225 p.
46. Cléménçon D. Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans le cursus en France en 2015? [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine générale]. [Toulouse]: Université Toulouse III-Paul Sabatier Faculté de médecine; 2015.
47. Schreck C. Comment les Internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique. [Thèse en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine]. [Rennes]: Université de Rennes I Faculté de médecine; 2013.
48. Toulouse : rangs limites d'affectation et postes pour les Epreuves Classantes Nationales (ECN / ENC) [Internet]. Remede.org. [cité 6 févr 2018]. Disponible sur: http://www.remede.org/internat/rangs-enc.html?mode=det&conv_chu=Toulouse

Annexe 1. Maslach Burnout Inventory

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

15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à mes patients							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Chaque fréquence correspond à un nombre de points : jamais 0 – quelques fois par an 1 - une fois par mois 2 – quelques fois par mois 3- une fois par semaine 4 – quelques fois par semaine 5 – chaque jour 6

Interprétation :

Pour le score d'Épuisement Emotionnel : additionner les questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 : BOS bas : score < 18 BOS modéré : 18 à 29 BOS élevé : > 29

Pour le score de Dépersonnalisation : additionner les questions 5, 10, 11, 15, 22 : BOS bas : <6 BOS modéré : 6-11 BOS élevé : > 11

Pour le score d'Accomplissement Personnel additionner les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 : BOS élevé : < 34 BOS modéré : 34-39 BOS bas : > 39

Annexe 2. Questionnaire : Quelles solutions envisagées par les internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de limiter l'épuisement psychologique et l'apparition de symptômes de burn-out ?

Voici l'auto-questionnaire envoyé aux internes.

En tête : De nombreuses études ont été consacrées à la mise en évidence de difficultés psychologiques et de symptômes de burn-out chez les internes en médecine. Ce questionnaire, rapide à remplir (3 minutes) se concentre sur d'éventuelles solutions à mettre en œuvre. Merci!

**Réponse obligatoire*

Partie I : Recueil des données socio-démographiques

1. Etes-vous * Un homme/Une femme
2. Votre âge * *Sélectionner*
3. Votre spécialité * *Sélectionner*
4. Faculté d'origine * *Sélectionner*
5. Avez-vous déjà éprouvé des difficultés psychologiques difficilement surmontables au cours de votre internat ? * Oui/Non

Partie II : Si réponse affirmative à la question précédente

1. A quel moment au cours de votre internat ? * *plusieurs réponses possibles*
Plutôt au cours du premier semestre
Au cours des autres semestres

Précisions (si besoin) : *texte libre*

2. Avez-vous sollicité une aide ? * *plusieurs réponses possibles*
 - Cercle social
 - Famille
 - Autre(s) interne(s)
 - Consultation avec un médecin
 - Consultation avec un autre professionnel de santé
 - Sport
 - Lecture
 - Non, aucune
 - Autre : *texte libre*

3. Si oui, cela vous a-t-il été bénéfique ? * Oui/Non

Partie III : Solutions existantes

Pensez-vous que l'on pourrait mettre en œuvre des solutions afin de limiter l'épuisement psychologique des internes ? * Oui/Non

Partie IV : Non il n'existe pas de solution à mettre en œuvre

Pourquoi ? *texte libre*

Partie IV (bis) : Oui il existe des solutions

1. Avez-vous des suggestions ? * *texte libre*

2. Pensez-vous que ces solutions pourraient concerner l'organisation des stages ? * *plusieurs réponses possibles*
 - Diminution de la charge de travail
 - Meilleure reconnaissance du travail accompli par les supérieurs ou les pairs
 - Meilleure reconnaissance du travail accompli par les autres spécialités
 - Facilitation de la communication avec les paramédicaux
 - Meilleure identification vis-à-vis du patient
 - Non je ne pense pas que ces solutions soient utiles
 - Autre : *texte libre*.

3. Pensez-vous que l'on pourrait inclure des structures de soutien psychologique dédiées ? * *plusieurs réponses possibles*
 - Groupe de parole incluant des médecins diplômés
 - Soutien de type tutorat par des internes plus âgés
 - Soutien de type tutorat par un médecin diplômé
 - Centre d'appel téléphonique permettant de parler de ses difficultés de jour comme de nuit
 - Blog d'échange concernant les difficultés rencontrées
 - Consultation avec un médecin généraliste sensibilisé à la problématique
 - Accès à des thérapeutiques spécifiques : entretien avec un psychothérapeute, un psychiatre, TCC etc.
 - Adhésion à une association proposant différents types de soutien
 - Biblio thérapie (conseils de lecture)
 - Sport
 - Non je ne pense pas que ces solutions soient utiles
 - Autre : *texte libre*

Commentaires libres : *texte libre*

Partie V : Message de remerciements

Merci pour votre réponse ! Nous vous tiendrons au courant des résultats de cette enquête.

Rappel des différentes structures de soutien psychologique existant en Midi-Pyrénées :

- La médecine du travail au CHU :

Service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier CHU de Toulouse

Secrétariat : 05 61 32 25 58

Téléphone : 05 61 32 23 65

- L'association MOTS (organisation du travail et santé du médecin) : 9 av Jean Gonord 31500 TOULOUSE, 06 08 28 25 89

- L'Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées : contact@aimg-mp.com

- L'Internat de médecine de Toulouse : internat.med@chu-toulouse.fr

Annexe 3. Verbatim.

Sont regroupées ici dans leur intégralité les réponses aux questions d'expression libre du questionnaire.

1. Précisions obligatoires demandées aux répondeurs en cas de **réponse négative** à la question : « **pensez-vous qu'il existe des solutions à mettre en œuvre afin de pallier la souffrance psychologique des internes ?** »

« Pas nécessaire à mon sens car l'internat est temporaire, on peut tenir le choc, et ce n'est pas le bagne. »

« C'est intrinsèque à notre métier. »

« Parce qu'il faut plus d'internes et c'est pas nous qui décidons de ça. »

« Trop de facteurs extérieurs sont en cause. »

« Parce que le job est conçu pour être dur, éprouvant, "parce que ça forme", pour confronter au pire et ne plus en avoir peur. Il n'y a par conséquent pas d'échappatoire, c'est une philosophie binaire : marche ou crève. »

« Epuisement lié aux mauvaises conditions de travail : sous-effectifs de personnel, sureffectif de patients, et autonomie souvent bien trop précoce avec une aide très variable et inconstante de la part des chefs/PH (qui sont aussi souvent épuisés et en mode "auto-préservation"). »

« Situations difficiles inévitables. »

2. Réponses à la question : **Avez-vous des suggestions concernant les solutions à mettre en œuvre ?**

« Tutorat systématique par interne "ancien", respect du temps de travail et du repos de sécurité, replacer la formation au centre de l'activité de l'interne et non pas l'activité du service. »

« Meilleur encadrement, respect du temps de travail et du repos de garde. »

« Tutorat. Association d'aide aux internes. Évaluations de stages régulières. Respect de la réglementation en vigueur (notamment temps de travail et journées de formation). Revalorisation de la Médecine du travail »

« Revalorisation statut de l'interne nécessaire et indispensable. »

« Respecter le temps de travail légal hebdomadaire. »

« Respect strict du temps de travail. »

« Dépistage et si besoin prise en charge spécifique. »

« Une visite obligatoire semestre avec un médecin / psy pour faire un point sur notre état de santé physique et psychologique. »

« Je ne sais pas. »

« Compter le temps de travail personnel comme faisant partie du stage, respect des 48h semaine, payer les heures supplémentaires, valorisation du salaire, définir le travail de l'interne (éviter le brancardage, administratif), visite médicopsychologique obligatoire 1 fois par an, valorisation position de l'interne dans l'équipe. »

« Organisation et encadrement des stages. »

« Diminuer la charge de travail en augmentant le nombre d'internes en même temps que les postes de chefs de clinique et de PH dans certains services, et peut-être faire un système de parrainage entre internes pour ceux qui sont plus isolés. »

« Adaptation progressive des responsabilités. Ecoute et présence des séniors dans les services du CHU. »

« Entretien obligatoire avec psychologue 1 fois par an. »

« Oui parmi celles-ci-dessous. »

« Consultation spécialisée au cours de l'internat pour poser la question du ressenti psychologique de l'interne sur l'internat en cours. Peut-être à mi-parcours. »

« Des entretiens réguliers obligatoires avec un intervenant extérieur psychologue ou autre pour un point sur sa situation professionnelle et psychologique. »

« Cours de sport sur place, moins d'heures de travail. »

« Suivi par un psychologue. »

« Meilleure considération des internes. »

« Diminuer le temps de travail. »

« Récupération 1 jour dans semaine quand garde vendredi ou samedi. Pas plus de 70h dans semaine réellement appliqué. »

« Meilleure reconnaissance du travail des internes par les autres professionnels de santé. »

« Limiter les heures, augmenter le nombre d'internes. »

« Groupes de paroles et d'échanges, respect du temps de travail, séniorisation, évaluations et debriefs multiples en cours de semestre. »

« Diminution de la charge de travail et diversification des terrains de travail lors d'un stage (permettre l'accès aux consultations et à l'HDJ en plus du service d'hospitalisation complète) - faisable en augmentant le nombre d'interne par service. Respect des repos de garde »

« Continuer à essayer d'avoir les demi-journées de formation dont une LIBÉRÉ du service ! Respecter les repos de garde pour ceux qui ne l'ont pas encore. Pouvoir échanger avec d'autres internes pour les personnes en difficultés. Consultation obligatoire en médecine du travail (ou autre) de dépistage pour répéter les personnes à risque, car attendre que la personne se manifeste peut échouer puisque quelqu'un qui vit mal l'internat est peut-être quelqu'un de trop exigeant avec lui-même donc qui n'avouera pas avoir besoin d'aide. Moins de manque d'intérêt de la part des seniors qui pour beaucoup pensent que les internes sont La pour faire le travail que personne ne veut faire et qu'ils sont La pour bosser donc qu'il faut qu'ils arrêtent de se plaindre. Plus de différences de responsabilités entre les débuts et fin d'internat (et non les débuts d'internat qui ne peuvent se reposer QUE sur les plus vieux internes). Considérer que l'interne à le droit d'avoir une vie en dehors de l'hôpital donc ne pas considérer normal de le surcharger de travail pour assouvir ses intérêts personnels (publications des pu-ph sans même demander aux internes si les sujets les intéressent, par exemple). Plus considérer les internes en général (paramédical, seniors). Etre payé plus... bac+6(7,8,9,10) 48h semaine et gagner moins de 2000 euro, comment donner l'envie d'être égoïste et de penser à soi après ! Plus de vacances (qui dans la fonction publique à 5 semaines de vacances sans RTT?) encore une impression d'injustice mais si les internes sont plus en vacances comment vont tourner les hôpitaux? Pourtant ils ne méritent pas un salaire à la hauteur de leur travail si indispensable pour ne pas les libérer. »

« Ne pas imposer à un interne d'absorber toute la charge de travail restante quand ses co-internes sont en repos de garde ou en congés, ne plus permettre d'enchaîner 3 voire 4 week-end d'affilée, appliquer les repos d'astreinte, que les médecins des services aient à rendre des comptes sur le management de leurs internes car certains chefs nous pourrissent la vie au quotidien en toute impunité. »

« Tutorat senior/interne. »

« Diminuer le volume horaire, la charge de travail et la pression exercée sur les internes, avoir un médecin référent proche dédié à notre écoute, organiser mensuellement des groupes de pairs. »

« Groupes d'échange de parole. »

« Respecter la 1/2 journée de formation par semaine. »

« Respect du temps de travail et des repos de sécurité. »

« 1 entretien par semestre / par an avec la médecine du travail. »

« Faire respecter scrupuleusement le temps de travail. Imposer une heure d'arrivée et de sortie de stage. Faire respecter la journée de travail personnel. Faciliter la communication des internes avec leurs représentants et les responsables des DES. Imposer des sanctions aux chefs de service ne faisant pas appliquer ces lignes directrices ainsi qu'aux coordinateurs des DES. »

« Meilleur encadrement, reconnaissance. »

« Respect du rôle de l'interne et du temps de travail. »

« Respect de la loi, repos obligatoire après un week-end travaillé, limiter les gardes et astreintes. »

« Pas d'idée précise. »

« Oui. »

« Il faudrait mettre en place un entretien annuel avec les internes pour voir leur état psychologique + consultation si besoin à la demande. »

« Entretien individuel. »

« Travailler moins. »

« Moins de travail : les 35 h de Aubry pour tous. »

« Écoute sans jugement de la part d'une personne neutre mais pouvant servir de relais. »

« Proposition soutien psychologique aux internes (et à tout le monde) anonyme dans tous les hôpitaux. »

« Trouver un moyen pour dénoncer le comportement des chefs de services "tyranniques". »

« Un meilleur encadrement/accompagnement au cours de nos stages. Actuellement tuteurs pas adaptés. Des stages de souffrance psychologiques (psy etc.) comme dans certaines facs (ex: Angers). »

« Etablir un vrai suivi pédagogique, un médecin (quel que soit son statut universitaire) étant le tuteur d'un interne ; le suivi pédagogique impliquant une évaluation régulière des connaissances et des compétences, et permettant donc un suivi du vécu de l'internat par l'interne. Poursuivre l'amélioration des terrains de stage (amélioration de l'encadrement, des pratiques, limitation des horaires ...) »

« Avoir des horaires fixes. Avoir des repos de garde respectés, et compensateurs pour les gardes du samedi. Avoir plus de jours de vacances. »

« Des groupes de paroles ; des réunions de débriefing ; des sorties organisées entre internes qui ne se connaissent pas. »

« Réduire les horaires. Limiter le nombre max de gardes de nuit. Écarter les séniors ne faisant par leur travail / notoirement incompetents. »

« Avoir un tuteur. »

« Recentrer les stages d'internes sur l'objectif de formation et non de main-d'œuvre. »

« Limiter le temps de travail. »

« Rééquilibrer les charges de travail entre les internes de spécialités différentes (internes de médecine générale qui ont un internat plus cool, vs les spécialités médicales). Cesser de faire les tâches paramédicales aux internes : demandes de convalescence, démarches d'assistante sociale... »

« Forum ou ligne téléphonique d'écoute pour les internes. Respect de la réforme du temps de travail. Information sur les réseaux de prise en charge psychologique après consultation traumatique. »

« Surtout éduquer et sensibiliser les chefs de services et responsables de structures à cette problématique. Que la plainte d'un interne ne soit plus une honte ou un aveu d'échec mais plutôt le reflet d'un abandon hiérarchique et l'absence de soutien moral. »

« Discussion régulière pendant le stage (avec les médecins) de nos difficultés. »

« Accès à un soutien psychologique. »

« Autoriser les internes à prendre des disponibilités plutôt que de les refuser. »

« Séniorisation des dossiers. Respect du temps de travail. Autonomisation progressive. »

« Prévention. »

« Meilleure reconnaissance des internes par leurs séniors et majoration des temps d'échanges entre pairs pour rompre le silence, ôter les doutes et questionnement éventuels. »

« Amplitude horaire plus stricte et moins dense surtout en milieu hospitalier. Respect des congés. Pourquoi pas un petit questionnaire de milieu de stage pour savoir si tout de passe bien. »

« Meilleur encadrement de la part des maitres de stage, avec plus de discussions/débriefing autour des situations complexes rencontrées. »

« Diminuer la charge de travail, Avoir des chefs un peu plus attentifs et sensibles à ce genre de problèmes. »

« Forme de tutorat entre internes de différentes années, plus d'accompagnement par le tuteur déjà existant (médecin généraliste), adaptation des horaires dans les stages hospitaliers, plus de groupes d'échange de pratique. »

« Un debrief par mois ou tous les deux mois avec un médecin du service/ avec les maitres de stage en ambulatoire (car système de tutorat plutôt associé aux productions écrites pour le port folio et travail pour la faculté). Inciter et recommander absolument aux internes de choisir un médecin traitant. »

« Adaptation du temps de stage lors de la préparation de thèse et mémoire et respect des MSU des temps consultations (Remplacement déguisé). »

« Reconnaissance de la charge de travail par les Maîtres de stage, prise de conscience qu'un interne est novice et en formation la charge de travail doit être progressive et jamais imposée énorme d'emblée. »

« Un tutorat avec un interne plus âgé serait une bonne idée. Une consultation avec un psychologue obligatoire une à deux fois par an. »

« Plus de vacances. »

« Temps de travail adapté (repos de gardes etc.), debriefing de situations compliquées (conflit, pression par séniors, etc.) avec personnes compétentes et voies de recours à l'hôpital pour que situations de pression sur les internes puissent impacter vraiment les chefs de service, etc. »

« Empêcher l'abus de pouvoir qu'utilise les supérieurs. Prendre au sérieux la souffrance des internes. Ne pas laisser faire quand il y a des récives au sein d'un même service de plusieurs internes au burn out. Apprendre à prendre de la distance et comment réagir face à du harcèlement et les aide à notre disposition. »

« Moins de temps de travail au CHU avec plus d'encadrement au CHU. »

« Surveillance/Entretiens/Encadrement régulier. »

« Prévention et information, groupes de parole. »

« Meilleurs rapports avec les chefs (c'est compliqué surtout au CHU, pas de communication avec certains, voire pas de bonjour, ignorance, pas de retour sur notre travail, juste à la fin... Ne valident pas à 4 mois mais plus tard. Diminution de la charge horaire, compte tenu aussi du travail personnel que l'on doit faire. Revalorisation du salaire. Être reconnu comme une personne et non comme un bouche trou d'un système hospitalier qui dysfonctionne. L'hôpital ne doit pas reposer sur ses internes, qui sont avant tout étudiants. »

« Discussion avec l'équipe de la difficulté rencontrée lors d'un cas complexe ou d'un dommage associé aux soins. »

« Groupes de paroles, respect des repos, refonte du rôle de l'interne dans les services hospitaliers. »

« Amélioration des conditions de stage, bienveillance des chefs de service. »

« Pas de garde de nuit seul dans un service le premier semestre... »

« Respect des 8 demi-journées de stage. Encadrement des gardes, moins de travaux personnels. Encadrement dans certains services. »

« Augmenter le nombre d'interne par service ; respect des repos de garde et d'astreinte ; moment pour discuter des situations complexes à gérer avec un médecin senior et autres internes. »

« Respect de la physiologie et possibilité d'une vie sociale en dehors des contraintes du stage et du cadre universitaire. »

« Diminution de la charge de travail, plus d'encadrement et de participation de la part de nos supérieurs. »

« Diminution de la charge de travail. »

« Respect de l'interne. »

« Donner des liens ressources en début d'internat pour ne pas être démunie le moment venu, revoir un médecin du travail durant l'internat (consultation unique au début de l'internat puis plus rien après). »

« Respecter le temps de travail des internes. »

« Appliquer les lois concernant le statut des internes qui existent déjà en premier lieu, que l'intérêt premier soit d'apprendre et non de pallier au manque d'effectif. »

« Réduction du temps de travail (la durée légale des 48h maximum hebdomadaires n'est souvent pas respectée), suppression des gardes de 24h (c'est insupportable de travailler 24h d'affilée, et peu sécuritaire pour les patients...), meilleur encadrement de la part des chefs, meilleure reconnaissance du travail effectué etc. »

« Beaucoup de choses à faire :

- les groupes de pairs à augmenter, peut-être en fonction des besoins de chacun. Personnellement les GEP me permettent (à intervalles trop espacés) de me rappeler que l'erreur est humaine et constructive et de diminuer les exigences que je me fixe.

- un meilleur accompagnement au début de l'internat que j'ai extrêmement mal vécu notamment mes 1ères gardes au CHU seule en gériatrie, je garde encore des traces de ma 1ère garde dont je suis sortie en larme et voulant arrêter mes études tellement la tâche me semblait insurmontable.

- il me semble que nous pourrions bénéficier, au même type que les psychologues en formation, de ce qu'ils appellent une "supervision". C'est une sorte de psychothérapie pour thérapeute en formation. Dans notre cas, la partie humaine et relationnelle de notre métier, qui est majeure voire au 1er plan en médecine générale, n'entre jamais en ligne de compte dans notre formation (en dehors des cours magistraux de sciences humaines et sociales et de quelques cours d'éthique mis en place pendant mon externat mais rien qui soit personnalisé et confidentiel). »

« Limitation du temps de travail. "Cellule psychologique". Petite formation sur les symptômes afin de mieux prévenir. »

« Respect des 48h hebdomadaires de travail, reconnaissance du travail par les chefs, debrief en cas de situation complexe, respect entre les spés. »

3. Commentaires libres optionnels à la fin du questionnaire :

« Ambiance CHU néfaste pour certaines personnes qui ne sont pas dans l'objectif constant de publier et qui sont juste dans l'envie d'apprendre leur métier. Parfois demande de travail personnel empiétant dans le temps libre. C'est ce qui peut faire tout basculer, un stage intense en charge de travail avec du travail personnel, donc pas de vie. C'est ça que je ne supporterai pas. »

« J'adore ! Génial ! Merci Florence Roger :) »

« Difficile de trouver des solutions. On nous demande toujours plus tout en disant que le burn out est fréquent ! »

« Je suis moi-même en burn out depuis l'externat. Je doute de mon avenir... Mais en même temps, on ne peut pas arrêter, on n'a pas fait tout cela pour rien. Il faudrait davantage de passerelles. Vivement la fin du stage! J'espère que chez le praticien ça ira mieux. »

« Merci de te soucier de notre santé mentale! »

« Bon courage pour cette thèse qui me semble utile! »

« 3 ans de souffrance facultaire. Stage chez le praticien éprouvant. Vivement la fin. »

« Le sport serait une très bonne solution, mais avec la charge de travail déjà présente, même pas le temps de faire du sport... (ou autre chose d'ailleurs). »

« Le sport me semble quasiment obligatoire pour faire et penser autre que médecine. »

« Dans l'absolu c'est tout le système qui est à revoir. Nos études sont faites de frustrations permanentes (ne pas avoir sa P1, ne pas être bien classé à l'ECN, ne pas avoir de poste de chef de clinique) »

« De très bonnes idées de solutions !!! »

« Il s'agit d'une question urgente ! Il faut mettre en place des solutions rapides pour ne pas perdre ou dégoûter tous les internes. »

Midi-Pyrenees healthcare trainees' suggestions study in order to prevent psychological suffering and the occurrence of burnout symptoms.

ABSTRACT :

Objectives : Initially, the burnout syndrome was observed and described in the United States, during the 1970s, among healthcare professional. In France, studies regarding burnout were initiated in the early 2000's focusing on both liberal and hospital doctors.

Among medical students, studies revealed a 40% to 50% burnout occurrence.

First goal : The main purpose of this work has been to collect Midi Pyrénées' trainees' ideas in order to prevent burnout syndrome.

Design : It was a descriptive, epidemiological, cross-sectional study, carried out by self-questionnaire distributed to trainees, in all fields of competence, by email and via Facebook®.

Results : 51.6% had psychological difficulties that were uneasy to overcome.

97.3% thought that solutions existed.

Regarding the organization of internships, 78% were wishing for a better recognition from their peers and 36.7% from other specialties. An another 68% thought a decrease in working time could become a solution.

Regarding dedicated support solutions, 56% of trainees suggested sport, 53.2% talking groups, 51.2% access to specific therapies, and 42.9% tutoring by an older trainee.

Conclusion : More than half of the participants had experienced pain, almost all of them felt there could be solutions to develop.

The collected answers intersected the literature data.

The study's review confirms the first intuition that guided the study in the first place ; that there is a need for a support association specially dedicated to accompany health care students during their training in order to prevent burnout syndrome.

Keywords : Burnout syndrome, trainees, ideas, solutions.

Etude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel.

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Thèse soutenue le 20 mars 2018 à Toulouse.

RÉSUMÉ :

Introduction : Le *burnout* ou syndrome d'épuisement professionnel a été initialement observé et décrit aux Etats-Unis, dans les années 70, chez les professions de santé. En France, il faudra attendre le début des années 2000 pour trouver les premiers travaux concernant les médecins libéraux et hospitaliers.

Les études réalisées au sein de la population étudiante en médecine ont révélé entre 40 et 50% d'épuisement professionnel.

Objectif : L'objectif principal de ce travail était de recueillir les solutions proposées par les internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de prévenir ce syndrome.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive, épidémiologique, transversale, réalisée par auto-questionnaire diffusé auprès des internes, toutes spécialités confondues, par courriel et via Facebook®.

Résultats : 51,6% d'entre eux éprouvaient des difficultés psychologiques difficilement surmontables. 97,3% pensaient qu'il existait des solutions à mettre en œuvre.

Concernant l'organisation des stages, 78% des internes souhaitaient une meilleure reconnaissance par leurs pairs, 36,7% une meilleure reconnaissance par les autres spécialités et 68% une diminution du temps de travail.

Concernant les solutions de soutien dédiées, 56% des internes évoquaient le sport, 53,2% les groupes de parole, 51,2% l'accès à des thérapeutiques spécifiques, et 42,9% le tutorat par un interne plus âgé.

Conclusion : Plus de la moitié des personnes ayant répondu au questionnaire exprimaient une souffrance, la quasi-totalité d'entre elles estimait qu'il existait des solutions à mettre en œuvre.

Les propositions recueillies recoupaient les données de la littérature.

Cet état des lieux conforte l'objectif de notre étude qui était la création d'une association de soutien dédiée aux internes.

MOTS-CLÉS : Syndrome d'épuisement professionnel, internes, suggestions, solutions.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Rangueil, 133, Route de Narbonne 31062 Toulouse