

Médecins, internes, externes : regards croisés sur le vécu au travail

Feeling at the work of junior doctors : qualitative study

Pougnat R.^{1,2,3}, Ferrari C.¹, Le Provost A.-S.¹, Loddé B.^{1,4}, Eniafe-Eveillard B.-M.⁵ et Pougnat L.^{6,7}

¹Centre de Ressources en Pathologies professionnelles et environnementales, CHU Morvan, ²Laboratoire d'Etudes et de Recherche en Sociologie (LABERS), EA 3149, Faculté des Lettres et des Sciences humaines, Victor Segalen, Université de Bretagne occidentale, Brest, ³Service universitaire de Médecine préventive et de Promotion de la Santé, (SUMPPS), Université de Bretagne occidentale, Brest, ⁴Optimisation des Régulations physiologiques (ORPHY), EA 4324, Faculté des Sciences, Université de Bretagne occidentale, Brest, ⁵Médecine du Travail du Personnel hospitalier, CHU Brest, ⁶Laboratoire de Biologie médicale, Hôpital d'Instruction des Armées Clermont Tonnerre, CC 41 BCRM Brest, ⁷Groupe d'Etudes des Interactions Hôte-Pathogène (GEIHP), EA 3142, Université de Bretagne occidentale, Brest, France

RESUME

Introduction : Le travail médical à l'hôpital fait se coordonner le soin, l'enseignement et la recherche. Les étudiants, les internes et les médecins seniors s'y côtoient et travaillent ensemble. Chacune de ces catégories de personnel médical est à risque de troubles réactionnels au travail. L'objet de cette étude était de qualifier par la narration les facteurs perçus comme positifs et ceux perçus comme négatifs au travail pour ces 3 catégories d'une université française.

Matériel et Méthodes : il s'agissait d'une synthèse de 3 études qualitatives, selon la théorie ancrée par thématization continue.

Résultats : Les externes se plaignaient de carence dans l'enseignement, alors que les enseignants pointaient le manque de temps pour dispenser les cours. Les internes ont exprimé l'importance des relations au travail bien plus que les difficultés organisationnelles. Les médecins trouvaient que le fait d'accueillir un interne leur demandait un effort sur la formation à l'hôpital et la surveillance de ses actes.

Conclusion : La confrontation des points de vue permettait de mieux comprendre le vécu de chaque catégorie. Certaines incompréhensions trouvaient leur source dans les organisations. Des axes de prévention peuvent se dégager pour les universités, les hôpitaux et les médecins accueillant des internes.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 423-31
Doi : 10.30637/2019.18-076

ABSTRACT

Introduction : Medical work at the hospital coordinates care, teaching and research. Medical students, junior doctors and senior doctors rub shoulders and work together. Each of these categories of medical personnel is at risk of reactive disorders at work. The purpose of this study was to describe through the narration the factors perceived as positive and those perceived as negative at work for these 3 categories of a French university. Material and Methods: it was a synthesis of 3 qualitative studies, according to the theory anchored by continuous thematization.

Outcomes : The medical students complained of lack of teaching, while teachers pointed out the lack of time to teach. Junior doctors expressed the importance of working relationships far more than organizational difficulties. The senior doctors who supervised them found that hosting a junior doctor required an effort on hospital training and monitoring their actions.

Conclusion : The confrontation of points of view allowed to better understand the experience of each category. Some misunderstandings were rooted in organizations. Prevention axes can be identified for universities, hospitals and doctors supervising junior doctors.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 423-31
Doi : 10.30637/2019.18-076

Key words : hospital doctors, medical students, qualitative study, professional relationships, experiences at work

INTRODUCTION

L'exercice de la médecine s'apprend par de longues études et se vit durant de nombreuses années, selon des conditions très variables, allant du médecin isolé en milieu rural au médecin travaillant dans un laboratoire de recherche, en passant par le médecin travaillant en cabinet médical pluridisciplinaire avec des confrères et des paramédicaux^{1,2}. Parmi les exercices particuliers, il est aisé de retenir l'activité hospitalière puisqu'elle a été partagée par chaque médecin à un moment ou à un autre de sa carrière, bien que de manière très hétérogène d'un pays européen à l'autre³. En France, les étudiants en médecine qui sont appelés "externes" de la 4^e à la 6^e année, travaillent à mi-temps à l'hôpital. Les internes sont les étudiants en médecine à partir de la 7^e année d'études et ils travaillent à temps plein sous forme de stages hospitaliers, à l'exception du stage chez le généraliste en ville⁴. Ils peuvent effectuer plus ou moins de stages dans les hôpitaux en fonction de leur spécialité. Les externes et les internes travaillent alors sous la responsabilité et la supervision des médecins seniors de leur service hospitalier.

Or ces trois types de personnel médical présentent tous de fortes prévalences de troubles possiblement réactionnels à leurs conditions de travail. Ainsi, la prévalence des troubles anxieux des externes est comprise entre 20 % et 69 % et celle des troubles de l'humeur, entre 12 % et 30 %⁵⁻¹⁰. L'apparition de tels troubles pourrait conduire l'étudiant à abandonner ses études. Pour les externes, plusieurs facteurs de risques ont été décrits : injonctions contradictoires entre les devoirs hospitaliers et universitaires, manque de disponibilité des enseignants, compétition entre étudiants¹¹⁻¹³. Chez les internes, la prévalence des troubles anxieux pouvait atteindre 56 % et celle des troubles de l'humeur 48 %¹⁴. Les facteurs de risque étaient souvent les rythmes de travail (volume horaire, gardes etc.), la difficulté de faire son parcours universitaire tout en travaillant à l'hôpital, ou encore le manque de soutien de la part des médecins^{15,16}. Quant aux médecins seniors hospitaliers, les prévalences des troubles anxieux pouvaient atteindre 14 %, celle des troubles de l'humeur 48 %^{13,14}. Les principaux facteurs de risque mis en évidence dans la littérature étaient la charge et les horaires de travail, le conflit entre la vie professionnelle et la vie familiale, ainsi que le manque de respect (voire la violence) de la part des patients.

La littérature sur chacune de ces 3 étapes de la vie professionnelle du médecin à l'hôpital est riche, principalement en études épidémiologiques. Bien que les interactions entre les externes, les internes et les médecins seniors puissent avoir un impact direct sur la santé au travail de chacun, il n'existe pas d'études comparant leurs expériences et leur vécu. L'objectif de cet article est de faire une synthèse de 3 études^{13,16,19} pour croiser le regard de chacune de ces trois catégories de personnel médical sur leur travail.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait de 3 études qualitatives par entretiens non dirigés et portant sur le vécu au travail, tant sur les aspects ressentis comme négatifs que ceux ressentis comme positifs^{13,16,19}. Pour l'étude des externes, 12 externes ont été inclus, 4 par année d'externat, sur la base du volontariat. Dans la deuxième étude, 10 internes ont participé. Enfin, 9 médecins seniors du CHU ont accepté de participer.

Les participants recevaient une information sur l'étude, sa modalité, ses finalités et sur la confidentialité et donnaient leur accord pour y participer. La taille de l'échantillon n'était pas définie préalablement. Le critère était d'atteindre la variation maximale selon les données sociodémographiques et professionnelles, puis la saturation des données^{20,21}.

Les entretiens se déroulaient de manière non dirigée. Seule une question modale large ("Que trouvez-vous/trouves-tu de positif ou négatif dans votre/ton travail ?") était posée. L'enquêteur utilisait plusieurs techniques de relances, de reflets, de reformulations pour assurer le déroulement des entretiens^{13,16,19}. Tous les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone (Olympus®) puis retranscrits sur fichier Word® par l'enquêteur. L'anonymat était assuré puisque le nom du participant n'était pas enregistré.

Les entretiens étaient ensuite analysés selon la théorie ancrée par thématization continue²⁰. Le codage ouvert repérait systématiquement tous les éléments importants évoqués dans chaque *verbatim*. Puis, le codage axial consistait à regrouper en catégories les codes ouverts. Enfin, les thèmes principaux étaient dégagés par le codage sélectif. Dans cet article, en parallèle des regards croisés, les auteurs ont ajoutés des pistes de réflexion pour la prévention, basées sur la littérature.

RESULTATS

Les mises en perspectives de différents regards sur le travail a permis de montrer des points de divergences et des explications que les études prises à part ne soulignaient pas.

L'interaction vie hospitalière et vie universitaire

Les enseignements étaient perçus par les externes comme insatisfaisants et stressants. Certes, la masse de savoir à acquérir pouvait faire peur, mais ce sont surtout le manque de disponibilité des professeurs et le manque de pédagogie qui les décevait. L'absentéisme ou le retard de certains professeurs étaient mal vécus¹³. L'article de Le Provost *et al.* ne permettait pas de savoir pourquoi il existait de telles lacunes dans l'accompagnement des élèves¹³. Mais l'insatisfaction était partagée par les enseignants eux-mêmes¹⁶. Alors que leur rôle leur tenait à cœur, ils pensaient n'avoir pas le temps de faire le travail de préparation des cours, faute de moyens ; l'hôpital leur

prenait quasiment tout leur temps de travail (à noter que les enseignants chercheurs français ne doivent travailler à l'hôpital qu'à 50 %) au point qu'ils étaient obligés bien souvent de préparer leurs cours et de faire les tâches universitaires sur leur temps libre de "loisir". Le retard en cours s'expliquait par la pression des soins à l'hôpital et par des problèmes organisationnels et matériels, la faculté pouvant se trouver à 30 minutes de route de l'hôpital¹⁶ (dans une ville comptant plusieurs sites hospitaliers plus ou moins éloignés de la Faculté). Ceci avait parfois un impact sur la santé au travail des enseignants également : " j'ai l'impression d'avoir été usée... d'avoir un contrecoup de fatigue (...). J'ai trop fait. Non, non, les nuits blanches, je ne referai plus "¹⁶.

La comparaison pourrait également se faire pour les internes et leur formation. Selon les spécialités, les internes avaient des cours sous forme de séminaires bimestriels ou trimestriels. Depuis 2015, le temps de formation est lissé à 2 demi-journées par semaine, moyennées par trimestre. Toutefois, les internes

interrogés ont exprimé de fortes réserves sur l'application pratique de cette réglementation¹⁹. Ils ont rapporté qu'au CHU, les médecins seniors du service leur interdisaient parfois d'assister aux cours. Cela pouvait engendrer des tensions avec les médecins : " régulièrement, on est obligé de rappeler que l'interne a des cours et des formations "¹⁹. Par opposition, les internes semblaient avoir plus de facilité lorsqu'ils travaillaient dans les hôpitaux généraux : " alors que quand j'étais [dans un autre hôpital] on nous laissait y aller. On nous disait, même quand on manquait de médecins : ben non, vous êtes censés y aller, alors vous y allez [aux cours] "¹⁹. De leur côté, les médecins seniors considéraient que la présence des internes dans les services était indispensable, du fait du travail croissant au CHU. Le respect des repos de sécurité (le lendemain des gardes) et des droits aux formations des internes leur paraissait difficilement compatible avec la poursuite de l'activité hospitalière.

Ce qui nous amène aux regards croisés sur les organisations du travail médical à l'hôpital (tableau 1).

Tableau 1 : Regards croisés des externes, internes et médecins seniors sur l'enseignement médical.

Problèmes constatés dans les 3 études	Avis des externes ¹³	Avis des internes ¹⁶	Avis des médecins seniors ¹⁹	Pistes de réflexions issues de la littérature
Manque d'investissement pédagogique pour les externes	" Je trouve que les profs ne s'investissent pas assez, ils prennent juste un " copié-collé " du livre et puis c'est tout "	-	Travail hospitalier débordant sur le travail facultaire : " Tout ce qu'on peut faire, pour les préparations de cours, pour la fac, pour les articles... C'est énorme ! Je bosse surtout le soir "	Les étudiants doivent acquérir savoir et savoir-faire, les deux n'étant pas corrélés nécessairement ^{22,23} . Il serait utile de rappeler que les temps de formation facultaire ne peuvent être remplacés par des temps de formation à l'hôpital, mais que les deux se complètent afin de favoriser une meilleure prise en compte de ces deux charges de travail dans l'organisation des soins.
	" C'est infantilisant "	-	-	Impliquer les étudiants dans les grands axes de recherche des services : gain de temps pour les enseignants et valorisation pour les étudiants ²⁴ .
Problème de présence en cours	Absentéisme des enseignants : " Le prof, il a encore une heure de retard, ça me saoule ", j'en ai marre "	Interdiction d'aller en cours pour rester au CHU	" Quand je vais en cours, mon collègue prend cher " [comprendre que le confrère devait faire les tâches de l'enseignant parti en cours] Travail hospitalier trop important : " C'est impossible de tout gérer. Que tout soit nickel (soins, courriers etc.) avec les internes à gérer. C'est complètement utopique "	Certaines facultés proposent des programmes de rétrocontrôle de la qualité de son enseignement (tant sur le plan technique que relationnel) grâce à un outil mis en place avec les enseignants et leurs internes. Cet outil permet aussi de mettre en lumière le temps passé à prodiguer ces enseignements ²⁵ . Aux USA, le programme de formation des internes inclut des temps d'évaluation avec des objectifs précis, permettant aux internes de s'auto-former dans l'intervalle. Les enseignants s'impliquent également davantage, car cela leur permet aussi d'avoir un temps dédié à l'encadrement des internes ²⁶ . Ces outils peuvent aider à réévaluer les temps de travail selon les tâches réellement accomplies

Organisation du travail médical à l'hôpital

Un double constat était partagé par les trois catégories de personnel médical : le travail hospitalier a un sens dans le soin, mais ce sens peut parfois être malmené par la charge de travail "énorme" selon un senior¹⁶.

Les externes ne voyaient pas le sens de leur travail immédiatement, il s'agissait d'un sens projeté sur leur avenir professionnel. Pendant leur externat, ils étaient confrontés à une insuffisance de leur formation. D'une part, ils considéraient qu'ils étaient trop nombreux en stage pour profiter de l'expérience des médecins seniors et pour voir suffisamment de situations cliniques et de gestes ("on avait que 3 patients chacun", "on ne pouvait pas tous apprendre à faire [tel geste]"). On aurait pu penser que les externes, de ce fait, s'ennuyaient. Mais en réalité, ils accomplissaient un travail besogneux et routinier (ranger les dossiers, chercher les données para-cliniques) et des tâches théoriquement dévolues aux internes¹³. Conséquemment, ils se plaignaient de terminer en retard le soir, avec un impact plus ou moins important sur leur vie privée.

Les organisations de travail impactaient la qualité de vie au travail des internes. Ils voyaient principalement une différence entre les services des hôpitaux généraux et ceux du CHU. Ils considéraient que les effectifs en personnels médical et paramédical au CHU étaient insuffisants pour remplir toutes les missions. Les internes disaient travailler bien plus que les limites

légalles de 48 heures par semaines lissées sur un trimestre. Ils se plaignaient de la vétusté des locaux et du manque de matériel : "dans un même bureau, on était 3, 4 internes... Oui, 6 externes et le chef (...). T'avais pas d'ordi. T'étais obligé d'attendre que ton collègue finisse"¹⁹.

Quant aux médecins seniors, ils pointaient l'inadéquation entre les moyens mis à disposition et les besoins pour répondre à la demande de soins, particulièrement le manque de personnel¹². Plusieurs rapportaient une augmentation d'activité à moyens constants ou avec une augmentation d'effectif qui ne prenait pas en compte le travail réel (nombre de passages, gestion des flux, technicité des soins). Ils avouaient devoir faire des choix et souvent négliger leur vie privée au profit du travail hospitalier.

Les relations avec le personnel paramédical étaient parfois affectées par ces organisations. Les externes se voyaient souvent confier des tâches d'aide-soignant ou d'infirmier pour pallier le manque d'effectif¹³. Les internes, de leur point de vue, éprouvaient parfois des difficultés avec les infirmières¹⁹. L'absence de coordination des équipes ne permettait pas toujours de bien se comprendre, de sorte qu'ils pouvaient se sentir remis en question par les équipes paramédicales. Ceci était éventuellement favorisé par le déficit global de communication dans les services, les médecins seniors ne défendant pas toujours les internes. Les relations pouvaient devenir une véritable lutte¹⁹. Les médecins, quant à eux, n'ont pas rapporté de difficultés de ce type¹⁶ (tableau 2).

Tableau 2 : Regards croisés des externes, internes et médecins seniors sur l'organisation hospitalière.

Problèmes constatés dans les 3 études	Avis des externes ¹³	Avis des internes ¹⁶	Avis des médecins seniors ¹⁹	Pistes de réflexions issues de la littérature
Manque de moyens humains	Manque de formation : " Les médecins n'ont pas toujours suffisamment de temps pour nous expliquer "	-	Manque de moyen à la faculté : " Ça devient de l'industrie. Le nombre d'externes, ça [augmente] (...) et le nombre d'enseignants est pareil qu'avant "	Le compagnonnage des étudiants en médecine, lors de leur stage, améliore l'intérêt des étudiants et des enseignants ²⁷
	Risque de transfert inapproprié de tâches : " Je trouvais ça [le fait que l'activité hospitalière normalement dévolue à l'interne soit majoritairement réalisée par l'externe] irrespectueux des patients et ça me gênait dans mon stage "	Impossibilité de réaliser toutes les tâches : " Il arrivait qu'on fasse plusieurs week-ends de suite. Entre les gardes d'urgences et les astreintes de services... Quand t'enchaînes 21 jours de suite [au CHU], ça tire pas mal "	Augmentation de l'activité sans augmentation parallèle des effectifs médicaux et paramédicaux	Outre, les aspects financiers et la responsabilité sociale des hôpitaux, qui se conçoivent dans un cadre politique ²⁸ et démographique ²⁹ particuliers, il existe des études sur un management partagé, incluant les acteurs de terrain, selon une orientation éthique du care ³⁰
Problème relationnel avec les équipes	Transfert de tâches par manque d'effectifs : " Et les dossiers à ranger ; on faisait des trous dans les papiers. Sinon, on nous fait faire des tâches de paramédicaux "	Possible rapport de force : " Les rapports de forces... On est là 6 mois, on débute, alors que [les infirmières], elles sont là depuis un moment "	-	La formation au travail en équipe ³¹ améliore la coopération, mais cela demande un temps dédié dans l'organisation de travail

Relations entre personnel médical

Les externes considéraient parfois les médecins seniors " difficiles d'accès "13. Leur distance, leur manque de disponibilité était interprétés par certains comme une marque soit d'indifférence, soit de mépris. Pourtant, plusieurs seniors ont rapporté leur frustration par rapport à leur rôle d'encadrement pour les externes. Ils pensaient devoir les former mais étaient confrontés à un dilemme moral : " on ne peut pas tout faire "16. Bien entendu, si les externes posaient des questions, les médecins prenaient le temps d'y répondre, mais ils n'avaient que rarement le temps de structurer un enseignement pratique dans les services. Les internes faisaient alors office de relais dans la formation des externes13. Ce qui expliquait la délégation de tâches de l'interne vers l'externe, qui pourtant était mal vécue par certains externes.

Entre interne et senior, les incompréhensions s'avéraient diverses. Pour les internes, la qualité de la relation avec le senior était déterminante pour le bien-être au travail ainsi que pour la qualité du travail fourni. Dans les stages où la relation est basée sur l'intercompréhension, l'interne se sentait aidé, soutenu : " je ne me suis jamais sentie en détresse parce qu'il y a toujours un PH [Praticien Hospitalier], au moins dans le secteur d'à côté "19. Par opposition, les internes ont décrit deux types de situations difficiles. Si le senior

avait trop d'autorité et n'était pas assez bienveillant, cela pouvait altérer leur santé au travail : " J'ai été humilié par le Chef de Service... Dès le début, dès la première semaine "19. Si le médecin était trop indisponible et laissait trop de latitude décisionnelle à l'interne, cela était souvent vécu comme anxiogène ; quoique certains internes aient manifesté de la satisfaction à devenir comme l'unique médecin du service. De leur côté, les seniors ne voyaient pas toujours les internes comme une aide16. En fonction de l'activité du service, ils pouvaient les laisser plus ou moins en autonomie ou les surveiller de plus ou moins près. Certains trouvaient, malgré les difficultés liées aux organisations de travail, qu'il y avait un sens à former les internes au long cours. Avec enthousiasme, un médecin a rapporté que la formation d'un nouvel interne, c'était comme élever un enfant. Ce type de transfert devrait être comparé avec le ressenti des internes qui trouvaient certains chefs " protecteurs ", voire maternants (tableau 3).

DISCUSSION

Cet article a permis de mettre en évidence le vécu au travail des externes, internes et médecins hospitaliers. Plus qu'un simple résumé des données existantes, cette approche a croisé les points de vue de différentes catégories de personnel médical sur des problématiques communes ; en particulier les relations,

Tableau 3 : Regards croisés des externes, internes et médecins seniors sur leurs relations.

Problèmes constatés dans les 3 études	Avis des externes ¹³	Avis des internes ¹⁶	Avis des médecins seniors ¹⁹	Pistes de réflexions issues de la littérature
Manque de communication	Sentiment d'un manque de reconnaissance par les seniors : " Les médecins, en général, j'ai un peu peur de leur parler " ; " Pour tous les autres chefs, on n'existait pas "	Considérés par les externes comme des tuteurs de substitution : " Les internes c'est comme les 'grands-frères' qui vont un peu nous aider, c'est justement eux qui sont plus disponibles pour répondre aux questions ou voir quand on est complètement perdu et nous remettre un peu sur les rails "	Conscience professionnelle : " On est là pour faire de la formation pratique, leur apprendre le métier "	Réflexion sur le nombre d'enseignants en médecine et l'adéquation avec les besoins ³²
			Conflit de devoirs entre la formation et les soins : " Il faut choisir entre les patients et l'enseignement en stage. Alors on les laisse un peu de côté "	
Relations ambivalentes entre internes et seniors	-	Sentiment de soutien : " Ils comprennent bien que l'interne n'a pas le droit de tout faire... donc ils n'envoient pas [sur les roses] "	Transfert : " les internes, c'est un peu comme mes enfants "	Le compagnonnage ³³ est une piste régulièrement explorée dans la littérature. Il peut prendre plusieurs formes selon les institutions.
		Sentiment d'humiliation : " Je me mettais toujours dans la position où j'étais l'élève et lui le maître. Même quand je n'étais pas d'accord, je faisais comme il disait "	Frustration devant un travail supplémentaire d'encadrement : " On nous dit qu'on a des internes pour nous aider, mais, en fait, c'est plus de travail car il faut les former et les surveiller... Quand t'as un nouvel interne, il faut trois mois dans le semestre pour qu'il soit à l'aise "	Certaines équipes ont proposé des programmes de compagnonnage, incluant parfois l'aide d'anciens élèves. L'organisation de travail comprenant les temps de formation, le renfort de médecins extérieurs aidait à diminuer la charge de travail pour les médecins hospitaliers. Ceci a eu un impact positif sur le stress de l'ensemble des personnels ³⁴

les formations facultaires et hospitalières et les organisations de travail à l'hôpital. Tandis que les études centrées sur chaque catégorie laissent en suspens des interrogations sur les intentions et le ressenti des autres professionnels en interaction, il a été montré ici que certaines incompréhensions et tensions étaient à mettre en lien avec les organisations de travail, le manque de temps de partage ou les problèmes de coordination entre les obligations universitaires et hospitalières.

Par exemple, les externes ont émis un certain nombre de griefs allant contre la qualité des enseignements à la Faculté. Ils trouvaient irrespectueux de devoir attendre les enseignants parfois une heure ou deux. Ils considéraient que certains enseignements ne répondaient pas à leurs attentes pédagogiques¹³. *A contrario*, les enseignants se plaignaient de manquer de temps pour accompagner les élèves en stages, surtout les externes, mais aussi les internes. La littérature médicale sur la qualité de vie des étudiants en médecine a démontré l'importance de la disponibilité des enseignants et de leur qualité pédagogique comme déterminant de santé des externes, en plus d'autres facteurs intrinsèques (comme le type d'empathie³⁵ ou le genre : la plus forte prévalence de troubles anxieux chez les étudiants hommes³⁶ ou la moindre qualité de vie chez les étudiantes femmes³⁷) ou extrinsèques (comme les mesures d'accompagnement au sein de la Faculté³⁸). Tempski *et al.* ont mis en évidence que les étudiants se sentaient mieux si les enseignants prenaient le temps de répondre à leurs questions, de leur expliquer de manière appropriée les notions à apprendre et de les mettre en lien avec la pratique clinique et inversement¹¹. D'autres études ont montré que la proximité des enseignants, leur soutien psychologique ou l'apprentissage par problème en petit groupe favorisaient une meilleure qualité de vie des externes³⁹.

Dans cet article qui croisait les points de vue, il a été possible d'éclairer des pressions sur les enseignants et sur les étudiants. L'organisation générale de l'hôpital et de la faculté ne favorisait pas la fonction enseignante. L'encadrement des externes revêt pourtant un enjeu capital pour l'exercice de la médecine dans la mesure où il aide au développement de l'empathie et du sens du travail⁴⁰.

Le croisement des points de vue des internes et des médecins expliquait une partie des difficultés des internes. En effet, certains se plaignaient de ne pas pouvoir assister à leurs cours ou de n'avoir pas suffisamment de temps pour leur travail universitaire. Les médecins seniors du CHU, quant à eux, décrivaient un travail aux multiples tâches rentrant en conflit les uns les autres. Les médecins étaient décisionnaires sur le plan médical, mais pas sur le plan managérial ; et l'organisation du travail à l'hôpital impliquait de devoir effectuer des tâches non cliniques (par exemple faire des codages de dossiers médicaux). Ceci expliquait pourquoi les internes se sentaient parfois seuls ou amenés à faire des tâches dépassant leurs

compétences. *A contrario*, les médecins ne se sentaient pas toujours aidés par les internes : leur formation demandait du temps et ils devaient toujours passer après l'interne pour valider les décisions. De ce fait, le point de vue des internes devrait être nuancé : ils n'étaient pas utilisés par les seniors pour faire leur travail à leur place, les seniors n'avaient simplement pas les moyens de toujours les encadrer. Il serait donc utile de tenir compte du temps d'encadrement des internes dans le temps de travail des médecins seniors¹⁶. Une récente étude menée auprès des différentes sections médicales du Conseil national des Universités (CNU) de France, portait sur les difficultés de recrutement et de l'exercice en tant qu'universitaire. Les principales difficultés étaient en effet la charge de travail hospitalier (pour mémoire, en France, un universitaire travaille en temps partagé entre la Faculté et l'hôpital, à 50 %), la charge administrative, voire le manque de considération des médecins par leur direction⁴¹. Du point de vue des universitaires français, ces demandes entravaient la réalisation de la triple mission enseignement-recherche-soin³².

En ce qui concernait l'ambivalence du ressenti des internes à propos des relations avec leurs seniors, les déclarations de ces derniers permettaient de comprendre pourquoi un même interne pouvait apprécier, ou non, d'être protégé par un senior, car certains médecins ont exprimé un transfert d'image filiale. Or si pour certains seniors les internes étaient comme leurs enfants, il est logique de penser que le transfert d'images parentales se faisait réciproquement. Ce phénomène de psychologie de groupe est étudié en psychanalyse de groupe. Le chef ou le directeur représentent inconsciemment la projection du fantasme de père ou de mère. Mais ce fantasme ne se fait pas chez un sujet naïf ; il a déjà vécu d'autres relations comparables. Ce transfert peut donc évoquer d'anciennes relations, plaisantes ou non. C'est pourquoi les internes pouvaient exprimer des vécus ambivalents sur leurs relations avec leurs médecins seniors.

A partir de là, il semble opportun de se poser la question de la prévention. Dans les tableaux, nous avons proposé des pistes de réflexions issues de la littérature, pour chaque thème abordé. Toutefois, une réflexion d'ensemble reste nécessaire.

Plusieurs études ont montré l'efficacité de formation à la gestion du stress chez les externes. Un programme d'intervention précoce de l'Université d'Hawaii leur proposait une prévention individuelle anonyme, faisant intervenir des psychiatres, avec des modules de prévention dispensés par la Faculté, des conférences et un guide de l'étudiant en médecine. Après un an d'intervention, le taux d'étudiant présentant des symptômes dépressifs est passé de 59,1 % à 24,1 % et celui concernant les idées suicidaires de 30,2 % à 3 %⁴². Plusieurs articles ont analysé l'impact de renforcement des stratégies de défense ou de psychothérapie ou d'ateliers de bien-être⁴³⁻⁴⁵. Ce type d'intervention ne devrait pas faire oublier les mesures premières telles que le fait de

permettre aux enseignants de faire des cours de qualité et d'accompagner les étudiants. Dans un contexte français de discussion autour de la suppression du *numerus clausus* (le fait de pénaliser l'accès en deuxième année par un concours), le nombre d'étudiants pourrait augmenter considérablement ces prochaines années. Comment alors dispenser un enseignement de qualité sans augmenter les moyens des facultés ?

Pour les internes, plusieurs mesures pourraient être proposées. Le respect des horaires de travail paraîtrait légitime. Pourtant, une telle mesure peut avoir un impact négatif sur les internes : exécution du même travail en un temps plus restreint ; diminution des temps d'échanges avec les médecins seniors. Cela a été montré dans une étude auprès d'internes de pédiatrie en comparant deux groupes, l'un se soumettant à la limite de 12 heures maximum d'affilée, l'autre exerçant ses tâches sans contrainte horaire. Le groupe à temps de travail limité était moins fatigué mais se sentait moins bien formé⁴⁶. En d'autres termes, une telle mesure ne pourrait se concevoir sans une étude globale de l'organisation de travail, en y incluant des paramètres tels que la pression de publication ou d'obtention des postes, ou bien l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie familiale, ou encore l'aspect financier⁴⁷⁻⁴⁹.

Cette organisation devrait probablement intégrer des temps d'échanges entre les différents personnels médicaux. Un essai clinique américain a étudié l'effet de l'instauration d'une heure de dialogue entre médecins sur leur bien-être. Une heure était libérée (et rémunérée) toutes les deux semaines à chaque médecin. Le groupe témoin utilisait cette heure selon son gré, le groupe intervention consacrait cette heure à des échanges d'expérience avec les collègues, des réflexions sur des cas cliniques. A 9 mois (fin de l'intervention) et à 12 mois, la comparaison montrait une diminution significative de la dépersonnalisation dans le groupe intervention ainsi qu'un plus grand investissement au travail⁵⁰.

La prévention secondaire pourrait se décliner de différentes manières. En Norvège, un programme d'intervention et de prévention visant à améliorer la qualité de vie au travail et la santé mentale des médecins a été mis en place. Il proposait au choix, une semaine de séances de groupe (dont des activités sportives) ou une journée de consultation allant jusqu'à 7 h d'entretien avec un médecin du travail ou un psychiatre. Ceci a permis de réduire le nombre de médecins en arrêt maladie (de 35 % à 6 % en une année)^{51,52}.

Il était possible de faire la synthèse de ces différentes études parce qu'elles étaient menées selon la même méthodologie par la même équipe d'enquêteurs. Cet article était néanmoins limité par sa méthodologie monocentrique. Le fait de croiser les points de vue des différents personnels médicaux permettait de mettre en relief des incompréhensions et

des difficultés organisationnelles, sans que ces données ne soient généralisables à la France ou aux hôpitaux européens dans leur ensemble. L'approche narrative a dégagé des facteurs subjectifs qu'il était possible de remettre dans un contexte objectif donné grâce au travail de terrain des enquêteurs. Il faudrait maintenant pouvoir aborder les problématiques de manière quantitative pour dégager le vécu et l'impact des organisations de travail. De plus, de nombreuses réformes se déploient en France. Par exemple, l'internat s'est modifié en 2017, avec des spécialités médicales, des temps de formations ou des lieux de stages différents. Il serait intéressant de comparer le vécu des internes de cette étude avec ceux qui se formeront selon les nouvelles modalités d'internat.

CONCLUSION

Cet article confrontait les *verbatim* des externes, des internes et des médecins hospitaliers. Les externes se plaignaient du manque d'encadrement des enseignants, alors que ces derniers regrettaient de ne pouvoir prodiguer un enseignement de qualité faute de temps. Les internes exprimaient de nombreuses difficultés relationnelles. De leur côté, les médecins seniors considéraient l'accueil des internes comme chronophage. La confrontation des points de vue laissait supposer que bien des difficultés trouvaient leur source dans les organisations de travail et les interactions hôpital-faculté. Cette analyse des regards croisés devrait ainsi se compléter d'analyses ergonomiques de ces organisations et d'études épidémiologiques pour connaître les répercussions sur la santé. Elle pourrait principalement permettre d'orienter les investigations quantitatives en fonctions des facteurs perçus par les sujets interrogés.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lévy D. Le métier de médecin aujourd'hui. Rev Fr Aff Soc. 2011;2(3):297-309.
2. Agamaliyev E, Mikol F, Prost T. Déterminants de l'opinion des médecins généralistes sur la délégation de tâches vers les infirmiers de leur cabinet. Rev Fr Aff Soc. 2016;1:375-404.
3. Clavier C, Hassenteufel P, Moreno Fuentes JF, Schweyer FX. Les limites de la convergence du temps de travail des médecins hospitaliers en Europe (Allemagne, Danemark, Espagne, Lituanie, Royaume-Uni). Rev Fr Aff Soc. 2011;2(3):226-51.
4. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Rev Fr Aff Soc. 2005;1:101-25.
5. Yusoff MSB, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. The impact of medical education on psychological health of students: a cohort study. Psychol Health Med. 2013;18(4):420-30.
6. Mehanna Z, Richa S. [Prevalence of anxiety and depressive disorders in medical students. Transversal study in medical students in the Saint-Joseph University of Beirut]. Encephale. 2006;32:976-82.

7. Bunevicius A, Katkute A, Bunevicius R. Symptoms of anxiety and depression in medical students and in humanities students: relationship with big-five personality dimensions and vulnerability to stress. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54:494-501.
8. Karaoglu N, Seker M. Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career. *West Indian Med J*. 2010;59:196-202.
9. Machado L, Souza CTN, Nunes RO, de Santana CN, Araujo CF, Cantilino A. Subjective well-being, religiosity and anxiety: a cross-sectional study applied to a sample of Brazilian medical students. *Trends Psychiatry Psychother* 2018;40(3):185-92.
10. Talih F, Daher M, Daou D, Ajaltouni J. Examining Burnout, Depression, and Attitudes Regarding Drug Use Among Lebanese Medical Students During the 4 Years of Medical School. *Acad Psychiatry*. 2018;42(2):288-96.
11. Tempiski P, Bellodi PL, Paro HB, Enns SC, Martins MA, Schraiber LB. What do medical students think about their quality of life? A qualitative study. *BMC Med Educ*. 2012;12:106. doi: 10.1186/1472-6920-12-106.
12. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS Jr *et al*. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med* 2010;85(1):94-102.
13. Le Provost AS, Loddé B, Pietri J, De Parscau L, Pougnet L, Dewitte JD *et al*. [Suffering at work among medical students: qualitative study using semi-structured interviews]. *Rev Med Brux*. 2018;39(1):6-14.
14. Pougnet R, Pougnet L. Troubles anxieux et de l'humeur et syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine : revue de la littérature. *J Med Liban*. 2017;65(1):35-43.
15. Pougnet R, Di Costanzo LP, Kerrien M, Jousset D, Loddé B, Dewitte JD *et al*. Occupational factors for mood and anxiety disorders among junior medical doctors. *Med Lav*. 2015;106(5):386-93.
16. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte JD, Jousset D, LoddéB. Vécu au travail des internes en médecine : étude qualitative. *Arch Mel Pro Env*. 2019;80(1):sous presse.
17. Zhou C, Shi L, Gao L, Liu W, Chen Z, Tong X *et al*. Determinate factors of mental health status in Chinese medical staff: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(10):e0113. doi:10.1097.
18. Palgi Y, Ben-Ezra M, Langer S, Essar N. The effect of prolonged exposure to war stress on the comorbidity of PTSD and depression among hospital personnel. *Psychiatry Res*. 2009;168(3):262-5.
19. Pougnet R, Pougnet L, Loddé B, Dewitte JD. [Positive and negative perceptions at work: Qualitative study with physicians in a teaching hospital]. *Presse Med*. 2016;45(7-8 Pt 1):e233-41.
20. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris:Armand Colin;2007.
21. Paillé P, Mucchiell Ai. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris:Armand Colin;2005.
22. Sherbino J, Bandiera G. Improving communication skills: feedback from faculty and residents. *Acad Emerg Med*. 2006;13(4):467-70.
23. Dubosh NM, Fisher J, Lewis J, Ullman EA. Faculty Evaluations Correlate Poorly with Medical Student Examination Performance in a Fourth-Year Emergency Medicine Clerkship. *J Emerg Med*. 2017;52(6):850-5.
24. Schexnayder S, Starring H, Fury M, Mora A, Leonardi C, Dasa V. The formation of a medical student research committee and its impact on involvement in departmental research. *Med Educ Online*. 2018;23(1):1424449.
25. Dehon E, Robertson E, Barnard M, Gunalda J, Puskarich M. Development of a Clinical Teaching Evaluation and Feedback Tool for Faculty. *West J Emerg Med*. 2019;20(1):50-7.
26. Meier AH, Gruessner A, Cooney RN. Using the ACGME Milestones for Resident Self-Evaluation and Faculty Engagement. *J Surg Educ*. 2016;73(6):e150-e157.
27. Andlauer O, Sechter D. Pour un enthousiasme retrouvé des étudiants envers la psychiatrie. *L'Information Psychiatrique*. 2013;89(2):179-83.
28. Delas A. L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaires et rivalités stratégiques. *Hérodote*. 2011;143(4):89-119.
29. Langlois J. La démographie médicale aujourd'hui et demain (2005-2025). *Santé, Médecine et Société*. 2010:297-308.
30. Miremont MC, Valax M. Vers un leadership partagé à l'hôpital pour une GRH plus éthique. @GRH. 2015;15:15-35.
31. Freytag J, Stroben F, Hautz WE, Schaubert SK, Kämmer JE. Rating the quality of teamwork-a comparison of novice and expert ratings using the Team Emergency Assessment Measure (TEAM) in simulated emergencies. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2019;27(1):12.
32. Samimi M, Dreno B, Aractingi S, Beylot-Barry M, Bodemer C, Chosidow O *et al* ; le Conseil National des universitaires de dermato-vénérologie, sous-section 50.03. Attractivité de la carrière hospitalo-universitaire en médecine : quels obstacles, quelles solutions ? L'avis des enseignants. *Ann Dermatol Venereol*. 2018;145(3):196-9.
33. Ramanadham SR, Rohrich RJ. Mentorship: A Pathway to Succeed in Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2019;143(1):353-5.
34. Yedavalli VS, Shah P. Residents' Perceptions of Usage of the Current Alumni and Attending Network for a Formal Mentorship Program in an Academic Affiliated Community Hospital Radiology Residency. *Curr Probl Diagn Radiol*. 2019;48(2):105-7.
35. von Harscher H, Desmarais N, Dollinger R, Grossman S, Aldana S. The impact of empathy on burnout in medical students: new findings. *Psychol Health Med*. 2018;23(3):295-303.
36. Fond G, Bourbon A, Auquier P, Micoulaud-Franchi JA, Lançon C, Boyer L. Venus and Mars on the benches of the faculty: Influence of gender on mental health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study. *J Affect Disord*. 2018;239:146-51.
37. Antunes Barros R, Silva Menezes M, Lins L. Quality of life of medical students in Brazil. A comparative study. *Rev Med Chil*. 2019;147(1):107-13.
38. Matheson KM, Barrett T, Landine J, McLuckie A, Soh NL, Walter G. Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support During Medical Training: a Survey of Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2016;40(1):63-8.
39. Lucchetti G, Damiano RF, DiLalla LF, Lucchetti ALG, Moutinho ILD, da Silva Ezequiel O *et al*. Cross-cultural Differences in Mental Health, Quality of Life, Empathy, and Burnout between US and Brazilian Medical Students. *Acad Psychiatry*. 2018;42(1):62-7.
40. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR *et al*. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014;9(4):e94133.

41. Soria A, Dreno B, Aractingi S, Beylot-Barry M, Bodemer C, Chosidow O *et al.* ; les membres du Collège National des universités de dermato-vénéréologie, sous-section 50.03. Attractivité de la carrière hospitalo-universitaire en France : analyse de la perception des jeunes dermatologues en 2016. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145(3):191-6.
42. Thompson D, Goebert D, Takeshita J. A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med.* 2010;85(10):1635-9.
43. Erschens R, Loda T, Herrmann-Werner A, Keifenheim KE, Stuber F, Nikendei C *et al.* Behaviour-based functional and dysfunctional strategies of medical students to cope with burnout. *Med Educ Online.* 2018;23(1):1535738.
44. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. Resilience Among Medical Students: The Role of Coping Style and Social Support. *Teach Learn Med.* 2016;28(2):174-82.
45. Shapiro J, Youm J, Heare M, Hurria A, Miotto G, Nguyen BN *et al.* Medical Students' Efforts to Integrate and/or Reclaim Authentic Identity: Insights from a Mask-Making Exercise. *J Med Humanit.* 2018;39(4):483-501.
46. Auger KA, Landrigan CP, Gonzalez del Rey JA, Sieplinga KR, Sucharew HJ, Simmons JM. Better rested, but more stressed? Evidence of the effects of resident work hour restrictions. *Acad Pediatr.* 2012;12(4):335-43.
47. McGrail MR, O'Sullivan BG, Bendotti HR, Kondalsamy-Chennakesavan S. Importance of publishing research varies by doctors' career stage, specialty and location of work. *Postgrad Med J.* 2019. pii: postgradmedj-2019-136473.
48. Spooner S, Pearson E, Gibson J, Checkland K. How do workplaces, working practices and colleagues affect UK doctors' career decisions? A qualitative study of junior doctors' career decision making in the UK. *BMJ Open.* 2017;7(10):e018462.
49. Brüggmann D, Herpe A, Quarcoo D, Schöffel N, Wanke EM, Ohlendorf D *et al.* Descriptive review of junior OB/GYN physicians' work task financial compensation in German hospitals. *J Occup Med Toxicol.* 2019;14:6.
50. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A *et al.* Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014;174(4):527-33.
51. Rø KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ.* 2008;337:a2004.
52. Rø KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health.* 2007;7:36.

Correspondance :

R. POUINET
 CHU Morvan
 Centre de Ressources en Pathologies professionnelles et
 environnementales
 Avenue Foch, 2
 29200 Brest, France
 E-mail : richard.pouinet@live.fr

Travail reçu le 10 août 2018 ; accepté dans sa version définitive
 le 18 avril 2019.