

Année 2020

2020 TOU3 1012
2020 TOU3 1013

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement
par

Marion LAJZEROWICZ et Claudià LANDI

Le 17 mars 2020

**Perception des étudiants en médecine
concernant les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés
pendant le deuxième cycle de leurs études**
Etude qualitative auprès des étudiants de deuxième cycle de Toulouse

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY
Madame le Docteur Karine SAUNE
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA
Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Emérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème 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 (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
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 (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	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. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAVALD Sandra

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
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. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.Ex2)	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
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.Ex2)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.Ex2)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
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. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
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

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI 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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

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
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
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. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail, pour votre disponibilité et pour votre engagement pédagogique au sein du département de médecine générale dont nous avons eu la chance de profiter tout au long de notre internat.

A Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY,

Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger notre travail. Du fait de votre engagement au sein de l'université et pour l'enseignement, notamment dans la formation pratique des étudiants de deuxième cycle, votre présence au sein de notre jury de thèse est un grand honneur.

A Madame le Docteur Karine SAUNE,

Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, pour votre disponibilité et vos retours bienveillants et encourageants. Du fait de votre engagement au sein de l'université et pour la formation des étudiants, nous sommes très honorées de votre présence au sein de notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail. Nous vous remercions sincèrement pour l'intérêt que vous y avez porté et pour votre engagement pédagogique au sein du département de médecine générale en tant qu'enseignant et maître de stage mais également en tant que formateur auprès des étudiants de deuxième cycle.

A Monsieur le Docteur Emile ESCOURROU,

Nous avons eu le grand honneur de t'avoir comme directeur de thèse. Tes précieux conseils, la clarté de tes explications et de tes analyses, tes encouragements et la bienveillance de ton accompagnement nous ont permis d'avancer le plus justement possible dans ce travail, avec beaucoup d'enthousiasme et de motivation. Merci, nous te sommes sincèrement très reconnaissantes.

A l'ensemble des étudiants ayant accepté de participer à l'étude,

Nous vous remercions pour ce temps précieux que vous nous avez accordé, avec enthousiasme et sincérité.

REMERCIEMENTS DE MARION

A tous les maîtres de stage et tuteurs ayant participé à ma formation.

Aux Docteurs Valérie Boyer-Jmel et Pierre De Montis, pour tout ce que vous m'avez appris et pour votre accompagnement toujours bienveillant.

Aux Docteurs Virginie Maincion, Nabil Yajjou, Maelc'henn Le Guennec, Gabrielle Laurencin et Samah Chaaban, pour ce que vous m'avez transmis à travers votre humanité et votre courage que j'admire beaucoup.

Au Docteur Karine Pariente, pour ce stage passionnant et pour le plaisir que cela a été de travailler avec toi.

Au Professeur Marie-Eve Rougé Bugat, pour la qualité de la formation dont j'ai eu la chance de bénéficier à tes côtés.

Au Docteur Matthieu Farrugia, pour ton précieux soutien.

Aux patients et à leurs familles.

A Claudià. A nos chemins parcourus. A Dalva, aux commencements. Merci pour tout.

A mes parents, je vous remercie infiniment pour tout votre amour et pour tout ce que vous m'avez transmis. A ma mère, à ta force et à ta sensibilité qui font la maman géniale que tu es. A mon père, à ton humour et ton optimisme qui m'ont toujours encouragée, au si réconfortant mastermind des mots.

A ma grande sœur, mon acolyte, ma complice de toujours. Je suis si fière de toi.

A mes grands-parents, pour tout ce que vous m'avez transmis de la Science et de l'Art. A cette chance infinie de pouvoir profiter pleinement des moments passés ensemble.

A la Mémoire.

A Coralie, à notre lemon tree et à ce jour lointain où notre amitié aura cent ans.

A Blandine, à ta générosité, à la si grande amie que tu es.

A Sacha, à tes mille couleurs qui ont embelli ma vie.

A Mickael, à nos si précieux souvenirs, « merci mille fois ». A Clémence, à ta bienveillance.

A Sébastien, à Aénora, aux Fontaines Heureuses et à votre présence si rassurante dans l'univers.

A Paul, à cette belle lumière que tu apportes.

A Marion Elliott, à l'artiste que tu es.

A Marwan, à nos débuts dans ces longues études, à nos élans créatifs à quatre mains.

A Thomas et à Gérald, à notre externat, à cette petite table qui nous a offert tant de déjeuners ensoleillés.

Aux copains et aux copines de l'internat de Rodez, à cet hiver-là.

A Jules. Merci comme mille soleils.

REMERCIEMENTS DE CLAUDIÀ

A tous les médecins et universitaires qui ont accompagné mes stages et mes années d'études.

A Marie Tubéry et Marie Ecoiffier, pour tout le savoir que vous m'avez transmis, pour votre rigueur dans le travail, pour votre humanité.

A Céline Mauroux, pour tout ce que tu m'as transmis, ce qu'on a partagé et ce qu'on partage encore.

A Laëtitia Gimenez, pour ton accompagnement bienveillant du début à la fin de mon internat.

A Dominique Tavé, pour ces discussions passionnantes.

A Hervé Oscar, pour ces débriefings si riches.

A Bruno Chicoulaa et Yvon Vicq, pour votre présence rassurante pendant mon premier stage en saspas.

A mes co-internes et collègues, Felix, Elise, Auriane, Léa, Marine, Pierre, Lori.

A Marion, pour cette si belle et incroyable route qui a débuté à l'orée de l'externat. Merci.

A Marion Elliott, my dearest, mon Am, pour ta présence dans ma vie.

A Jean-Luc, Pair, per lo ton amor et Morag, Mum, for your love.

A Emmà, ma chère soeur, pour ta présence si douce.

A Catherine, depuis cette rencontre sur le Pont de pierre.

A Lydwine, pour cette rencontre étoilée à l'orée de nos vies.

A Lucie, pour ce que tu es et ce que l'on a créé.

A Thierry, pour cette porte entrouverte et ce sourire, et ces si beaux moments qui ont suivi, à Nadia et à Robin.

A Benji, pour les agréables moments passés ensemble.

A Thomas et Gérald, pour ce que vous m'avez apporté dans les moments rudes de ces études.

A Jules, pour ta poésie.

A tou.te.s mes ami.e.s que je n'ai pas cité.e.s.

To all the kings and the queens and the beautiful creatures in my life.

A C.N.B. pour ta douceur.

Aux rouges-gorges toujours présents à l'horizon.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
INTRODUCTION.....	3
MATERIEL ET METHODES.....	6
1. PHASE EXPLORATOIRE	6
1.1. Recherche bibliographique et analyse des prénotions	6
1.2. Elaboration de la question de recherche et choix de la méthode de recherche.....	7
1.3. Population	7
1.4. Recrutement	7
1.5. Recueil des données.....	7
2. PHASE DE PROBLEMATISATION	8
3. PHASE DE CONSTRUCTION	8
3.1. Population de l'étude et recrutement	8
3.2. Recueil des données.....	9
3.3. Analyse des données	10
4. ETHIQUE	10
RESULTATS.....	11
DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON.....	11
PERCEPTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	12
1. DES DIFFICULTES MANIFESTES	13
1.1. Une intrication de problématiques diverses	13
1.1.1. La place des études dans la vie de l'étudiant.....	13
1.1.2. La question de l'identité et du respect de l'individu	13
1.1.3. Une confrontation complexe aux patients	14
1.1.4. La discordance entre attentes et réalité des études	15
1.1.5. L'intrication avec les difficultés personnelles	16
1.2. L'expression d'une souffrance.....	16
2. LE CHEMIN DE REFLEXION	17
2.1. Résistances à la réflexion.....	17
2.1.1. La fatalité de fonctionnement du système	17
2.1.2. L'impératif de classement	17
2.1.3. Le monde à part des « externes »	18
2.1.4. Un avenir imaginé meilleur	18
2.1.5. L'auto-attribution de la responsabilité.....	18

2.1.6.	La non-légitimité à se plaindre	19
2.1.7.	Le risque de blâme.....	19
2.1.8.	Le devoir de réussite et la peur de l'erreur	20
2.1.9.	Les difficultés vécues comme initiatiques.....	20
2.1.10.	Le tabou : stigmatisation et répression des émotions	21
2.2.	Vecteurs de la réflexion	22
2.2.1.	Un autre référentiel de pensée	22
2.2.2.	Des espaces d'expression des difficultés.....	22
2.2.3.	Un travail sur soi.....	23
2.2.4.	Un point de rupture.....	23
3.	LE REAJUSTEMENT ISSU DE L'ANALYSE	24
3.1.	La modification des comportements	24
3.2.	L'évolution des représentations	24
3.2.1.	Relativisation des exigences et valorisation de soi.....	24
3.2.2.	Reconnaissance de la légitimité à être en difficulté	25
3.2.3.	Evolution sur le plan humain dans l'exercice de la médecine.....	25
	DISCUSSION	26
1.	SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET THEORISATION	26
2.	DISCUSSION A PROPOS DES RESULTATS ET DE LA THEORIE.....	28
2.1.	Les difficultés dans les études de médecine : qu'en dit la littérature ?.....	28
2.2.	Le curriculum caché : à l'origine du huis clos psychique ?.....	29
2.3.	La réflexivité dans les études de médecine.....	31
3.	PERSPECTIVES D'ACTION	34
3.1.	Promotion de la réflexivité et des enseignements de l'éthique et des sciences humaines dans les programmes officiels.....	34
3.2.	Eclairage du curriculum caché.....	35
3.3.	Evolution ancrée dans le quotidien des terrains de stage.....	35
3.4.	Place privilégiée du stage en médecine générale	36
4.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	37
	CONCLUSION.....	38
	BIBLIOGRAPHIE	40
	ANNEXES	

INTRODUCTION

Les professionnels de santé, notamment les médecins, sont une population à risque d'épuisement professionnel. Les termes de *burn-out*, ou syndrome d'épuisement professionnel, sont souvent utilisés pour définir l'état « d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».⁽¹⁾ Cette vulnérabilité des professionnels de santé est expliquée par leur exposition aux risques psychosociaux.⁽¹⁾

Les risques psychosociaux peuvent être définis comme « les contraintes professionnelles susceptibles de dégrader l'état de santé psychique d'un individu. Cette atteinte psychique peut engendrer une maladie mentale et/ou physique et entraîner des conséquences professionnelles et sociales ».⁽²⁾

Les risques psychosociaux peuvent être classés en six dimensions :⁽³⁾

- Exigences du travail en termes de charge, de cycle et d'amplitude horaire
- Exigences psychologiques (émotionnelles et/ou cognitives)
- Autonomie et marges de manœuvre
- Rapports sociaux et relations de travail
- Conflits éthiques et de valeurs
- Insécurité socio-économique

L'intérêt porté à cette problématique est croissant et s'est récemment élargi à la population des jeunes médecins et des étudiants. Entre 2012 et 2016, la Direction Générale de l'Offre de Soins élaborait un « guide de prévention, repérage et prise en charge » de ces risques psychosociaux particulièrement retrouvés chez les jeunes médecins en formation : internes, chefs de clinique et assistants.⁽²⁾ En 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, en association avec les principales structures représentatives des étudiants et jeunes médecins, publiait les résultats d'une enquête inédite sur la santé de plus de 8000 étudiants et jeunes médecins français. Le constat était inquiétant : un quart des répondants se déclarait en état de santé « moyen » ou « mauvais » et 14% déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires. Des symptômes de *burn-out* étaient retrouvés pour la quasi-totalité du groupe de répondants associant « mauvaise santé » et « antécédent d'idées suicidaires ».⁽⁴⁾

L'Association Nationale des Etudiants en Médecine de France en partenariat avec les autres structures représentatives des étudiants et jeunes médecins, est venue étayer ces résultats en menant en 2017 une nouvelle enquête de grande ampleur sur la santé mentale de plus de 20 000 étudiants et jeunes médecins (majoritairement représentés par les étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} cycles). La prévalence des troubles mentaux s'élevait à 66% d'anxiété, 27,7% de dépression, 23,7% d'idées suicidaires.⁽⁵⁾

Les résultats de cette enquête et d'une autre enquête concernant les étudiants infirmiers ont conduit le ministère de la Santé à s'emparer du problème, encouragé par la médiatisation concomitante des cas de suicides d'étudiants. Il a été confié à D. Marra (psychiatre spécialisée en psycho-neuro-pédagogie) une mission d'analyse et de repérage des « spécificités de la situation des étudiants en santé [...] [et des] facteurs qui créent ou aggravent le stress et le mal-être ou au contraire agissent de façon protectrice ».⁽⁶⁾ La finalité de ce rapport devait être l'élaboration de préconisations visant à améliorer la prise en compte de ces facteurs et le suivi de ces étudiants en santé, tous niveaux et disciplines confondus. Ce rapport a été présenté début 2018. La période des études y était décrite comme une période de « vulnérabilité », l'étudiant étant un jeune adulte en construction identitaire affective, sociale et professionnelle, plus à risque de développer des troubles psychiatriques et troubles anxieux en situations de stress. A cette vulnérabilité, s'ajoutaient les difficultés spécifiques aux études de santé, et particulièrement dans le cursus médical (concours classant, surcharge de travail, stages difficiles, etc.). Ces difficultés s'inscrivaient dans un contexte systémique sociétal défavorable au fonctionnement hospitalier et à la formation bienveillante des étudiants.⁽⁷⁾

La population des étudiants de 2^{ème} cycle des études de médecine* semblait être particulièrement à risque de difficultés et de souffrance psychique, comme le suggéraient les éléments du rapport de D. Marra suscités et le montrait l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins en retrouvant des taux plus élevés de souffrance chez les étudiants de 2^{ème} cycle.^(4,7) Ce constat était fait dans une méta-analyse internationale publiée en 2018, incluant 24 études portant sur la prévalence du *burn-out* chez les étudiants en médecine avant l'internat. Elle y était estimée à près d'un étudiant sur deux.⁽⁸⁾ Selon de récentes études françaises, au moins une dimension du *burn-out* était présente chez 69 à 83% des étudiants de 2^{ème} cycle.^(9,10)

* Le 2^{ème} cycle regroupe les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} années des études de médecine, communément appelé « externat ». Les étudiants de 2^{ème} cycle sont communément appelés « externes ».

Cependant, la prise de conscience de ces problématiques présentes chez les étudiants en médecine de 2^{ème} cycle restait insuffisante⁽⁸⁾ et les étudiants eux-mêmes n'étaient pas toujours conscients de leurs difficultés.^(4,7) L'absence d'identification et de repérage des premiers signaux d'alerte mais aussi la crainte d'une stigmatisation étaient supposées.⁽⁷⁾

S'intéresser aux étudiants de 2^{ème} cycle apparaît d'autant plus important qu'il est question de futurs médecins, en construction identitaire débutante, encore mouvante, et que « les mécanismes d'adaptation utilisés sur les bancs de l'université risquent fort d'être ceux auxquels ils auront recours pendant leur pratique médicale ».⁽¹¹⁾

Les quinze mesures gouvernementales pour le bien-être des étudiants en santé élaborées suite au rapport de D. Marra n'ont pas spécifiquement été établies pour les étudiants en médecine.⁽⁶⁾ Cependant, il était préconisé que ces éléments de prévention soient intégrés dans la réforme du 2^{ème} cycle des études médicales attendue pour 2020.⁽⁷⁾ L'introduction d'un « module transversal concernant les risques psychosociaux » dans la formation des étudiants faisait partie de ces mesures.⁽⁶⁾

Mais comment parler des risques psychosociaux et du risque d'épuisement professionnel à des étudiants qui ne semblent pas en avoir conscience ?

Les différentes enquêtes et études sur la santé mentale des étudiants en médecine sont des études quantitatives pour la plupart, elles n'explorent pas la conscience ou les représentations qu'ont les principaux concernés de ces risques.

L'objectif de cette étude était d'explorer les perceptions des étudiants en médecine concernant les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés pendant le 2^{ème} cycle de leurs études.

MATERIEL ET METHODES

L'étude s'est déroulée en 3 phases suivant la démarche de recherche en sciences sociales : ⁽¹²⁾

1. Phase exploratoire permettant de délimiter le sujet et de commencer à explorer les données de terrain
2. Phase de problématisation de la question de recherche et choix de la méthode d'analyse
3. Phase de construction permettant la production des données

1. PHASE EXPLORATOIRE

1.1. Recherche bibliographique et analyse des prénotions

Notre recherche bibliographique initiale portait sur les thèmes des risques psychosociaux et de l'épuisement professionnel, de la santé mentale des médecins, internes et étudiants en médecine des 1^{er} et 2^{ème} cycles et sur les enjeux et difficultés spécifiques au 2^{ème} cycle des études médicales. Les bases de données de PubMed, Google[®] Scholar, Cairn, Persée, SUDOC et la littérature grise (Haute Autorité de Santé, site du Conseil National de l'Ordre des Médecins) ont été utilisées pour cette recherche.

Nous avons nos propres représentations sur le thème de la recherche, liées à notre vécu du 2^{ème} cycle des études de médecine. L'analyse de nos prénotions était indispensable pour réduire notre subjectivité au cours de ce travail. Cette période était complexe tant sur le plan universitaire que par la confrontation au milieu hospitalier. Pourtant, il pouvait être compliqué de parler de ces difficultés entre étudiants et encore plus d'évoquer le retentissement psychique que cela pouvait avoir. Nous avons pu participer à un groupe Balint « pour étudiants » qui se déroulait hors du cadre universitaire. Les participants y exprimaient ce sentiment d'être seuls à se questionner et à ressentir le besoin de dialoguer au sujet des difficultés du 2^{ème} cycle des études de médecine.

La recherche bibliographique est venue confirmer le contraste existant entre la souffrance des étudiants en médecine de 2^{ème} cycle et le manque de conscience de leur propre exposition aux risques psychosociaux.

1.2. Elaboration de la question de recherche et choix de la méthode de recherche

Explorer les perceptions des étudiants concernant ces thèmes nous est apparu pertinent. Emprunté du latin *perceptio*, « action de saisir par l'esprit, connaissance », la perception peut être définie comme « l'acte par lequel le sujet se forme la représentation d'un objet appréhendé par les sens ».⁽¹³⁾

La méthode de recherche qualitative était la plus adaptée pour l'exploration des perceptions. Les entretiens individuels semi-dirigés devaient permettre une expression libre des participants sur ce sujet sensible et pouvant toucher à l'intime.

1.3. Population

La population de l'étude était les étudiants en médecine, du 2^{ème} cycle à la 1^{ère} année d'internat, des deux facultés de médecine de Toulouse (Rangueil et Purpan) en Haute Garonne. Ce choix était motivé par la volonté d'explorer le discours de sujets exposés aux risques psychosociaux au cours du 2^{ème} cycle, mais également de ceux l'ayant été.

1.4. Recrutement

Le recrutement des sujets de l'étude a été basé sur la technique de l'échantillonnage théorique: les sujets étaient sélectionnés de manière raisonnée et non probabiliste selon l'émergence des concepts et des thèmes au cours de l'étude.⁽¹⁴⁾

Pour la phase exploratoire, les trois premiers sujets recrutés avaient effectué leur stage de médecine générale auprès de notre directeur de thèse qui nous a transmis leurs coordonnées après obtention de leur accord. Ces étudiants avaient des profils variés (année d'étude, spécialité souhaitée, genre, etc.).

1.5. Recueil des données

Un premier guide d'entretien exploratoire a été élaboré, composé de deux questions ouvertes. La première sur le vécu global du 2^{ème} cycle à travers lequel nous abordions, selon les éléments évoqués spontanément, les thèmes du travail universitaire, du vécu des stages, etc. La deuxième venait questionner leurs représentations de l'épuisement professionnel des médecins, des internes et des étudiants de 2^{ème} cycle. (Cf. Annexe n°1)

2. PHASE DE PROBLEMATISATION

Lors des entretiens de la phase exploratoire, les difficultés rencontrées pendant le 2^{ème} cycle ont été largement exprimées mais elles étaient peu analysées de manière réflexive comme étant à risque de souffrance personnelle.

La phase exploratoire nous a permis de problématiser notre question de recherche. Nous avons fait le choix de questionner une situation vécue personnellement comme difficile par le sujet ainsi que ses réflexions et modes de réaction face à cette situation.

Cela nous paraissait être la problématisation la plus pertinente pour répondre à notre objectif car elle permettait de dégager des processus d'analyse des difficultés et les éléments influençant ces processus, par l'obtention d'un discours plus personnel et moins normé.

La méthode d'analyse adaptée était la théorisation ancrée, méthode inductive permettant la théorisation d'un phénomène empirique issu des données du terrain d'enquête (le discours des sujets) par « la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation ».⁽¹⁵⁾

3. PHASE DE CONSTRUCTION

3.1. Population de l'étude et recrutement

La population de l'étude était identique à celle choisie lors de la phase exploratoire. Plusieurs sources de recrutement ont été utilisées, suivant la technique de l'échantillonnage théorique.

Nous avons d'abord utilisé la méthode de recrutement de proche en proche. Nous avons également recruté des sujets suite à un appel à volontaires lancé par courrier électronique par l'intermédiaire des responsables de promotions des facultés de médecine de Toulouse.

D'autres sujets ont été recrutés par l'intermédiaire d'une étudiante de 2^{ème} cycle présente sur le lieu de stage de l'une des chercheuses, ou encore par l'intermédiaire d'un contact personnel hors du milieu médical de l'une des chercheuses.

Nous prenions contact initialement par message sms et/ou par courrier électronique en les informant de la façon dont nous avons obtenu leurs coordonnées et nous garantissions la confidentialité de leur discours.

3.2. Recueil des données

Les données étaient recueillies par des entretiens individuels semi-dirigés.

L'entretien pouvait s'écarter du guide d'entretien pour faire préciser une réponse ou une réflexion apportée par l'interviewé et rendre l'échange plus fluide.

Le guide d'entretien a évolué tout au long de la phase de construction. Suite à l'analyse des entretiens exploratoires, le nouveau guide d'entretien était composé de trois axes principaux : le vécu du 2^{ème} cycle des études de médecine par l'expression d'une situation vécue comme difficile ; l'exploration d'une analyse du risque personnel lié à cette situation difficile ; les modalités d'une expression à ce sujet. Un quatrième axe de perspective venait questionner d'éventuelles pistes d'amélioration du vécu du 2^{ème} cycle. (Cf. Annexe n°2)

Pour la dernière phase des entretiens, nous avons interrogé les perceptions des sujets sur les différents types de difficultés puis adapté les questions de notre guide selon leurs profils afin de tester les thèmes ayant émergé de nos premières analyses. (Cf. Annexe n° 3)

Le guide d'entretien et ses modifications étaient validés pour chaque étape avec notre directeur de thèse.

Les entretiens étaient réalisés individuellement par chacune des chercheuses en alternance, sans intervention d'un tiers. La chercheuse se présentait comme une interne de médecine générale menant un travail de thèse sur le vécu des études de médecine. Les lieux des entretiens, laissés au choix de l'interviewé, étaient divers : bureaux des services hospitaliers des sites du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, salles de réunion du département de médecine générale à la faculté de médecine de Rangueil, salon de thé en centre de ville de Toulouse, domicile d'une interviewée et domicile de l'une des chercheuses.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et de la fonction « enregistrement vocal » des *smartphones* des chercheuses, après recueil du consentement écrit de la personne interviewée. (Cf. Annexe n°4)

La retranscription des entretiens a été réalisée intégralement et anonymisée, ce qui a permis l'obtention des verbatims de l'étude. Des notes d'impression et d'observation ont été écrites à la fin de chaque entretien.

Le recueil des données pouvait être stoppé après saturation des données théoriques.

3.3. Analyse des données

Les données analysées comprenaient la retranscription fidèle des entretiens menés et les éléments d'observation et d'impression issus de ces entretiens.

L'analyse a été menée en plusieurs étapes. Chaque entretien était d'abord retranscrit et analysé par la chercheuse l'ayant réalisé, l'autre chercheuse en proposait également une analyse. Les deux analyses étaient mises en commun.

La première étape de l'analyse était la codification manuelle des données : chaque idée du discours était traduite sous forme d'un code ouvert. Cette étape était réalisée après chaque entretien, manuellement, en utilisant comme support les logiciels Office Excel[®] et Word[®]. L'étape suivante était la création de catégories conceptuelles établissant des liens entre les codes ouverts. La mise en relation des catégories conceptuelles a ensuite permis l'émergence de grands thèmes. En poursuivant l'analyse, l'émergence d'un thème principal relié aux différents thèmes permettait de parvenir à un essai de théorisation.

Ce processus a été progressif tout au long de notre recherche, avec des allers-retours réguliers entre données empiriques et données théoriques. A chaque étape, la triangulation des chercheuses a été effectuée.

4. ETHIQUE

Le comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants a émis un avis favorable pour la réalisation de notre recherche, avec la recommandation particulière d'anticiper une modalité d'orientation (par exemple vers le Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et Promotion de la Santé) en cas d'identification d'une situation problématique ou d'une mise en difficulté des étudiants au terme de l'étude. (Cf. Annexe n°5)

RESULTATS

DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

21 étudiants en médecine ont été contactés par les chercheuses. Il n'y a eu aucun refus de participation. 8 étudiants n'ont finalement pas été interrogés pour différentes raisons : 2 pour disponibilités discordantes, 5 non relancés par les chercheuses car évolution des profils recherchés, 1 non relancé par les chercheuses car atteinte de la saturation des données. 13 entretiens individuels ont été réalisés entre le 24 juillet 2018 et le 25 novembre 2019.

Les 4 premiers entretiens étaient des entretiens exploratoires, les 9 suivants étaient des entretiens semi-dirigés. Les entretiens duraient en moyenne 45 minutes et ont été réalisés dans divers lieux (bureaux des services hospitaliers des sites du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, salles de réunion du département de médecine générale à la faculté de médecine de Rangueil, salon de thé en centre de ville de Toulouse, domicile d'une interviewée et domicile de l'une des chercheuses).

L'échantillon comprenait 5 femmes et 8 hommes, âgés de 21 à 43 ans. L'échantillon était varié concernant les caractéristiques des sujets susceptibles de faire varier le discours sur la question de recherche. Les caractéristiques étaient l'âge, le genre, l'année d'étude, le parcours personnel et universitaire, la spécialité souhaitée, et le vécu global des études de médecine, etc. Les caractéristiques complètes des participants sont présentées en annexe. (Cf. Annexe n°6)

La saturation des données théoriques a été atteinte au 12^{ème} entretien. Un 13^{ème} entretien a été réalisé n'apportant pas de nouveaux éléments théoriques et permettant ainsi l'arrêt du recueil de données.

PERCEPTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Les différents risques psychosociaux décrits dans la littérature étaient retrouvés dans le discours des sujets à travers l'expression des difficultés ressenties au cours de leur cursus. La notion de risque n'y était cependant pas toujours rattachée. De même que l'expression d'une souffrance n'était pas toujours analysée comme pouvant s'intégrer parmi les composantes d'un épuisement professionnel.

Le vécu des difficultés (partie 1), indépendamment du ressenti apparent de bien-être ou de mal-être, pouvait être considéré comme le point de départ d'un chemin de réflexion amenant vers l'analyse des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel. Des éléments freinant ou facilitant l'avancée sur ce chemin de réflexion (des résistances ou des vecteurs de réflexion) pouvaient être identifiés (partie 2). Au bout de ce chemin de réflexion, l'analyse des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel, lorsqu'elle était atteinte, pouvait permettre une évolution des comportements et des représentations (partie 3).

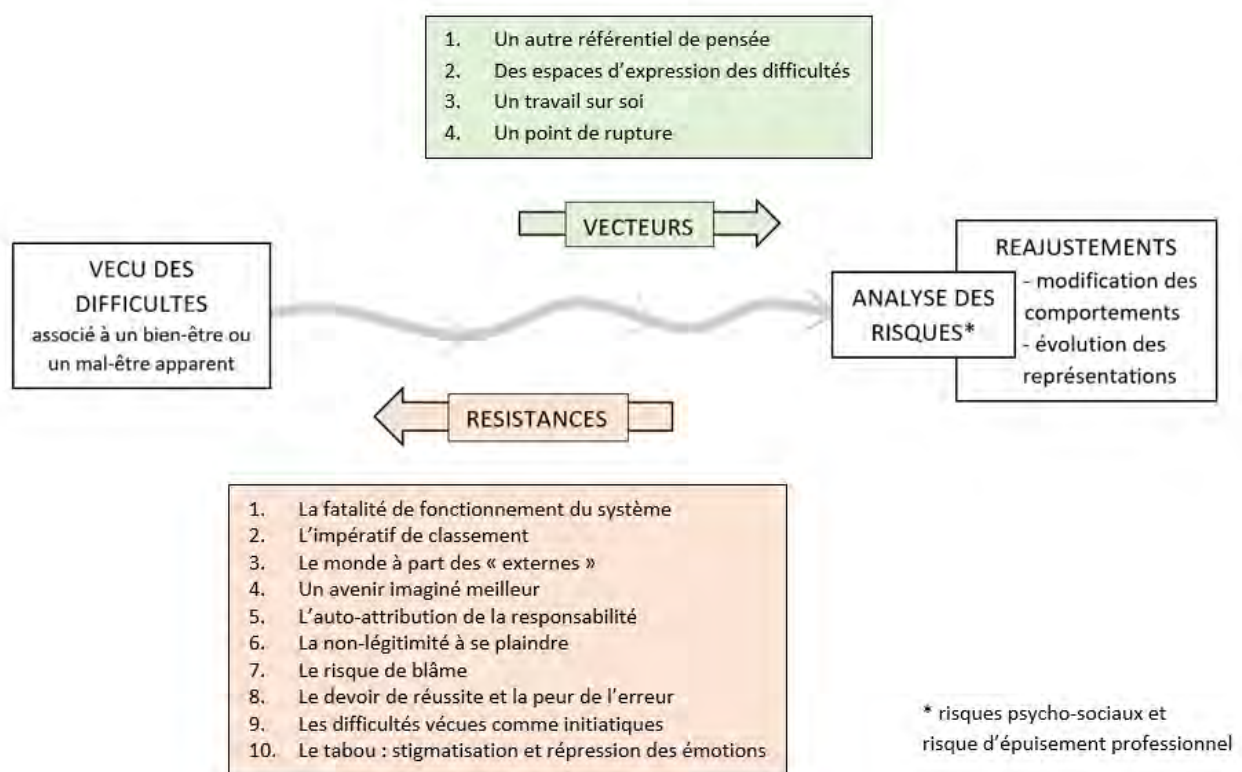


Figure 1. Schématisation des résultats : le chemin de réflexion.

1. DES DIFFICULTES MANIFESTES

Malgré l'enthousiasme et le plaisir d'apprendre la médecine, malgré des stages appréciés et des formateurs* bienveillants décrits par les étudiants, le poids des difficultés présentes pendant le 2^{ème} cycle des études de médecine obscurcissait le discours.

1.1. Une intrication de problématiques diverses

1.1.1. La place des études dans la vie de l'étudiant

Les pensées des étudiants étaient en permanence occupées par les études, parfois jusqu'à l'obsession. Sur leur temps libre, il était très difficile de ne pas être envahi par les obligations de travail représentées par l'immense masse de connaissances à apprendre dans les nombreux manuels. Faire autre chose était alors source de culpabilité.

Leurs emplois du temps pouvaient être remplis quasi-exclusivement par le travail, partagés entre l'hôpital et la bibliothèque universitaire. Les activités extra-universitaires étaient progressivement abandonnées, les étudiants laissaient de côté leur vie sociale et familiale pour se consacrer entièrement au travail personnel. Cela était d'autant plus difficile à vivre que les étudiants avaient l'impression que cela était sans fin.

E3 : « Tu es à l'hôpital à 8h et tu fais la fermeture de la BU tous les soirs à 20h, tu rentres chez toi il est 20h30, tu manges, il est 21h, t'es claqué, tu finis ton cours si tu l'as pas fini, il est 21h30-22h, et puis le lendemain tu dois te lever tôt donc au bout d'un moment ta journée elle est finie, tu vas te coucher, tu n'as rien fait. »

1.1.2. La question de l'identité et du respect de l'individu

La personnalité des étudiants, parfois leur identité, était questionnée par leur implication dans les études médicales jusqu'à se définir seulement par le travail.

E6 : « J'ai un peu eu une crise existentielle où je me disais que j'avais l'impression que je savais plus tellement qui j'étais. Parce que quand je pense à ma personnalité que j'avais... quand j'étais lycéenne [...] et en même temps ce que je suis dans la vie du travail [...] je vois plus du tout le lien entre les deux personnes. C'est un peu dénaturant je trouve. »

* Formateurs : dans notre étude, cette dénomination regroupe médecins seniors (chefs de service et praticiens hospitaliers), chefs de cliniques et internes des services hospitaliers accueillants des étudiants de 2^{ème} cycle.

Ce bouleversement identitaire était accentué par un sentiment d'imposture quand il s'agissait de se penser médecin. Les étudiants pouvaient avoir l'impression de « *jouer au médecin* » alors qu'ils étaient justement en recherche de leur identité de futur professionnel.

La difficulté à trouver sa place d'étudiant en médecine dans les terrains de stage accentuait ce sentiment. Leur rôle et leur statut étaient flous, indéfinis et inégaux selon les stages.

Dans certains services hospitaliers, les étudiants se sentaient particulièrement inutiles et déconsidérés. La métaphore de « *plantes vertes* » a été utilisée. Des tâches non médicales leur étaient souvent attribuées, une forme d'exploitation pouvait être ressentie. Parfois, la parole ne leur était pas adressée et les étudiants se sentaient particulièrement ignorés. Les stages dans lesquels l'étudiant était actif, encadré, avec un rôle clair donné, étaient alors particulièrement appréciés voire libérateurs. Certains étudiants qui se décrivaient de nature plus autonome et proactive que les autres étaient moins sensibles à cette problématique.

E13 : « Enfin moi ce que je déteste le plus en stage c'est qu'on nous force à être là mais que je serve à rien en fait, que je sois juste là comme ça parce qu'il faut que je sois là mais que je ne fasse rien. »

Dans certains cas, les étudiants souffraient des attitudes dévalorisantes de leurs formateurs en stage. Des situations ressenties comme des humiliations publiques étaient décrites.

E2 : « [Le chef de service] nous a mis à quatre au premier rang, t'avais l'impression d'être au pénitencier, t'étais face à lui et il posait une question l'une après l'autre. Et donc il nous descendait les uns après les autres. »

1.1.3. Une confrontation complexe aux patients

En stage, les étudiants s'expérimentaient dans la relation aux patients. Si pour certains cette confrontation était considérée comme simple, pour d'autres elle soulevait de nombreuses questions.

Les étudiants remettaient en cause leur légitimité en tant que soignants, d'autant plus lorsque celle-ci était mise en doute par les patients qui demandaient à voir le médecin plutôt que le jeune étudiant. Au-delà de la crainte de ne pas savoir comment réagir face à certaines situations ou expressions de souffrance, ou de ne pas réussir à répondre à leurs questions médicales, les étudiants redoutaient d'accentuer la souffrance des patients lorsqu'ils les interrogeaient.

E2 : « Il y a vraiment des vies qui sont en jeu, des patients qui moralement sont affectés et à qui ça ne plait pas forcément de voir le petit étudiant venir poser sa question. »

La difficulté à moduler leur investissement auprès des patients était exprimée. Ils se sentaient parfois trop distants, mal à l'aise dans l'échange, ou au contraire trop impliqués.

La relation avec le patient était parfois d'une grande richesse sur le plan humain, ce qui ne la rendait pas moins complexe.

Certains étudiants exprimaient de l'intérêt pour les ateliers pédagogiques de mise en situation qui permettaient de s'exercer à la relation médecin-patient. Appliquer ces apprentissages au lit du patient restait cependant difficile.

La confrontation à la souffrance des patients et à la mort était éprouvante émotionnellement. Certains étudiants réalisaient qu'ils entraient au cœur de l'intimité des personnes. Ils pouvaient être choqués par la vision violente de corps altérés et mutilés. Une certaine identification au patient était exprimée, source d'anxiété, surtout lorsque ceux-ci étaient jeunes ou que leur situation pouvait rappeler l'histoire d'un membre de leur famille.

E4 : « C'est compliqué quand on te dit : « va faire l'examen à cette chambre ! » ; je rentre, il a 20 ans, il est tétraplégique parce qu'il est tombé d'un muret de 50cm [...] il est trachéotomisé, [...] je trouve que c'est horrible. Et pour eux, et pour moi. »

Face à cela, il leur était parfois compliqué de trouver en leurs formateurs un soutien d'une part, mais aussi un modèle d'attitude à adopter. Les internes et médecins des services étaient parfois vus comme ayant une posture déshumanisée à leur rencontre ou auprès des patients.

1.1.4. La discordance entre attentes et réalité des études

Les étudiants exprimaient une réelle envie de découvrir, d'apprendre. Ils se montraient enthousiastes et impatients de pratiquer la médecine et d'appliquer leurs connaissances aux situations de terrain. Mais leur entrain se confrontait à la réalité de certains terrains de stage, comme décrit précédemment. Une grande déception était alors exprimée.

E2 [à propos de l'absence de rôle] : « Tu te dis à ce moment-là [...] j'ai fait 5 ans pour ça ? (silence) pour n'avoir aucune, pour n'être rien, pour n'avoir aucun, enfin je sais pas. »

Des étudiants débutaient le 2^{ème} cycle de leurs études avec la volonté d'être déjà médecin, d'être impliqué en première ligne, de pouvoir soigner voire sauver les patients. Il était parfois difficile de relativiser ce rôle fantasmé.

La volonté d'investissement en stage pouvait être freinée par l'importance du travail personnel attendu pour la préparation du concours de l'Examen Classant National (ECN). Les étudiants étaient obnubilés par leur futur classement. Le travail théorique de révision prenait alors le pas sur l'apprentissage pratique de leur futur métier et les études de médecine perdaient de leur sens. Une déception globale vis à vis de ces études était exprimée, une certaine incohérence du système de formation et du mode de sélection était ressentie par les étudiants et responsable d'un sentiment d'injustice.

E1 : « Personnellement je ne trouve pas que l'ECN ce soit un bon fonctionnement [...]. Surtout qu'entre le 1000ème et le 3000ème il va y avoir 0,2 d'écart... Comment on peut décider de la vie des gens sur... enfin la vie future des gens sur 0,2 points, sur une moyenne, enfin c'est... je trouve ça nul, vraiment nul. »

Dans ce contexte, les étudiants pouvaient exprimer une absence de plaisir et un manque d'épanouissement dans les études. Ils pouvaient se sentir « bloqués » alors qu'en tant que jeunes adultes ils étaient selon eux censés être dans la période de leur vie la plus riche en termes d'évolution et d'épanouissement.

1.1.5. L'intrication avec les difficultés personnelles

Pour certains, des difficultés personnelles venaient appuyer les difficultés liées au travail universitaire et au vécu des stages. Une précarité économique, des problèmes de santé ou des événements familiaux étaient évoqués. La gestion simultanée des différentes problématiques avait pu être particulièrement compliquée.

1.2. L'expression d'une souffrance

Des sentiments de tristesse et d'anxiété intense étaient exprimés. Le 2^{ème} cycle pouvait être décrit comme une période de « déprime » ou de pression permanente et très intense.

Le rapport à leur propre valeur était modifié : certains étudiants éprouvaient une perte d'estime de soi. Ils pouvaient avoir l'impression de n'arriver à rien, d'être incapable. Un découragement, voire un sentiment de désespoir, pouvaient alors apparaître.

Dans certains cas, les symptômes psychiques étaient plus sévères, allant des troubles du sommeil invalidants jusqu'à un épisode dépressif diagnostiqué par un professionnel.

E5 : « J'étais complètement lessivé, psychologiquement et vraiment fatigué du rythme aussi [...]. J'ai été suivi par un psychiatre et un psychologue, j'ai pris des traitements médicamenteux pour la dépression. [...] J'étais vraiment dans un état de souffrance assez marqué. »

Des étudiants avaient également souffert de pathologies somatiques apparues au cours des études qu'ils rattachaient aux exigences de travail (chute de cheveux, troubles musculosquelettiques, ophtalmologiques, variations pondérales, etc.).

E2 : « A force de travailler, je comprimais mes coudes, [...] les nerfs, donc là maintenant c'est ma position naturelle. » [Montrant les 4ème et 5ème doigts de sa main en flessum irréductible]

2. LE CHEMIN DE REFLEXION

2.1. Résistances à la réflexion

La minimisation des difficultés exprimées (relativisation, banalisation, justification, etc.) traversait les discours. Les problématiques étaient verbalisées puis souvent nuancées, allant parfois jusqu'au déni. Dans un même discours, l'affirmation et la satisfaction d'être de ceux qui n'étaient pas concernés par la problématique de l'épuisement professionnel pouvaient faire suite à l'énonciation claire d'éléments de souffrance (isolement, pleurs quotidiens, prise d'anxiolytiques et de stimulants).

Plusieurs éléments de résistances semblaient favoriser ces mécanismes, présentés ci-dessous en dix points distincts.

2.1.1. La fatalité de fonctionnement du système

Malgré la perception de dysfonctionnements à l'origine de leurs difficultés, les étudiants n'y voyaient aucun changement possible. Dénoncer leurs difficultés n'aurait donc pas d'utilité et ils exprimaient une certaine résignation face à un système jugé en inertie, accentué par une impression globale d'abandon et d'absence de prise en compte de leurs difficultés par l'entité universitaire. Ils ne trouvaient pas toujours d'interlocuteurs pouvant répondre à leurs problématiques, que ce soit sur un plan administratif ou sur des aspects plus personnels.

E1 : « On n'a pas vraiment l'impression qu'il y ait des choses qui soient... faites pour que nous on se sente mieux dans nos études [...] enfin on a pas l'impression d'être aidés quoi ! »

2.1.2. L'impératif de classement

Le futur classement à l'ECN constituait un objectif ultime qui n'autorisait pas le relâchement en cas de difficultés. Certains étudiants n'envisageaient qu'une seule spécialité sinon rien, le rang à l'ECN prenait alors une importance considérable. La vie future allait être définie par ce classement (sans qu'une distinction entre vie professionnelle ou vie entière ne soit exprimée), et ce, même pour les étudiants n'ayant pas d'idée précise de spécialité.

E4 : « Mais c'est surtout la peur de... du classement final, du jour où ça va sortir là, à 17h30, et où si je me vois pas dans les bons... c'est mort quoi. [...] Je sais que je veux une spécialité qui est demandée [...] et je sais pas si je vais pouvoir l'avoir quoi et je sais pas si... j'ai pas de solution de repli en fait. C'est ça ou rien. C'est ça ou rien, voilà. »

2.1.3. Le monde à part des « externes »

Les sujets interrogés se référaient à une certaine norme existante parmi les étudiants en médecine. Les difficultés étaient perçues comme normales puisque vécues par tous.

L'obsession du travail au sein des groupes d'étudiants ne laissait pas d'autre possibilité que de suivre un rythme démesuré.

Cette injonction au travail partagée par tous amenait les étudiants à progressivement et insidieusement, se couper du monde extérieur. Ils s'éloignaient de leur famille et de leurs amis qui n'appartenaient pas au milieu médical.

E5 : « Il y a eu une prise de distance par rapport à ma petite amie de l'époque qui s'est faite sans que je m'en rende compte parce j'étais très impliqué dans mes études, donc j'ai pas vu tout ça [...] petit à petit je ne rentrais plus chez mes parents [...] je m'interdisais de rentrer parce que je me disais que voilà j'allais perdre du temps. »

La communauté des étudiants en médecine n'était pourtant pas toujours synonyme de soutien. Le manque de solidarité dans une ambiance de compétition pouvait être pesant. Certains étudiants pouvaient s'en sentir exclus s'ils ne suivaient pas le même chemin que les autres.

2.1.4. Un avenir imaginé meilleur

L'idée selon laquelle les difficultés vécues s'amenuiseraient spontanément, avec le temps ou l'expérience, et qu'à l'avenir « ça irait », permettait à certains étudiants de relativiser leur situation actuelle. Même s'ils exprimaient une peur de « l'après-externat », ils balayaient ensuite rapidement la problématique, préférant remettre à plus tard la réflexion sur ce sujet. Ils se rassuraient en se comparant aux étudiants des promotions supérieures : puisqu'ils avaient pu « s'en sortir » malgré les difficultés, il n'y avait pas lieu de s'inquiéter pour soi.

2.1.5. L'auto-attribution de la responsabilité

Les difficultés pouvaient être perçues comme les conséquences d'un choix propre. Les étudiants ne pouvaient qu'accepter ces difficultés puisqu'ils en avaient eu connaissance avant de débiter ces études et qu'ils étaient maîtres d'eux-mêmes concernant leur investissement dans le travail.

E6 : « Et puis c'est nous qui nous imp... enfin moi c'est moi qui m'impose de travailler autant hein. Ça ne tient qu'à moi que... d'arrêter de bosser hein. »

Les étudiants interrogés mettaient en avant des facteurs liés à leur personnalité pour expliquer les difficultés vécues. Ils se définissaient parfois comme trop anxieux, trop sensibles ou trop empathiques.

Selon les étudiants, la timidité ou le manque de confiance en soi en stage pouvaient expliquer l'attitude de rejet des médecins formateurs. Le manque de connaissances était également considéré comme un élément justifiant cette attitude.

E10 : « Je pense qu'il faut... faut montrer qu'on est sûr de soi, il faut parler aux chefs comme on parle aux autres gens, enfin, pour moi il ne faut pas avoir peur de parler aux gens ouais, c'est vraiment ça je pense le principal problème. »

Pour certains, les problématiques personnelles préexistantes venaient occulter la part de responsabilité des difficultés liées aux études dans leur mal-être. Il pouvait être difficile de différencier une souffrance d'origine professionnelle d'un mal-être multifactoriel.

E9 : « Pour faire la différence entre quelqu'un qui est en burn-out ou qui est en dépression, c'est pas évident quoi, surtout dans notre contexte où bon ben est-ce que c'est juste une question de on s'est épuisé au boulot, ou est-ce que c'est un ensemble de facteurs qui fait que bon ben on a le moral dans les chaussettes depuis un peu trop longtemps [...] ? »

2.1.6. La non-légitimité à se plaindre

Selon certains étudiants, les difficiles conditions de travail des internes et des médecins pouvaient justifier le manque d'encadrement et de considération en stage. Ceux-ci en étaient excusés.

E13 : « Les internes tout ça ils sont tellement occupés qu'ils n'ont pas le temps de penser à comment nous on vit le truc, c'est normal. »

En comparaison, les étudiants relativisaient leurs difficultés. La situation de leurs aînés était jugée pire que la leur et il n'était donc pas envisageable de s'en plaindre. Une franche dichotomie entre leur statut d'étudiant et le statut de médecin pouvait être perçue dans les discours, accentuant ce sentiment de non-légitimité.

2.1.7. Le risque de blâme

Malgré les difficultés et dysfonctionnements perçus par les étudiants en stage, il n'était pas envisageable de les signaler à leurs formateurs. Les étudiants faisaient preuve d'une certaine docilité. Le risque de sanction pouvait être considéré comme trop important. La peur d'être jugé négativement, d'être perçu comme faisant preuve de mauvaise volonté, était présente.

E4 : « On s'est dit qu'en fait on était là pour un mois à temps plein donc que si on se plaignait on n'allait vraiment pas passer une bonne... donc on essayait de passer au-dessus de ça. »

E13 [précarité et travail salarié concomitant, à l'origine d'absences en stage menaçant sa validation] Q- « Et à X [responsable facultaire], tu n'as pas pu expliquer ta situation ? » S13- « Euh ben disons qu'[il] avait l'air assez énervé, je me sentais pas trop de lui expliquer [...]. C'est une figure d'autorité du coup j'ai beaucoup plus de mal, et même, [il] avait l'air déjà énervé de base [...] et enfin rien que ça, ça m'a bloqué en fait. »

2.1.8. Le devoir de réussite et la peur de l'erreur

La peur de l'échec traversait le discours des étudiants, les poussant à se surpasser malgré les difficultés. Sur le plan scolaire, ils exprimaient une certaine pression de performance, une crainte de décevoir l'entourage si le classement à l'ECN n'était pas assez bon, de se décevoir soi-même ou d'être peu estimé en stage par les formateurs si leurs connaissances étaient insuffisantes. Certains étudiants avaient recours à des médicaments pour être plus efficaces dans leurs révisions et tenir le rythme de travail.

En tant que futur soignant, le risque d'être un jour mauvais médecin hantait certains étudiants. Être médecin pouvait signifier clairement ne pas avoir le droit à l'erreur.

E9 : « j'ai peur de rater, j'ai peur de pas être bon, j'ai peur de... et on appréhende vraiment l'échec comme quelque chose qui signe notre fin en tant que futur professionnel de santé [...] c'est la hantise de dire : je vais faire un mauvais médecin, et si je suis un mauvais médecin un jour, je serais un mauvais médecin toujours. »

2.1.9. Les difficultés vécues comme initiatiques

Les aspects positifs et bénéfiques des difficultés vécues étaient parfois mis en avant par les étudiants. Les difficultés étaient perçues comme nécessaires à la formation pour l'acquisition des compétences de médecin, elles rendaient plus fort. Même la première année des études de médecine était parfois perçue comme un passage obligé pour sélectionner les étudiants les plus endurants et les plus résistants à la pression du métier à venir.

E6 : « Moi ce que je me dis c'est que quand même ça nous développe une certaine forme de résistance à... la violence qu'on vous, qu'on rencontre dans ce métier en permanence. Je trouve que... ça nous rend assez persévérant... et... et fort. »

2.1.10. Le tabou : stigmatisation et répression des émotions

Certains étudiants cachaient leurs difficultés par peur de la stigmatisation. Le risque de paraître faible et vulnérable était redouté, face aux médecins formateurs d'une part et devant leurs pairs « co-externes » d'autre part.

E5 : « Je voyais ça [période de mal-être] comme une faiblesse un peu et comme... oui j'avais peur d'être jugé ou de me sentir faible et donc c'était un peu banni et un peu caché, on en parlait pas trop parce que c'était un sujet sensible [...]. Il fallait tout le temps être dans le paraître, montrer qu'on est forts, qu'on domine ses peurs, ses émotions, être infailible en fait. »

En stage, la banalisation des situations émotionnellement difficiles et la nécessité de faire disparaître les émotions semblaient parfois résulter d'un réel apprentissage transmis par les formateurs. L'importance, voire le devoir, de « *se blinder* », de se détacher, de ne pas se laisser impacter, était inculquée aux étudiants. Certains étudiants particulièrement impliqués dans la prise en charge de patients s'étaient vus reprocher cet investissement.

E11 : « Quand j'étais en [service d'oncologie] [...], je peux pas dire que ça m'avait rien fait, mais bon après, je savais, on nous avait bien briefé tout au long de nos stages qu'il fallait pas s'attacher [...]. Le chef de clinique ou l'interne, il nous dit au début, quand j'étais en [autre service de jeunes patients atteints de pathologies terminales] : ne vous attachez pas trop ; quand vous sentez que vous vous attachez vous n'allez pas trop voir le patient. »

Les difficultés émotionnelles générées par certaines situations vécues par les étudiants n'étaient pas prises en compte par les formateurs et leur expression était insuffisamment permise. Il n'y avait pas d'espace pour la parole, pas de moment dédié au débriefing.

E6 : « Moi j'ai des copines qui ont eu des histoires de morts pendant les gardes etcétera, il n'y a quand même jamais personne qui viendra te dire : « est ce que ça va ? c'est peut-être la première fois » ... Non c'est... c'est un peu marche ou crève. »

Pour certains étudiants, les émotions étaient alors source de culpabilité. Fuir les situations à risque de provoquer des émotions pouvait être la seule solution.

E7 : « L'autre jour, quand l'interne a annoncé un décès, j'étais pas très bien, j'arrivais pas à cacher mes émotions alors qu'il faut, je sais, devant le patient. Du coup je pense que c'est ça qui me met un peu une barrière et qui fait que je n'ose pas aller vers eux. »

2.2. Vecteurs de la réflexion

Certains éléments du parcours personnel et/ou professionnel semblaient pouvoir favoriser l'analyse des difficultés et de leurs conséquences.

2.2.1. Un autre référentiel de pensée

L'expérience d'un parcours d'études antérieur, d'un milieu professionnel différent ou encore d'un autre système médical à l'étranger, permettait aux étudiants de prendre un certain recul sur le fonctionnement de leurs études. Notamment pour les étudiants ayant accédé aux études de médecine par une passerelle, un autre point de vue était possible, se conformer à la norme était moins important et la critique de la formation était plus facilement exprimée.

E8 : « Je trouve que c'était bien d'avoir un regard extérieur [...] j'ai eu la chance d'avoir un parcours autre, [...] d'avoir d'autres référentiels. Parce que des choses qu'on est capable d'accepter, quand on est étudiant en médecine, sont juste affolantes. »

Des étudiants avaient également pu évoluer dans leur réflexion par la rencontre avec des médecins qui montraient leurs émotions ou des maîtres de stage qui encourageaient les étudiants à se défaire des exigences théoriques et à mettre en avant leurs qualités humaines.

2.2.2. Des espaces d'expression des difficultés

Pouvoir exprimer leurs difficultés était primordial pour les étudiants afin d'en permettre une reconnaissance et une analyse des conséquences qu'elles pourraient avoir.

En stage, la parole avait pu être libérée lorsqu'un espace d'échange, même minime, avait été ouvert par le formateur. Pour certains étudiants, le maître de stage avait été d'un réel soutien. Parfois, ce rôle avait été tenu par l'équipe soignante infirmière.

E13 : [N'osant pas prendre de congés dans un contexte d'épuisement] « Il y a la chef qui est venue me voir qui me fait : ça va, t'as l'air fatiguée ? ; et là j'ai commencé à pleurer [...]. Je lui ai un peu raconté ma vie, j'ai dit que j'étais fatiguée [...] et elle m'a dit : pose des congés. »

Lorsqu'un contact régulier était maintenu, les étudiants pouvaient trouver en leurs proches, une écoute et un appui permettant de faire face à leurs difficultés et de les analyser.

Pour certains étudiants ayant eu recours à un psychothérapeute, l'espace d'expression créé avait également été libérateur.

2.2.3. Un travail sur soi

Pour la plupart des étudiants, la première année des études de médecine avait été vécue comme particulièrement rude. Elle avait parfois été responsable de souffrances psychologiques et de pathologies somatiques. Suite à cette expérience difficile, des étudiants avaient dû réajuster leur comportement et leur manière d'aborder la suite des études de manière durable.

Certains étudiants par choix ou par nécessité avaient arrêté leurs études pendant un an, pour voyager notamment. Ce temps de pause, d'épanouissement, de réappropriation d'eux-mêmes avait permis une prise de recul et la relativisation de la place des études dans leur vie.

E5 : « La meilleure solution c'était, c'était de faire vraiment une pause, parce que, pour aller mieux, pour se retrouver un peu, pour faire le point sur sa situation... voir quelles sont les choses qui comptent vraiment, qu'est ce qui est intéressant, qu'est ce qui a de la valeur, qu'est ce qui est futile. »

Si pour certains étudiants, le travail sur soi était réalisé individuellement et sans aide extérieure, un accompagnement psychothérapeutique ponctuel ou sur le long terme était nécessaire pour d'autres.

E6 : « J'ai vu un hypnotiseur, plusieurs fois [...] et ça m'a bien aidé... [...] il m'a un peu ouvert les yeux sur des choses que je n'avais pas forc... sur lesquelles je n'avais pas forcément mis de mots. »

2.2.4. Un point de rupture

Parfois, la prise de conscience et l'analyse des difficultés n'avaient été possibles qu'après la survenue d'un événement brutal révélant l'épuisement physique et/ou psychique de l'étudiant. Des alertes par les proches inquiets ou attristés avaient amené les étudiants à prendre conscience de l'état de surmenage dans lequel ils se trouvaient.

E5 : Q- « Qu'est-ce qui t'a fait basculer entre ne pas du tout t'exprimer et commencer à t'occuper de ce qu'il se passait ? » S5- « Ben ça a été au moment où en fait ma copine m'a quitté [...] J'ai pas fait des études pour m'isoler des gens et pour perdre les gens que j'aime. »

Des troubles du sommeil sévères ou un syndrome dépressif nécessitant une prise en charge médicale et/ou psychologique étaient survenus chez certains étudiants. C'était seulement à ce stade avancé qu'ils avaient pu reconnaître leur état d'épuisement psychique, n'étant pas parvenus à détecter les signaux d'alarme plus tôt.

3. LE REAJUSTEMENT ISSU DE L'ANALYSE

Si l'étape d'analyse des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel était atteinte, les étudiants pouvaient alors davantage s'en prémunir en modifiant leurs comportements, leurs représentations, parfois jusqu'à l'évolution profonde de leurs schémas de pensée.

3.1. La modification des comportements

Ces étudiants étaient plus attentifs à leur santé, modifiaient leur hygiène de vie, prenant davantage soin de leur sommeil, améliorant leur alimentation ou reprenant une activité sportive. Ils réorganisaient leur vie en se ménageant du temps hors des contraintes universitaires et hospitalières, veillant à ce que les études ne soient plus le centre de leur vie. Ils étaient attentifs à ne pas s'isoler de leurs proches et amis, à leur accorder des moments privilégiés et réguliers.

E10 : Q- « Et comment tu fais alors justement pour garder ce pied à l'extérieur ? » S10- « Ben je m'accorde souvent le vendredi soir, pour voir les amis ou ma copine, des choses comme ça... Et souvent le dimanche soir aussi je... je lâche un peu et je... je vois du monde. »

Lorsque les mauvaises habitudes reprenaient le dessus avec un rythme de travail sans limite ou lorsque la pression devenait trop importante, les étudiants avaient plus de facilité à repérer le risque d'épuisement et à demander de l'aide rapidement. De même, face à la violence de certaines situations en stage, l'expression était désormais reconnue comme indispensable.

E8 : « Je débute mon internat, j'ai l'impression que l'histoire se répète parce que c'est l'un des stages les plus difficiles. Sauf que je le vis beaucoup mieux [...] là j'ai été bien accompagné. »

3.2. L'évolution des représentations

3.2.1. Relativisation des exigences et valorisation de soi

Ces étudiants prenaient du recul sur les exigences liées au travail universitaire, notamment sur la quantité et le niveau de connaissances attendus. Ils essayaient d'être moins perfectionnistes et plus indulgents envers eux-mêmes. Ils valorisaient leurs compétences pratiques, devenues plus importantes qu'une parfaite connaissance théorique.

E12 : Q- « Est-ce que tu penses que ton parcours d'un an de pause et de travail en paramédical a pu influencer ta façon d'appréhender les difficultés de l'externat ? » S12- « Je crois que ça a participé à cette idée que je n'ai pas besoin de m'y connaître à 100% et que si je maîtrise 30% du truc je suis déjà bien. »

Ils reconnaissaient leur statut d'étudiant en médecine en formation, réalisaient que leur rôle n'était pas de sauver les patients, que l'erreur était possible et permise.

E8 : « Je crois que déjà j'ai appris à relativiser sur le rôle de l'externe [...], je crois que c'est... je me suis déstressé petit à petit parce que... voilà j'ai pris de l'assurance et que j'ai... je suis redescendu sur le rôle de l'externe. »

3.2.2. Reconnaissance de la légitimité à être en difficulté

Les émotions, parfois la souffrance, ressenties tout au long des études, en stage ou dans le cadre universitaire, étaient désormais reconnues et légitimées. Cela n'était plus synonyme de faiblesse. Ces étudiants réalisaient le caractère parfois anormal ou choquant de certaines situations, notamment en stage.

E8 : « [Les] choses qu'on est capable d'accepter, quand on est étudiant en médecine, sont juste affolantes [...] c'est pour ça que moi je ne trouve pas que mes réactions soient, a posteriori, anormales en fait. C'est juste que ce qu'on nous demande c'est terriblement... difficile parfois. »

3.2.3. Evolution sur le plan humain dans l'exercice de la médecine

Des étudiants ayant pu approfondir leur réflexion identifiaient le risque d'épuisement et soulignaient le caractère inconscient de cette prise de risque et de leur propre souffrance. Ils étendaient cette analyse au-delà de leur situation individuelle, ils comprenaient mieux certaines attitudes déplacées ou blessantes des professionnels soignants hospitaliers, sans pour autant les justifier. Ils soulignaient la possibilité que ces attitudes soient l'expression d'une souffrance interne. Ils exprimaient le souhait de ne pas devenir eux-mêmes « *distants* » et « *détachés* », car là pouvait être le danger d'une souffrance tue.

E5 : « Quand on voit le comportement de certains à l'hôpital, entre soignants entre eux ou avec des patients, ben ça dénote soit un profond mal être des fois d'eux-mêmes ou un manque de... un manque de prise de conscience de certains points, et on voit qu'en fait ils ont pas eu forcément ce déclic-là, ils sont encore un peu enfermés toujours dans le même système. »

Une volonté de s'éloigner de l'hôpital ou un changement de choix de spécialité était l'une des réponses pour accéder à une vie professionnelle moins contraignante humainement.

Les réflexions sur leur propre expérience avaient ainsi pu amener certains étudiants à évoluer sur le plan professionnel. Ils se sentaient plus tolérants et plus humains dans le soin. Ils étaient attentifs à considérer les patients comme des personnes avant d'être des cas médicaux et à comprendre les raisons d'une souffrance psychique.

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS ET THEORISATION

Les étudiants interrogés avaient des profils variés, notamment concernant le ressenti et le vécu global de leurs études. De nombreuses difficultés et des éléments de souffrance étaient exprimés dans les discours. Les étudiants semblaient isolés dans de nombreuses contraintes organisationnelles, sociales et relationnelles qui pouvaient avoir un retentissement sur leur état psychique. L'analyse, par les étudiants, de leurs difficultés en tant que risques psychosociaux et donc de risque d'épuisement professionnel n'était cependant pas toujours possible. Dix thèmes distincts de résistances freinant cette réflexion ont été mis en évidence.

L'ensemble de ces contraintes et résistances pouvait être comparé à l'image d'un **huis clos*** (étymologiquement : « portes et fenêtres closes »⁽¹⁶⁾). Les étudiants de 2^{ème} cycle évoluaient dans un huis clos à deux dimensions :

- Le **huis clos physique** était le plus visible : l'espace-temps entièrement dédié aux études, l'isolement social et familial.
- Le **huis clos psychique** était moins identifiable spontanément mais son impact était majeur. Il comprenait : la conformité à la norme parmi les étudiants, le sentiment de non-légitimité, le poids de la hiérarchie, le dogme du médecin fort et infaillible, le tabou des difficultés incluant la répression des émotions. Le curriculum caché des études de médecine, concept issu de la littérature, pourrait être à l'origine de ce huis clos psychique. Le curriculum caché relève de ce qui est transmis de la culture médicale aux étudiants de manière implicite, naturelle et involontairement cachée dès le début de la formation.⁽¹⁷⁾

A l'inverse, des étudiants semblaient avoir pu contrer certaines de ces résistances et avancer sur le chemin de réflexion. Les « fenêtres » du huis clos avaient pu être ouvertes et l'étudiant pouvait ainsi mieux percevoir les risques et développer sa réflexion. L'ouverture était permise lorsque d'autres modes de fonctionnement avaient été expérimentés, ou avec l'aide de personnes extérieures (proches, formateurs, thérapeutes) en favorisant l'expression ou en alertant sur certaines conduites.

* Le terme « huis clos » est initialement utilisé dans le domaine judiciaire pour définir une audience dont les portes sont fermées au public. Dans le langage courant, l'expression « huis clos » désigne « une confrontation entre des personnes qui sont, volontairement ou non, isolées du monde extérieur »⁽¹⁶⁾

Lorsque l'étudiant y voyait suffisamment clair, c'est la « porte » qui pouvait être ouverte et le huis clos pouvait ainsi être quitté : les comportements étaient modifiés pour contrer l'enfermement et prendre soin de soi. En dernier lieu, une évolution profonde des représentations et schémas de pensée avec notamment la prise de conscience du tabou existant dans les études de médecine, pouvait représenter la déconstruction du huis clos.

Schématiquement, trois situations peuvent être différenciées :

- Dans une première situation, **la réflexion de l'étudiant semble empêchée, statique**, malgré les difficultés et ce, indépendamment de son état psychologique. C'est là que l'impact du huis clos pourrait être le plus fort.
- Dans une situation intermédiaire, **la réflexion de l'étudiant est mouvante**. L'analyse et les réajustements peuvent être partiels selon l'importance du huis clos.
- Enfin, dans une troisième situation, **la réflexion de l'étudiant est plus aboutie** (sans qu'elle ne se fige pour autant) et des modifications profondes du schéma de pensée sont faites à la lumière des risques perçus. Le huis clos semble déconstruit.

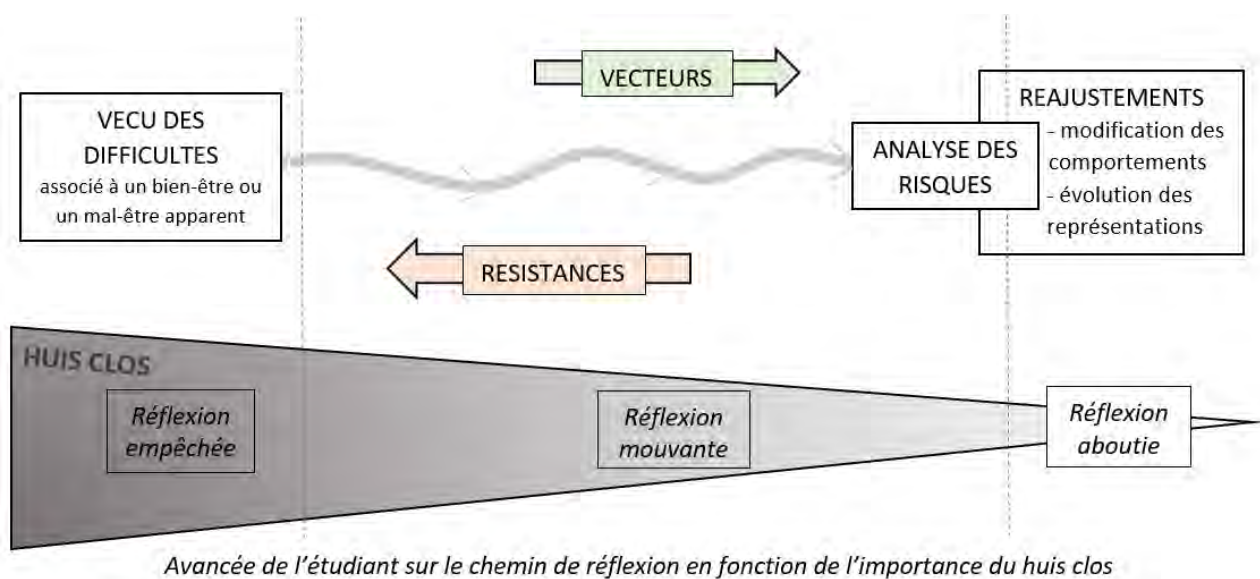


Figure 2. Schématisation de la théorie : Cheminement de la réflexion de l'étudiant en fonction de l'importance du huis clos

2. DISCUSSION A PROPOS DES RESULTATS ET DE LA THEORIE

Dans un premier temps, nous comparerons la nature des difficultés mises en évidence dans notre travail avec les données de la littérature.

Dans un second temps, nous discuterons le concept de curriculum caché, élément central de notre théorisation, décrit dans la littérature comme s'imposant dans le processus de socialisation professionnelle des étudiants en médecine.

Enfin, nous discuterons le développement d'une pratique réflexive comme moyen d'analyse des difficultés, de prise de conscience des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel, mais également comme outil permettant d'étendre la réflexion sur la pratique médicale de manière globale.

2.1. Les difficultés dans les études de médecine : qu'en dit la littérature ?

Comme décrit en introduction de ce travail, l'importance de la souffrance psychique (mal-être, épuisement professionnel, troubles mentaux) des étudiants de 2^{ème} cycle est aujourd'hui reconnue et chiffrée par plusieurs enquêtes nationales et internationales.^(4,5,7-10,18)

Parmi les raisons de cette souffrance, la charge de travail et l'exigence présentes dans les études de médecine sont mises en avant dans la littérature,⁽⁷⁾ comme dans le discours des sujets interrogés dans notre étude. Mais ces difficultés précises ne doivent pas occulter les autres problématiques, parfois plus difficiles à mettre en évidence. Dans notre étude, le vécu en stage des étudiants avait une grande importance dans le ressenti global de leurs études. Ils pouvaient souffrir d'un manque de formation et d'accompagnement, avec le sentiment d'évoluer dans ce qui semblait être une atmosphère de non-respect voire parfois de mépris de leur personne. Les problématiques de manque de considération et de dévalorisation en stage (ignorance, remarques blessantes ou humiliantes, sentiment d'exploitation) sont retrouvées dans la littérature.^(4,7,11,17) Elles sont reconnues comme pouvant être à l'origine du mal-être des étudiants et comme pouvant mener à l'épuisement professionnel.^(5,7,9,11) Ces conditions de travail délétères ne sont pas produites de manière volontaire et les formateurs sont souvent peu conscients des conséquences de certaines interactions ou attitudes qu'ils ont envers les étudiants.⁽⁷⁾

Les conclusions de certaines enquêtes vont parfois plus loin en traitant des notions de violences psychologiques et de maltraitance subies par les étudiants en stage jusqu'à dénoncer l'existence de situations de harcèlement.^(5,7,19,20)

Une autre forme de violence, indirecte, existe au sein de l'hôpital, liée aux bouleversements émotionnels que provoque la confrontation aux patients et à la maladie. Dans notre étude, il était question de la difficulté pour les étudiants à se positionner face au patient, à savoir réagir lorsque celui-ci exprime de la souffrance et des angoisses, à se confronter à la mort. Face à cela, la fuite pouvait être l'unique mode de réponse. Un surinvestissement ou une identification au patient pouvaient également être source de confusion et d'anxiété. D. Marra décrit cela comme « la première des maltraitances » et regrette l'absence d'encadrement et de compagnonnage, notamment lors de la première confrontation à la mort.⁽⁷⁾ C.E. Notre Dame pose la question du rapport au corps souffrant alors même que le propre schéma corporel des jeunes étudiants, tout juste construit, reste encore bien fragile.⁽²¹⁾

Il faut souligner qu'une formation de qualité et qu'une bienveillance vis à vis des étudiants en médecine au sein des stages hospitaliers est fréquente, mais qu'il suffit seulement de quelques mauvaises expériences répétées pour affecter profondément les étudiants : « Il suffit pour un étudiant de passer dans des stages sans encadrement pour voir chuter sa motivation ; il suffit d'être maltraité en stage pour décider d'arrêter ses études ».⁽⁷⁾

2.2. Le curriculum caché : à l'origine du huis clos psychique ?

Le concept de curriculum caché est étudié en pédagogie depuis les années 90. Il apparaît aujourd'hui comme un élément majeur de l'environnement d'apprentissage dans lequel évoluent les étudiants en médecine, participant à la transmission de la culture médicale et ainsi à la socialisation professionnelle des étudiants.^(22,23)

L'environnement d'apprentissage regroupe :

- le curriculum formel : annoncé dans les programmes facultaires officiels
- le curriculum informel : non écrit, transmis par les formateurs aux étudiants de manière directe et non organisée, concernant par exemple le fonctionnement habituel en stage
- le curriculum caché : implicite et transmis involontairement aux étudiants, à l'insu des formateurs eux-mêmes ; il est « non-dit et partiellement non-pensé » et relève de ce qui est naturel, se fond dans les pratiques.^(17,22-24) Le curriculum caché se construit ainsi par les effets involontaires des interactions avec les pairs et les formateurs, notamment lors du vécu d'expériences complexes (chocs émotionnels, conflits, erreurs médicales, etc.) et à travers les messages implicites véhiculés par les établissements de formation. Il a une influence majeure sur les futures personnalités et pratiques professionnelles, participant à définir ce que sont « un bon ou un mauvais médecin », « une bonne ou une mauvaise médecine ».^(17,24)

Plusieurs études ont mis en évidence certains critères de ce curriculum caché :

- **L'importance et la puissance de la hiérarchie** : se construit par la difficulté pour l'étudiant à trouver sa place, par le sentiment de non-respect de sa personne, par l'impression que l'assimilation à la culture médicale transmise par la hiérarchie est un critère d'évaluation plus important que celui de l'acquisition des compétences.⁽²⁵⁻²⁷⁾

- **La compétitivité** : par l'ambiance de concurrence plutôt que de coopération et par le besoin d'impressionner les médecins aînés.⁽²⁵⁾

- **La neutralisation émotionnelle** : par le sentiment d'avoir à réprimer ses émotions face à la souffrance et à la mort.^(25,27) Cribb nomme « socialisation émotionnelle et mentale » le processus de gestion des émotions jugées inappropriées face au corps du patient : elles sont marginalisées et le patient est transformé en objet neutre d'acquisition de connaissances,⁽²⁶⁾ participant à sa déshumanisation.⁽²⁷⁾

- **Le médecin fort** : par la construction de l'identité professionnelle au travers d'expériences ritualisées et symboliques, éprouvantes, dès le début de la formation (réussite du difficile concours de première année puis accès à la salle de dissection, d'autopsie et aux blocs opératoires, aux salles de garde et aux fêtes carabines, etc.).^(17,25)

E. Galam décrit alors le curriculum caché comme un apprentissage culturel du **devoir d'infailibilité et de perfection du médecin**, avec un « sens fort de la responsabilité personnelle ». Les émotions et les difficultés psychiques sont « exclues et indicibles », la médecine est pensée comme une science exacte, l'erreur ne peut être tolérée.^(17,22)

Les formateurs étant eux-mêmes influencés par ces éléments, les processus de transmission sont naturels et involontaires, et l'insuffisance d'accompagnement face à ces problématiques humaines complexes n'est pas toujours perçue. Confronter les étudiants à des situations de stress répétées peut être pensé comme normal et nécessaire pour la formation « afin de [les] habituer à ce qui les attend dans leur vie professionnelle », sans qu'un lien entre vécu de stress intenses et risque de décompensation psychique ne soit fait.⁽⁷⁾

Nous retrouvons ces différents éléments du curriculum caché assimilés par les étudiants dans notre étude. Ils semblaient participer à l'importance du huis clos freinant la réflexion sur leurs risques psychosociaux et d'épuisement professionnel. Ils semblaient également inhiber un questionnement plus large sur le rapport aux patients, à la souffrance, sur la posture de soignant.

Contre les effets du curriculum caché prend alors une importance majeure pour favoriser la réflexion des étudiants et la prise de conscience de leurs risques. Un lien direct entre les effets du curriculum caché et l'apparition de l'épuisement professionnel a par ailleurs été mis en évidence.⁽²⁸⁾

Dans notre étude, les étudiants semblaient moins soumis aux effets du curriculum caché lorsqu'ils avaient pu expérimenter d'autres référentiels de pensée, s'épanouir en dehors des études, travailler sur eux-mêmes, mettre en valeur leurs compétences humaines ou s'exprimer dans des situations difficiles. Certains de ces éléments se rapprochent des facteurs protecteurs contre les effets du curriculum caché mis en évidence dans la littérature : engagement à des normes ou principes en dehors de la médecine, expérience de vie supplémentaire antérieure, nature plus empathique. S'y ajoutent l'orientation vers la médecine générale et l'enseignement de l'éthique à la faculté (lorsque répété sur la durée et concomitant de la formation clinique).⁽²⁹⁾

E. Galam affirme la nécessité « d'éclairer le curriculum caché » : de le dévoiler et d'en identifier les éléments.⁽¹⁷⁾ Mais cela reste complexe et sensible puisque celui-ci s'inscrit dans les attitudes et les actes quotidiens, plus puissants que les effets de l'enseignement seul.⁽²²⁾

Nous observons ceci dans notre étude lorsque certains étudiants fuyaient le contact avec le patient par crainte de laisser échapper certaines émotions jugées non acceptables en stage, alors même qu'ils participaient aux ateliers pédagogiques sur la relation médecin-patient, et les appréciaient. Une prise de conscience des effets du curriculum caché semble également, et surtout, devoir se faire au sein même des terrains de stages et par les formateurs eux-mêmes, ceux-ci étant pris pour modèles par les étudiants de 2^{ème} cycle (il faut souligner qu'à l'hôpital, le curriculum caché est principalement transmis par les internes et jeunes médecins).⁽²²⁾

La sensibilité aux différents éléments du curriculum caché n'étant pas la même pour tous,⁽²²⁾ la prise de conscience de ses effets est aussi favorisée par une certaine capacité d'observation et d'analyse de soi-même, de réflexivité. Nous retrouvons ce processus dans notre étude, à travers l'expression et le travail sur soi, comme moyens d'éclairer le curriculum caché.

2.3. La réflexivité dans les études de médecine

La réflexivité ou pratique réflexive est considérée comme une clé de la professionnalisation. Le principe est celui d'un « retour de la pensée sur elle-même », permettant l'acquisition de nouveaux savoirs et ainsi la « reconstruction interne ».⁽³⁰⁾

Selon Schön, la pratique réflexive se déroule en quatre étapes :⁽³¹⁾

- le « déclencheur » : prise de conscience d'un problème
- le « cadrage » : identification du problème et comparaison à d'autres situations
- le « recadrage » : mise en perspective du problème avec des savoirs académiques et des savoirs d'expérience, régulation du comportement
- la « planification » de nouvelles actions

Perrenoud ajoute que la pratique réflexive est faite de deux processus reliés que sont « réfléchir sur l'action » (comprendre et intégrer a posteriori ce qui a pu se passer lors d'une action), mais également « réfléchir en cours d'action » sur ce qui se passe et/ou qui pourrait se passer pendant. Elle peut être menée individuellement ou collectivement (lors de débriefings par exemple).⁽³²⁾

Ces processus sont souvent déclenchés face à un échec ou à une problématique d'ordre éthique. Elle devient nécessaire et automatique lorsqu'il est « question de survie ».⁽³²⁾

Dans notre étude, la réflexion sur les risques psychosociaux et d'épuisement professionnel n'avait pu débuter parfois que lorsqu'un point de rupture psychique avait été atteint. Il ne semble cependant pas souhaitable, comme le souligne Perrenoud, que la réflexion ne s'initie seulement lors d'un contexte de crise et de souffrance.⁽³²⁾

Pour les étudiants de notre étude ayant pu prendre un certain recul et mener une réflexion sur la situation et sur eux-mêmes, l'analyse des risques était facilitée, sans qu'une situation de crise ne soit atteinte.

La pratique réflexive favorise la prise de conscience et la prévention du risque d'épuisement professionnel.⁽³³⁻³⁵⁾ Elle améliore la capacité de résilience et de gestion du stress.⁽³⁶⁾

Par ailleurs, la réflexivité est considérée comme l'une des compétences professionnelles majeures pour l'exercice de la médecine.⁽³⁷⁾ Elle était déjà inscrite dans les programmes officiels en 2013.⁽³⁸⁾ L'un des objectifs de la réforme des études de médecine (prévue pour 2020) est de replacer l'acquisition de cette compétence au centre des apprentissages du 2^{ème} cycle, notamment par la réintroduction des enseignements de sciences humaines et sociales.⁽³⁷⁾

Dans ce contexte, C. Fleury et N. Nasr publient en octobre 2019 un rapport relatif à l'enseignement de l'éthique et des humanités dans les études de médecine. Les humanités en santé (incluant les sciences humaines et sociales) sont désignées comme « un ensemble de ressources alimentant les décisions et la pratique des professionnels de santé » et l'éthique comme « une composante majeure des processus cognitifs » dans l'exercice médical. Elles sont les clés du professionnalisme médical*.⁽³⁹⁾

Dans les faits, jusqu'en 2020, ces disciplines ne sont que sporadiquement intégrées aux programmes du 2^{ème} cycle dans les facultés de médecine françaises.⁽³⁹⁾ Pourtant, le 2^{ème} cycle des études de médecine est une période complexe, particulièrement opportune pour intégrer ces enseignements.⁽³⁹⁾ Les étudiants confrontent leurs connaissances théoriques à la réalité des

* « Ensemble de valeurs et de comportements propres à une profession, en quelque sorte un code de déontologie et d'éthique »⁽⁴⁰⁾

situations de chaque patient, commencent à participer aux prises de décisions diagnostiques et thérapeutiques, s'exercent à la relation aux patients, se confrontent à la maladie et à la mort.

En développant les capacités d'observation et de questionnement des étudiants, la pratique réflexive et les enseignements de l'éthique et des sciences humaines participent également à l'éclairage du curriculum caché.^(24,29) Les étudiants sont davantage amenés à s'interroger sur les modes d'apprentissage et les valeurs inculquées au cours des études médicales, et à développer leur esprit critique. Inversement, l'éclairage du curriculum caché permet une plus grande ouverture aux enseignements de l'éthique et des sciences humaines,⁽²²⁾ jusqu'alors trop souvent délaissés par les étudiants.

La pratique réflexive, les enseignements de l'éthique et des sciences humaines, et l'éclairage du curriculum caché sont ainsi étroitement liés. Ils semblent participer à la prévention de l'épuisement professionnel par la prise de conscience de ses mécanismes, ainsi qu'à une meilleure formation des étudiants en médecine.

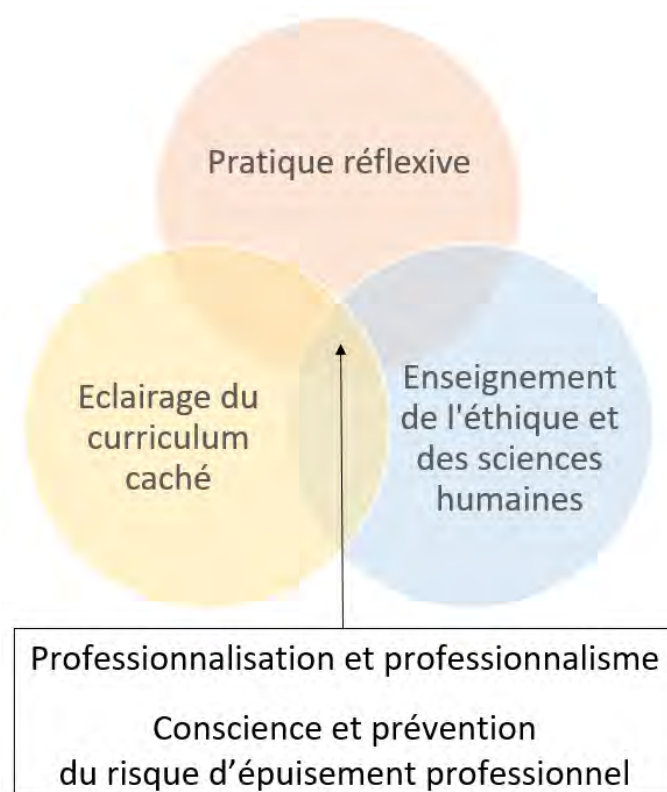


Figure 3. Bénéfices de l'intrication entre la pratique réflexive, les enseignements de l'éthique et des sciences humaines et l'éclairage du curriculum caché dans la formation des étudiants

3. PERSPECTIVES D’ACTION

3.1. Promotion de la réflexivité et des enseignements de l’éthique et des sciences humaines dans les programmes officiels

Une volonté de développer les enseignements de l’éthique et des sciences humaines ainsi que la réflexivité des étudiants en médecine de 2^{ème} cycle s’exprime dans les facultés de médecine française ces dernières années. L’objectif est de favoriser l’acquisition des compétences cliniques et humaines des étudiants. Ces apprentissages et leurs formats pédagogiques pourraient être uniformisés avec la réforme à venir.⁽³⁹⁾

Plus adaptés que les cours magistraux, les enseignements pratiques avec mise en situation sont favorisés.^(37,39) Dans les facultés de médecine de Toulouse, des ateliers ont été mis en place dans lesquels les étudiants travaillent en groupe à la problématisation et à la réflexion sur une situation clinique vécue leur ayant posé problème sur le plan éthique. Des supports numériques de réflexion sur différents thèmes éthiques et relationnels créés par les formateurs sont disponibles en amont.

Les problématiques et enjeux de la relation médecin-patient sont également travaillés via des mises en situations avec des acteurs jouant le rôle de patients, avec débriefing en suivant. Des rencontres avec des patients experts sont également organisées.

Dans d’autres facultés de médecine françaises, l’essor de la médecine narrative permet aux étudiants de se défaire des schémas théoriques pour appréhender la singularité des expériences de chaque patient.⁽²²⁾ Des groupes Balint sont également mis en place, permettant le développement de la réflexivité et de l’empathie.⁽⁴¹⁾

Une interdisciplinarité des enseignements est préconisée, faisant intervenir simultanément enseignants en médecine, enseignants en sciences humaines, voire patients experts.⁽³⁹⁾

Les méthodes pédagogiques favorisant la réflexivité actuellement utilisées pour les internes de médecine générale pourraient être adaptées au 2^{ème} cycle. Les étudiants seraient amenés à rédiger des récits de situations complexes et à tenter d’y apporter une réponse sur le modèle des Récits de Situations Complexes et Authentiques.⁽²²⁾ Les bénéfices de ces travaux d’écriture ont été appréciés dans certaines facultés.⁽⁴²⁾

Les processus de réflexion peuvent également être favorisés par les activités de loisirs et de création.⁽³⁶⁾ Le développement de la créativité est cité dans le programme de la réforme à venir. Les étudiants pourraient ainsi être encouragés à s’épanouir et à s’investir dans des domaines extra-médicaux ou à mêler la créativité à leurs apprentissages.⁽³⁷⁾

3.2. Eclairage du curriculum caché

L'éclairage du curriculum caché des études de médecine est directement lié au développement de la réflexivité et des enseignements de l'éthique et sciences humaines, et inversement. Il semble cependant nécessaire de le désigner de manière plus directe.⁽¹⁷⁾ A notre connaissance, ceci n'est pas explicitement intégré dans les enseignements actuels ni dans les textes de la réforme à venir.

La définition, ses effets et les éléments qui le composent pourraient être introduits et discutés dans les ateliers pratiques de réflexion existants. Les étudiants pourraient être amenés à réfléchir sur les notions d'infailibilité du médecin et de la médecine, sur leur rapport à la performance et à l'erreur, sur le jugement de leurs émotions. Les enseignants pourraient reconnaître l'existence d'un tabou des difficultés et les légitimer auprès des étudiants.

La sensibilisation au risque d'épuisement professionnel par l'introduction d'un module sur les risques psychosociaux comme cela était annoncé suite au rapport de D. Marra est nécessaire.^(6,7) Cela devrait être complémentaire d'un éclairage explicite du curriculum caché.

La création d'espaces d'expression formalisés sous la forme de groupe d'échange et de parole entre étudiants, supervisés par des formateurs (médecins ou en pluridisciplinarité), pourrait également favoriser le travail de déstigmatisation des difficultés et des émotions. Cela pourrait s'inspirer des ateliers d'échange de pratiques thématiques autour des problématiques relationnelles existants pour les internes de médecine générale, ou bien des groupes Balint.

Valoriser le développement de l'individualité de chaque étudiant favorise également le questionnement, l'ouverture d'esprit, la remise en question de la norme et participe ainsi à la promotion des processus décrits précédemment. Une volonté de diversification des profils et des parcours des étudiants est exprimée dans les textes de la réforme à venir.⁽³⁷⁾ La valorisation des activités extra-universitaires devrait également permettre aux étudiants de développer leur individualité.

3.3. Evolution ancrée dans le quotidien des terrains de stage

Le développement de la réflexivité, la sensibilisation à l'éthique et aux sciences humaines et l'éclairage du curriculum caché devraient s'intégrer dans les pratiques quotidiennes des terrains de stage, de manière moins formalisée mais probablement encore plus efficace.

Les difficultés spécifiques des étudiants de 2^{ème} cycle devraient être portées à la connaissance des formateurs, ainsi que leur fonction de « modèle de rôle » auprès des étudiants.⁽²²⁾

Ils pourraient eux-mêmes être encouragés à montrer leurs démarches réflexives et à ne pas masquer leurs émotions. Au contact des étudiants, les formateurs pourraient expliciter leurs actions et leurs comportements lors de situations complexes, échanger avec les étudiants sur les différentes options qui pouvaient être envisagées, leur demander leur avis, etc.⁽³²⁾ Veiller à placer l'étudiant dans une posture d'apprentissage plutôt que d'évaluation en stage, valoriser ses compétences humaines plutôt que seulement ses connaissances théoriques seraient autant de moyens de contrer les effets négatifs du curriculum caché et de favoriser la réflexivité.

Des espaces d'expression et de débriefing informels pourraient être ouverts suite à des situations émotionnellement difficiles (le décès d'un patient notamment), favorisant la reconnaissance et la légitimation des émotions. Il pourrait simplement s'agir de questionner les étudiants sur leur ressenti.

De manière plus ciblée, sensibiliser les formateurs à reconnaître chez les étudiants les signes d'un épuisement professionnel favoriserait le dépistage des étudiants en souffrance.⁽⁷⁾

3.4. Place privilégiée du stage en médecine générale

Le stage de médecine générale au cours du 2^{ème} cycle peut être considéré comme un espace propice à la réflexion. Les étudiants y sont moins soumis à la pression et à certaines normes du milieu hospitalier. Ils pourraient y découvrir une approche différente du soin, davantage centrée-patient, moins technicisée.

Surtout, il permet aux étudiants de partager une relation privilégiée avec un médecin formateur, en binôme et de manière prolongée. Cette relation est moins freinée par les contraintes temporelles et organisationnelles présentes dans les services hospitaliers. Elle ouvre parfois davantage d'espace pour la discussion, le débriefing et l'expression des ressentis, permettant ainsi davantage de compagnonnage.

Ces effets bénéfiques particuliers du stage en médecine générale devraient être soulignés auprès des maîtres de stage. Ils devraient également être sensibilisés aux difficultés spécifiques des étudiants de 2^{ème} cycle et au dépistage d'une éventuelle souffrance psychique. Prévoir un temps d'échange afin de questionner les étudiants sur leurs attentes, leurs aspirations, leurs représentations, leurs difficultés, etc., oralement et/ou par écrit, pourrait être une mesure formalisée au sein du stage de médecine générale.

4. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

Forces de l'étude :

- Originalité et choix méthodologique : Notre étude est un travail de recherche original. Les étudiants de 2^{ème} cycle des études de médecine font peu l'objet d'études qualitatives et à notre connaissance, aucune étude précédente n'étudiait les perceptions des risques psychosociaux et de l'épuisement professionnel des étudiants à travers le prisme d'un processus de réflexion. L'objectif de ce travail n'était pas d'étudier le bien-être ou le mal-être des étudiants, mais de mettre en lumière le processus de réflexion sur un sujet sensible dont la prise de conscience était paradoxalement jugée insuffisante. Pour cela, partir d'une situation personnelle vécue par l'étudiant plutôt que d'explorer directement ses représentations sur les risques psychosociaux, était un choix méthodologique complexe mais permettant d'éviter le biais déclaratif lié à l'évocation directe des risques.
- Validité interne et réflexivité des chercheuses : La validité interne était renforcée par la triangulation des chercheuses et l'avis d'une troisième personne, le directeur de thèse, limitant le risque de subjectivité lors du recueil et de l'analyse des données. En tant qu'anciennes étudiantes de 2^{ème} cycle, nos prénotions sur le sujet étaient importantes. Nous sommes restées vigilantes et critiques sur celles-ci tout au long de l'étude.
- Validité externe : La validité externe était renforcée par la diversité des profils des étudiants interrogés. Le mode de recrutement n'était que très peu basé sur l'appel à volontaires, et le thème précis de l'étude n'était pas connu des sujets interrogés, permettant de limiter le biais de sélection. Les résultats étaient concordants avec les données de la littérature.

Limites de l'étude :

- Expérience de recherche : Malgré la formation des chercheuses à la méthode qualitative (conseils de notre directeur de thèse, lecture d'ouvrages théoriques), cette étude était un premier travail de recherche qualitative, ce qui a pu limiter l'exploitation optimale des entretiens.
- Influence des chercheuses : Le statut d'interne en médecine des chercheuses a pu influencer l'expression des étudiants, par son caractère hiérarchique et porteur de savoir médical. La méthode d'entretiens semi-dirigés permettant une parole libre, ainsi que la richesse des entretiens recueillis laissent à penser que l'effet de ce biais est resté minime.
- Tabou des difficultés : La non-habitude pour les étudiants de s'exprimer, l'existence des tabous au sujet des problématiques du vécu des études de médecine et la non-neutralité de certains lieux des entretiens (CHU, université) ont pu limiter l'expression des étudiants. Ce biais a pu être minimisé par la garantie de confidentialité signifiée aux étudiants au début de l'étude, et par un questionnement amené progressivement par les chercheuses lors des entretiens.

CONCLUSION

Les étudiants de 2^{ème} cycle des études de médecine ont exprimé de nombreuses difficultés à travers lesquelles les différents risques psychosociaux étaient retrouvés. Les perceptions de ces risques restaient cependant partielles et complexes.

Les étudiants semblaient avancer sur un chemin de réflexion pouvant mener à l'analyse des risques.

Cette avancée était freinée par de nombreuses résistances : les étudiants paraissaient évoluer dans un huis clos physique et psychique contraignant la réflexion. Le huis clos psychique était fait de la conformité à la norme parmi les étudiants, du sentiment de non-légitimité, du poids de la hiérarchie, du dogme du médecin fort et infailible, du tabou des difficultés incluant la répression des émotions. Son origine semblait être l'ensemble de valeurs implicites transmises involontairement au cours de la formation : le curriculum caché des études de médecine.

A l'inverse, la réflexion permettant une prise de conscience et une sortie du huis clos était facilitée par l'expérience d'autres référentiels de pensée et par davantage de possibilités d'introspection et d'expression. Le processus de réflexion semblait ensuite s'étendre jusqu'à repenser sa pratique du soin pour la rendre plus humaine.

La pratique réflexive, en lien avec les enseignements de l'éthique et des sciences humaines, est de plus en plus développée dans les apprentissages du 2^{ème} cycle dans un but de promotion des compétences humaines professionnelles. Y associer l'éclairage du curriculum caché des études de médecine pourrait renforcer l'acquisition de ces compétences d'une part, mais également favoriser la prise de conscience et l'analyse par les étudiants des risques psychosociaux et d'épuisement professionnel, et ainsi leur prévention.

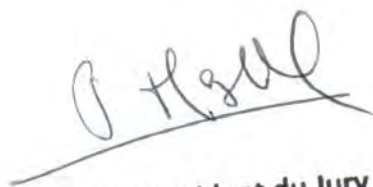
Au-delà d'un apprentissage formalisé, ces processus pourraient s'intégrer dans le quotidien des terrains de stage à travers les pratiques et attitudes des formateurs, véritables exemples pour les étudiants. Les problématiques spécifiques des étudiants de 2^{ème} cycle devraient être portées à la connaissance des maîtres de stage. Le stage en médecine générale pourrait créer un espace d'échange privilégié pour questionner et légitimer les difficultés des étudiants.

Il pourrait être intéressant de mener des études qualitatives auprès des formateurs, explorant leurs propres difficultés et résistances éventuelles à la mise en pratique de ce compagnonnage.

In fine, amener les étudiants, et leurs formateurs, vers la reconnaissance et la légitimation de leurs difficultés s'inscrit dans la volonté actuelle de promotion du bien-être dans les études et de développement du professionnalisme, renforçant l'attention et le soin portés aux patients.

Vu

Toulouse le 18/02/2020



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse le 18/02/2020

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Fiche Mémo, 2017.
2. Direction Générale de l'Offre de Soins. Risques psychosociaux des internes, chefs de cliniques et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). Guide de prévention, repérage et prise en charge. Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016.
3. Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Guide d'aide à la prévention, 2015.
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des étudiants et jeunes médecins. Commission jeunes médecins - Section santé publique et démographie médicale, 2016.
5. ISNI, ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA. Enquête Santé mentale Jeunes Médecins. Dossier de presse, 2017.
6. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. 15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé. Dossier de presse, 2018.
7. Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé. [En ligne] 2017. (Consulté le 08/02/2020) Disponible sur le site du Ministère de la Santé et des Solidarités.
8. Frajerman A, Morvan Y, Krebs MO, et al. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. Eur Psychiat 2019;(55):36–42.
9. Danset A. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot, une étude épidémiologique transversale descriptive multicentrique. [Thèse d'exercice de médecine]. Tours : Université François Rabelais, Faculté de Médecine, 2017.
10. François T. Syndrome d'épuisement professionnel (Burn-out) chez les étudiants de médecine du second cycle de la faculté de médecine de Besançon : étude transversale durant l'année scolaire 2018/2019. [Thèse d'exercice de médecine]. Besançon : Université de Franche-Comté, Faculté de médecine et de pharmacie, 2019.
11. Delbrouck M. La situation des étudiants en médecine. Dans : Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck Supérieur. 2008 ; :139-164
12. Van Campenhoudt L, Quivy R. Manuel de recherche en sciences sociales. Edition Dunod 4^{ème} édition. 2011.
13. Dictionnaire de l'académie française. 9^{ème} édition. Perception. [En ligne]. (Consulté le 08/02/2020) Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9P1461>

14. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie : d' « acteur » à « interdépendance ». Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2009 Mai ;87:74-9.
15. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994; (23):147–181.
16. Dictionnaire de l'académie française. 9^{ème} édition (actuelle). Huis. [En ligne]. (Consulté le 08/02/2020) Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9H1071>
17. Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. Presse Med 2014;43:358–362.
18. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA 2016;316(21):2214-36.
19. Association Nationale des Etudiants en Médecine de France. Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine. Chiffres & Ressentis. Enquête, 2013.
20. Auslender V. Omerta à l'hôpital. J'ai lu, 2018. (*1ère parution en mars 2017*)
21. Notre Dame CE. L'étudiant en médecine, un apprenant en violence. Ethique et Santé. 2013;10(3):144-148.
22. Noun N. Premiers pas des externes dans le monde médical : Premices du cursus caché à la Faculté Paris Diderot. [Thèse d'exercice de médecine]. Paris 7 : Université Paris Diderot, faculté de médecine, 2017.
23. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med J .Assoc Am Med Coll. 1998;73(4):403-7.
24. Perrenoud P. Curriculum : le formel, le réel, le caché. In Houssaye, J. (dir.) La pédagogie: une encyclopédie pour aujourd'hui. ESF. Paris, 1993:61-76.
25. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ 2004;329(7469):770-3.
26. Cribb A, Bignold S. Towards the reflexive medical school: The hidden curriculum and medical education research. Stud High Educ 1999;24(2):195-209.
27. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2010;85(11):1709-16.
28. Billings ME, Lazarus ME, Wenrich M, Curtis JR, Engelberg RA. The Effect of the Hidden Curriculum on Resident Burnout and Cynicism. J Grad Med Educ 2011;3(4):503-10.
29. Coulehan J, Williams PC. Vanquishing virtue: the impact of medical education. Acad Med J Assoc Am Med Coll 2001;76(6):598-605.

30. Perruchoud L. La contribution de la Haute école pédagogique du Valais dans la prévention du burn-out des enseignants. [Mémoire de fin d'études]. 2009.
31. Schön D. Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel. Les Éditions Logiques. Montréal, 1994.
32. Perrenoud P. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. In Cahiers Pédagogiques, 2001;390:42-5.
33. Valli E. Burn out d'enseignants. [Mémoire de fin d'études]. Haute école pédagogique du Valais, 2012.
34. Gunasingam N, Burns K, Edwards J, et al. Reducing stress and burnout in junior doctors: the impact of debriefing sessions. Postgrad Med J 2015.;91:182-7.
35. Andela M, Truchot D. Emotional Dissonance and Burnout: The Moderating Role of Team Reflexivity and Re-Evaluation. Stress Health 2017;33(3):179-89.
36. Puddeste D, Flynn L, Cohen J. Guide CanMEDS pour la santé des médecins : Un manuel pratique pour la santé et le mieux-être des médecins. Le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada. Ottawa, 2009.
37. Dubois-Rande J-L, Hennion-Imbault Q. Rapport. Mission deuxième cycle des études de médecine, 2017.
38. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du 1^{er} et du 2^{ème} cycle des études médicales. [En ligne] Maj le 6/11/2019. (Consulté le 08/02/2020). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2013/4/8/ESRS1308333A/jo/texte>
39. Fleury C, Berthelie B, Nasr N. Enseigner l'éthique et les humanités en santé dans les facultés de médecine françaises: état des lieux et perspectives. Chaire humanités et santé. Chaire de philosophie à l'hôpital. GHU Paris et Neurosciences, 2019.
40. J. Cornuz, A. Perrier et G. Waeber. Edito: La charte du professionnalisme : un rappel salutaire de nos valeurs. Rev Med Suisse 2006;2(50)
41. Jaury P. Groupes Balint de Formation à la Relation Thérapeutique chez les étudiants en 4^e année de médecine. Effets sur l'empathie clinique par un essai randomisé multicentrique contrôlé. Psycho-Oncol 2018;12:8-12.
42. Mallet D. Présentation du Travail des externes en médecine. 9^{ème} journée régionale des soins palliatifs : « Dire, lire, écrire, quelles traces en soins palliatifs ». Coordination bretonne de soins palliatifs. [Vidéo en ligne]. YouTube, 13/12/2018 (consulté le 08/02/2020). Disponible sur : <https://www.youtube.com/watch?v=brCk46vU78g>

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien n°1

ANNEXE N°2 : Guide d'entretien n°2

ANNEXE N°3 : Guide d'entretien n°3

ANNEXE N°4 : Fiche de consentement des participants

ANNEXE N°5 : Avis du comité d'éthique du Collège National des Généralistes Enseignants

ANNEXE N°6 : Caractéristiques des sujets de l'échantillon

ANNEXE N°1 : GUIDE D'ENTRETIEN N°1

Présentation de la chercheuse, de l'étude et du déroulé de l'entretien

- Présentation en tant qu'interne en médecine générale
- Travail de thèse portant sur le vécu de l'externat* par entretiens réalisés auprès d'une quinzaine d'étudiants
- Entretien basé sur quelques questions générales plutôt qu'un questionnaire précis
- Aucune obligation de répondre à toutes les questions
- Enregistrement de l'entretien par dictaphone, après recueil du consentement, évitant la prise de notes
- Retranscriptions anonymisées entièrement, garantie de la confidentialité

Contextualisation

Avant de parler des études à proprement parler, peux-tu me parler un peu de toi ?

Quel âge as-tu ? As-tu fait toutes tes études à Toulouse ? Où vis-tu et avec qui (colocation, famille à proximité) ? Comment t'est venu ce choix d'études ? As-tu des médecins dans la famille ? As-tu une idée de la spécialité que tu veux faire ? En quelle année d'études es-tu ? En quel stage es-tu actuellement ?

1^{er} axe : Le vécu global des études

Peux-tu me parler de ton externat, comment est-ce que cela se passe ?

Comment le vis-tu ? Peux-tu me décrire ce que tu fais ? Comment se passe le travail universitaire ? Comment se passent tes stages ? Dans quels stages es-tu passé ? Y en a-t-il un qui t'a marqué en particulier ?

Peux-tu me décrire ton rôle d'externe globalement ?

Comment se sont passées les années précédant l'externat ?

Question de transition : Comment envisages-tu l'internat ?

2ème axe : Les représentations sur la notion burn-out / d'épuisement professionnel

Le burn-out des internes, des médecins est médiatisé actuellement. Qu'en penses-tu ? *As-tu déjà entendu parler de la notion de burn-out ? Qu'en penses-tu, par rapport au métier de médecin ?*

Et les externes en médecine, sont-ils déjà confrontés à cela ? Qu'en penses-tu ?

Remerciements

* Le terme « externat » plutôt que « 2^{ème} cycle » est utilisé auprès des étudiants lors des entretiens.

ANNEXE N°2 : GUIDE D'ENTRETIEN N°2

Présentation de la chercheuse, de l'étude et du déroulé de l'entretien

Cf. Annexe 1

Contextualisation

Avant de parler des études à proprement parler, peux-tu me parler un peu de toi ?

Cf Annexe 1

1^{er} axe : Les difficultés vécues pendant l'externat

Peux-tu me parler d'une situation qui est ou a pu être difficile pour toi pendant l'externat ?
Peux-tu me raconter quelque chose que tu vis ou as vécu difficilement en rapport avec l'externat ?

Une situation particulière ou bien un ressenti plus global ?

Peux-tu me préciser cette situation difficile ?

En rapport avec ton rôle d'externe en stage ?

En rapport avec ton travail demandé par la fac ?

2^{ème} axe : Le retentissement de ces difficultés

Ces choses difficiles dont tu parles, qu'en penses-tu ?

Penses-tu que ça puisse avoir des effets potentiels sur toi ? Lesquels ?

Actuellement en tant qu'étudiant ?

A plus long terme, en tant que futur médecin ?

3^{ème} axe : L'expression de ces difficultés

Comment t'es-tu exprimé à ce sujet ?

Quel espace existe-t-il pour exprimer ces difficultés ? Comment exprimes-tu ces difficultés, et auprès de qui ?

4^{ème} axe : Perspectives

Selon toi, qu'est ce qui pourrait permettre une amélioration du vécu de l'externat ?

Remerciements

ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN N°3

Présentation de la chercheuse, de l'étude et du déroulé de l'entretien

Cf. Annexe 1

Contextualisation

Avant de parler des études à proprement parler, peux-tu me parler un peu de toi ?

Cf. Annexe 1.

1^{er} axe : Les difficultés vécues pendant l'externat

Peux-tu me parler d'une situation qui est ou a pu être difficile pour toi pendant l'externat ?
Peux-tu me raconter quelque chose que tu vis ou as vécu difficilement en rapport avec l'externat ?

Si les différents éléments des risques psychosociaux ne sont pas exprimés spontanément dans le discours :

On nous a aussi parlé des difficultés en rapport avec ...

- la charge de travail, les horaires, la quantité de travail*
- le côté émotionnel à l'hôpital, les patients, la maladie*
- le rôle de l'externe pas très bien défini, des tâches parfois inutiles, peu d'autonomie*
- les rapports parfois compliqués avec les chefs*
- la compétition entre les étudiants*

... Est-ce que tu l'as perçu, cela a-t-il pu être difficile également ?

2^{ème} axe : Eléments influençant l'analyse des risques psychosociaux

(Questionnements variant selon le profil de l'étudiant)

• Hyper-investissement dans le travail universitaire

Comment tout ça ... (la charge de travail) (la médecine) (l'exigence qu'il y a, que tu as) (l'importance de réussir) s'intègre-t-il dans ta vie ?

Tu m'as dit que... était très présent, était difficile. Comment est-ce que ta vie, ton quotidien, s'articule autour de cela ?

Qu'est-ce que tu penses de tout cela, de ces difficultés que tu vis dans tes études ?

Y-a-il un retentissement sur ton fonctionnement ? sur ta façon d'être ?

• Parcours différent, autre référentiel (voyages, passerelles, expériences professionnelles)

Comment est-ce que ton parcours a-t-il pu influencer sur ta manière d'appréhender ces études de médecine ?

Comment cela a-t-il pu influencer sur ton vécu des difficultés et sur leur retentissement ?

Remerciements

ANNEXE N°4 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Dans le cadre de notre thèse de médecine générale, que nous menons en binôme, nous réalisons un travail de recherche, encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, visant à explorer le vécu des études médicales.

Notre travail s'effectue selon une méthode de recherche sociologique dite qualitative, se basant sur la réalisation d'entretiens individuels auprès des étudiants en médecine de la 4^{ème} à la 6^{ème} année (externes en médecine).

Les entretiens durent environ 45 minutes et seront réalisés au lieu et à la date de votre convenance. Ils seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone, retranscrits et analysés.

Tous les entretiens recueillis au cours de ce projet de recherche seront anonymisés, afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations.

Votre participation à ce projet de recherche s'effectue sur la base du volontariat, vous restez tout à fait libre de cesser votre participation à tout moment de l'étude et ce sans justification.

Nous vous ferons parvenir les résultats de cette étude et vous serez informé.e.s des éventuelles suites qui découleront de ce projet.

Consentement libre et éclairé :

Je, soussigné.e, déclare avoir lu et compris le présent formulaire et j'en ai reçu un exemplaire.

Par la présente, j'accepte librement de participer à ce projet.

Fait à , le

Déclaration de responsabilité des chercheuses de l'étude

Nous, Marion LAJZEROWICZ et Claudià LANDI, nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Fait à , le

Marion LAJZEROWICZ

06.25.05.61.45

marion.lajze@live.fr

Adresse commune : these.landilajze@gmail.com

Claudià LANDI

06.71.03.62.29

asalais.claudia@gmail.com

ANNEXE N°5 : AVIS DU COMITE D'ETHIQUE DU COLLEGE NATIONAL DES GENERALISTES ENSEIGNANTS



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cnge.Fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 05 Juin 2019,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude « Quelle(s) perception(s) ont les externes en médecine des risques psycho-sociaux auxquels ils seraient confrontés ? »

AVIS 160519105

L'étude proposée vise à explorer le vécu des études de médecine chez les externes.

Le comité avait demandé à consulter le guide d'entretien. Celui-ci n'a pas amené d'observation particulière, de sorte que le comité a donné un avis favorable à la réalisation de ce projet.

Le comité porte toutefois l'attention des auteurs sur le point suivant : le comité incite les chercheurs à anticiper une modalité d'orientation en cas d'identification d'une situation problématique. Le comité d'éthique est ainsi attentif à la modalité d'orientation prévue dès lors que le chercheur serait amené à identifier des participants mis en difficulté au terme de l'étude (l'étude interpellant les participants sur leur vécu, potentiellement difficile, au cours de leurs études de médecine). Dans le cas présent, une modalité pourrait par exemple consister à orienter les participants vers le SIUMPS.

Cédric RAT

Pour le Comité Ethique du CNGE

ANNEXE N°6 : TABLEAU DES CARACTERISTIQUES DES SUJETS

Caract. \ Sujets	Sujet 1	Sujet 2	Sujet 3	Sujet 4	Sujet 5	Sujet 6	Sujet 7	Sujet 8	Sujet 9	Sujet 10	Sujet 11	Sujet 12	Sujet 13
Genre	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme
Âge (ans)	24	24	22	23	24	22	23	43	31	24	22	24	21
Niveau d'études	Termine le DFASM2 (5 ^{ème} année)	Termine le DFASM3 (6 ^{ème} année)	Début le DFASM2 (5 ^{ème} année)	Début le DFASM3 (6 ^{ème} année)	DFASM3 (6 ^{ème} année)	DFASM2 (5 ^{ème} année)	DFASM1 (4 ^{ème} année)	1 ^{er} semestre d'internat de psychiatrie	DFASM3 (6 ^{ème} année)	Termine le DFASM2 (5 ^{ème} année)	Termine le DFASM2 (5 ^{ème} année)	Début le DFASM2 (5 ^{ème} année)	Début le DFASM2 (5 ^{ème} année)
Profession médicale des parents	-	-	-	-	Médecin généraliste (père) et secrétaire médicale (mère)	Médecin radiologue (père) et infirmière (mère)	Médecin urologue (père) et infirmière de bloc (mère)	-	Médecin spécialiste (père)	Médecin généraliste syndicaliste (père)	-	-	-
Spécialité souhaitée	Urologie, dermatologie ou médecine générale	Médecine générale	Spécialité médico-chirurgicale ou médecine générale	Chirurgie orthopédique pédiatrique	Ophtalmologie	Pas d'idée définie	Spécialité médico-chirurgicale	Psychiatrie	Médecine générale	Médecine interne, médecine générale ou oncopédiatrie	Oncologie ou réanimation principalement	Médecine générale	Pas d'idée définie
Particularités du parcours d'études	-	-	-	-	Césure de 1 an (voyages) en début de 6 ^{ème} année suite à un épuisement professionnel	-	3 années de PACES (période particulièrement difficile)	Ancien biologiste dans la police scientifique Passerelle vers les études de médecine à 36 ans	Licences de philosophie et d'anglais, Master de littérature anglaise Puis études de médecine 2 redoublements pour raisons de santé Très impliqué dans les associations étudiantes	1 ^{ère} PACES particulièrement difficile	-	Année d'Erasmus en Allemagne puis césure de 1 an avant la 4 ^{ème} année (voyages et travail en tant qu'aide-soignant et infirmier à l'étranger)	Entrée en PACES à l'âge de 16 ans Travail extra-universitaire en restauration pour financer ses études
Vécu global du 2^{ème} cycle	Stabilité malgré un certain découragement et sentiment de dévalorisation	Perte de sens dans les études, sentiment de dévalorisation, puis déclic quand découverte de ses compétences humaines	Stabilité malgré l'omniprésence de la charge de travail et la pression du concours	Vécu complexe Stress très intense pour la spécialité souhaitée	Isolément et hyper-investissement dans le travail menant à l'épuisement professionnel puis travail sur soi et réajustements	Stabilité malgré une hyper-exigence envers soi-même Très bien entourée, travail sur soi bénéfique	Enthousiasme global Difficultés à se positionner face aux patients	Nombreux questionnements sur les rôles d'externe et de médecin Travail sur soi et possibilités d'expression bénéfiques	Vécu complexe Sentiment de solitude vis-à-vis des autres étudiants Très investi auprès des patients	Bon vécu malgré la charge de travail Partage familial, autonomie et assurance en stage bénéfiques	Bon vécu malgré la charge de travail Autonomie en stage et relatif détachement émotionnel	Enthousiasme marqué malgré les difficultés émotionnelles en stage Proximité avec les patients et les équipes soignantes bénéfique	Vécu complexe Problématiques personnelles surajoutées Difficile de se positionner face aux patients
Durée de l'entretien (min)	48	50	49	53	50	37	36	54	65	28	40	24	42
Modalité de recrutement	Par le biais de notre directeur de thèse (maître de stage en médecine générale pour le 2 ^{ème} cycle)	Par le biais de notre directeur de thèse (e. théorique)	Par le biais de notre directeur de thèse (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	Via une connaissance personnelle d'une des chercheuses (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	Via une externe sur le même lieu de stage qu'une des chercheuses (e. théorique)	De proche en proche (e. théorique)	Appel à volontaire par mail, correspondant à un profil particulier (e. théorique)	Appel à volontaires par mail, correspondant à un profil particulier (e. théorique)

Perception des étudiants en médecine concernant les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés pendant le deuxième cycle de leurs études

Etude qualitative auprès des étudiants de deuxième cycle de Toulouse

Introduction : Les étudiants en médecine de 2^{ème} cycle sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux et d'épuisement professionnel. La prise de conscience de ces risques est une étape nécessaire pour pouvoir bénéficier de mesures de prévention. **Objectif :** Explorer les perceptions des étudiants en médecine concernant les risques psychosociaux auxquels ils sont exposés. **Matériel et Méthodes :** Étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés auprès d'étudiants en médecine, jusqu'à saturation des données théoriques. L'analyse des données a été réalisée selon la méthode de la théorisation ancrée, avec triangulation des chercheurs. **Résultats :** 13 entretiens ont été réalisés. Les risques psychosociaux étaient retrouvés à travers l'expression des difficultés vécues mais la notion de risque y était peu rattachée. Le sentiment de non-légitimité, le poids de la hiérarchie, le dogme du médecin infallible, le tabou des difficultés dont la neutralisation des émotions formaient un huis clos psychique contraignant la réflexion vers l'analyse des risques. L'origine de ce huis clos semblait être le curriculum caché des études de médecine. **Discussion :** L'éclairage du curriculum caché, en interaction avec le développement d'une pratique réflexive et des enseignements de sciences humaines, pourrait favoriser l'analyse des risques et participer au développement du professionnalisme des étudiants. L'intégration de ces notions dans les enseignements et dans le quotidien des stages pourrait être encouragée. **Conclusion :** Amener les étudiants, et leurs formateurs, vers la reconnaissance et la légitimation des difficultés présentes dans les études de médecine s'inscrit dans une démarche de promotion du bien-être et de renforcement des compétences humaines.

Mots-Clés : étudiants en médecine, deuxième cycle des études de médecine, risques psychosociaux, épuisement professionnel, réflexivité, curriculum caché, pédagogie, prévention.

The perception of clinical medical students concerning their exposure to psychosocial risks during the clinical clerkship years of their studies

A qualitative study carried out on Toulouse clinical medical students

Introduction : Clinical medical students are particularly exposed to psychosocial risks and the risk of burnout. Being aware of these risks is essential for the students to benefit from prevention measures. **Objective :** To explore the perceptions of medical students concerning the psychosocial risks they are exposed to. **Material and Methods:** This is a qualitative study through semi-structured interviews of medical students until the saturation of the theoretical data. The data gathered was analysed according to the grounded theorization method with investigator triangulation. **Results :** 13 interviews were conducted. The psychosocial risks were found in the expression of the difficulties students experienced but the notion of risk was rarely related to these. The feeling of non-legitimacy, the weight of hierarchy, the infallible doctor dogma, the taboo of difficulties including the neutralization of emotions created a mental enclosure, preventing the reflection on risk. This mental enclosure could stem from the hidden curriculum in medical studies. **Discussion :** The revealing of the hidden curriculum, in interaction with the development of reflexivity and the teaching of humanities and ethics could promote the analysis of the risks and contribute to the student's professionalism. The integration of these notions into the academic programs and into hospital clinical clerkships could be encouraged. **Conclusion :** Steering students, and their teachers, towards the acknowledgement and legitimisation of the difficulties in medical studies, is an integral part of the promotion of the students' wellbeing and the consolidation of their "soft" skills.

Key words: medical students, clinical clerkship years, psychosocial risks, burnout, reflexivity, hidden curriculum, pedagogy, prevention.

Directeur de thèse : Dr Emile ESCOURROU

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France