

# Souffrance au travail des étudiants en médecine : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

## *Suffering at work among medical students: qualitative study using semi-structured interviews*

**A.-S. Le Provost<sup>1</sup>, B. Loddé<sup>1,2</sup>, J. Pietri<sup>4,5</sup>, L. De Parscau<sup>6</sup>, L. Pougnet<sup>7</sup>, J.-D. Dewitte<sup>1,3</sup> et R. Pougnet<sup>1,3,8</sup>**

<sup>1</sup>Centre de Consultations de Pathologies professionnelles, C.H.R.U. Brest, <sup>2</sup>Optimisation des Régulations en Physiologie, Université de Bretagne occidentale, Brest, <sup>3</sup>Ethique, Professionnalisme et Santé EA4686, Université de Bretagne occidentale, Brest, <sup>4</sup>Service d'Anesthésie, Clinique du Grand Large, Brest, <sup>5</sup>Service de Chirurgie cardiaque, thoracique et vasculaire, C.H.R.U. Brest, <sup>6</sup>Service de Pédiatrie et Génétique médicale, C.H.R.U., Brest, <sup>7</sup>Laboratoire de biologie médicale, HIA Clermont-Tonnerre, CC41 BCRM Brest cedex 09, <sup>8</sup>Centre Atlantique de Philosophie (CAPHI) EA 7463, Université de Bretagne Loire, Rennes, France

### RESUME

**Introduction :** *La souffrance au travail chez les professionnels de santé est un sujet d'actualité. Les étudiants en médecine, médecins de demain, sont loin d'être épargnés. Ils présentent notamment des troubles anxieux et de l'humeur dont les prévalences s'échelonnent de 20,3 à 69 % pour les premiers et de 12 à 30 % pour les seconds. Cette étude a pour objectif de déterminer ce qui est ressenti comme positif ou négatif au travail du point de vue des étudiants hospitaliers.*

**Matériel et méthode :** *Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. L'analyse se fait selon une thématisation progressive en suivant la Grounded Theory, ou théorisation ancrée, méthode issue des sciences sociales, visant à élaborer une théorie des représentations, non à partir d'hypothèses prédéterminées, mais à partir de données de terrain recueillies par entretiens.*

**Résultats :** *La variation est maximale. La saturation des données a été atteinte avec 12 sujets. Ceux-ci ont exprimé des difficultés au travail mais aussi des facteurs de ressenti positif. Trois grands thèmes ont été définis en codage sélectif : les facteurs professionnels, les facteurs " étude " et les facteurs individuels. Quelle que soit la thématique abordée, les relations avec le ressenti du travail sont à la fois source d'épanouissement et de souffrance selon les situations précisées dans les résultats.*

### ABSTRACT

**Introduction :** *Suffering at work among health professionals is a hot topic. Medical students, doctors of tomorrow, are far from being spared. Prevalence of anxiety and mood disorders range from 20.3 to 69 % for the former and from 12 to 30 % for the latter. The purpose of this article is to determine these factors by qualitative research, according to medical students' points of view.*

**Methods :** *It is a qualitative study using semi-structured interviews. The analysis is done according to the Grounded Theory.*

**Results :** *12 medical students are interviewed. They expressed difficulties at work and positive factors. Three major themes are identified in selective coding: occupational factors, " study " factors and individual factors. All themes are both a source of well-being and ill-being according to the situations specified in the results.*

**Conclusion :** *Studying medicine includes positive and negative aspects. Abandonment issues, lack of recognition and insufficient coaching emerge from our study. Screening of suffering at work should be systematic for medical students.*

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 6-14*

**Key words :** *medical students, qualitative research, work*

**Conclusion : Le vécu des études médicales comprend des aspects positifs et négatifs. Les problématiques de délaissement, de manque de reconnaissance ou encore d'accompagnement insuffisant ressortent de notre étude. Ceci ouvre des pistes de prévention. Le dépistage d'un mal-être au travail devrait être systématique chez ces étudiants.**

*Rev Med Brux 2018 ; 39 : 6-14*

## INTRODUCTION

Les problèmes de santé physique et psychique chez les médecins et les internes sont plus fréquents que dans d'autres professions (épuisement professionnel, dépression etc.)<sup>1-5</sup>. Il peut aussi s'agir de conduites addictives et suicidaires en lien avec des situations de souffrance au travail<sup>6-9</sup>. Selon Dejourn, la " souffrance au travail " est définie comme le vécu qui surgit lorsque le sujet se heurte à des obstacles insurmontables et durables, après avoir épuisé toutes ses ressources pour améliorer l'organisation<sup>10</sup>. Chez les internes, les facteurs sont liés à la charge de travail sur le plan cognitif, social et temporel qui est perçue comme vecteur de souffrance<sup>11</sup>. Les internes sont les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle d'études médicales, de la 7<sup>e</sup> à la 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> ou 11<sup>e</sup> année suivant la spécialité choisie, qui travaillent à temps plein à l'hôpital (50 à 70 h par semaine en moyenne, le droit européen n'étant pas encore appliqué dans notre C.H.R.U.) et poursuivent leurs études pour devenir spécialistes dans une branche de la médecine.

C'est également le cas pour les étudiants en médecine plus jeunes qui doivent eux aussi faire face à cette importante contrainte de travail dès le début de leur formation. En France, on distingue les étudiants hospitaliers des externes. Les premiers sont des étudiants de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> année de médecine, effectuant quelques stages à l'hôpital pour apprendre la sémiologie. Ils ne sont pas rémunérés. Les seconds sont les étudiants de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année de médecine, qui travaillent à mi-temps à l'hôpital et participent aux soins. Les externes sont salariés (le salaire est très bas : 100 euros à 200 euros par mois) de l'hôpital. La prévalence est de 20,3 à 69 % pour les troubles anxieux et de 12 à 30 % pour les troubles de l'humeur<sup>12-15</sup>. De plus, certains étudiants abandonnent leurs études. Le burnout (BO), la dépression, le stress et la fatigue semblent être associés à une probabilité accrue des intentions d'abandonner les études<sup>16,17</sup>. Une étude récente a mis en évidence que les taux de BO et de troubles de l'humeur sont plus élevés en fin de cursus. La formation médicale présenterait des risques pour la santé mentale des étudiants<sup>18,19</sup>. L'émergence d'un BO après plusieurs années d'étude pourrait donc être la conséquence d'une confrontation progressive avec le monde du travail (engagement émotionnel et psychoaffectif etc...). Des modèles de stress comme

celui de Karasek<sup>20</sup> ont permis d'appréhender un certain nombre de facteurs de risque de souffrance au travail : la combinaison d'une demande psychologique forte, d'une latitude décisionnelle insuffisante et d'un soutien social faible constitue une situation à risque pour la santé. Plusieurs études ont montré les facteurs de risque chez les étudiants en médecine<sup>21,22</sup>. Ces études étaient toutes quantitatives. Il n'existe que peu de données sur le vécu des étudiants en médecine. Pourtant cela permettrait de mieux comprendre leur mal-être et de mieux le prévenir.

L'objectif de cette étude a donc été de rendre la narration aux externes d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire (C.H.R.U.) pour analyser ce qui était pour eux positif et négatif dans leur travail d'étudiants hospitaliers.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale descriptive qualitative. Elle a concerné des étudiants de DFASM1 (Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales 1<sup>e</sup> année), DFASM2 et DFASM3. En d'autres termes, il s'agissait " d'externes ", d'étudiants en 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année de médecine, travaillant à mi-temps à l'hôpital, tout en poursuivant leurs études de 2<sup>e</sup> cycle d'études médicales. Ils étaient tous volontaires et inscrits pour l'année 2015. L'étude avait reçu l'aval de l'équipe de Recherche en Ethique de la Faculté de Médecine (EA4686).

Les différents participants ont été sélectionnés selon la méthode d'échantillonnage raisonnée à variation maximale en commençant par les externes du service pour explorer la diversité de perception des étudiants. La variation maximale correspond au fait que chaque classe socio-démographique prédéfinie est représentée par au moins un sujet. Nous avons voulu avoir un échantillon équilibré avec autant d'externes de 4<sup>e</sup> année, de 5<sup>e</sup> année et de 6<sup>e</sup> année.

Les critères retenus ont été : l'année d'étude, le sexe, l'âge (l'âge normal est défini par l'absence de redoublement des étudiants ; l'âge supérieur regroupe les externes ayant redoublé et/ou ayant fait des études avant d'entrer en médecine), la reconversion professionnelle (en effet, certains étudiants en médecine avaient exercé d'autres métiers ou fait d'autres études avant d'étudier à la Faculté de Médecine), le fait d'avoir un ou des parent(s) médecin(s) ou exerçant une profession paramédicale, l'engagement au sein d'associations étudiantes et le statut marital. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. La taille de l'échantillon a été définie au cours de l'étude par l'atteinte de la saturation des données, à savoir le fait qu'aucune nouvelle idée n'était exprimée par les nouveaux participants.

La littérature recense de nombreux facteurs de stress, de dépression et/ou de souffrance au travail chez les étudiants en médecine<sup>21,22</sup>. Ces données ont servi à réaliser un guide d'entretien semi-dirigé (tableau 1). En

**Tableau 1 : Guide d'entretien.**

**Phase 1 – Accueil de l'étudiant en médecine**

- Rappel des enjeux de l'entretien, des conditions de son déroulement, des thèmes abordés et du caractère anonyme du questionnaire
- Parole à l'étudiant (A-t-il des questions ? Veut-il des précisions ?)

**Phase 2 – Temps de questionnement et d'échanges**

- Présentez-vous en quelques mots.
- Pour quelles raisons avez-vous choisi de faire des études de médecine ?
- Quel est votre vécu des différentes années de médecine ?
- Que vous inspire le concours de l'ECN (Epreuves Nationales Classantes ou Examen National Classant) ?
- Que pensez-vous de la qualité de votre formation théorique et pratique ?
- Quelles relations entretenez-vous avec vos pairs, les internes, les seniors, les professeurs et le personnel paramédical ?
- Avez-vous connu des périodes de stress dans le cadre de vos études ou en dehors ? Si oui, pouvez-vous en préciser les circonstances ?
- Avez-vous connu des périodes de déprime ou de dépression dans le cadre de vos études ou en dehors ? Si oui, pouvez-vous en préciser les circonstances ?
- Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?
- Avez-vous connu des périodes de doute et/ou de démotivation au cours de vos études ?
- Comment caractériseriez-vous l'évolution de votre stress et/ou de vos idées dépressives au fur et à mesure de votre avancée dans la formation ?
- Quelles stratégies d'adaptation avez-vous mises en place pour faire face au stress et/ou à la déprime et/ou aux périodes de démotivation ?
- Avez-vous déjà eu l'impression de " mettre entre parenthèses " votre vie personnelle du fait de votre formation ?
- Qu'est-ce que " devenir médecin " selon vous ?
- Si on vous le proposait, referiez-vous à nouveau vos études ?
- Comment envisagez-vous votre avenir ?

**Phase 3 – Conclusion**

- Parole à l'étudiant (A-t-il des remarques à formuler ?)
- Remerciements

amont de l'entretien, les participants ont été informés de la nature et de la finalité de l'étude. Nous avons obtenu le consentement oral de l'ensemble des sujets sélectionnés. L'étude a été réalisée en partenariat avec l'équipe de Recherche en Ethique EA 4686, Ethique, Professionnalisme et Santé de notre Université.

Les entretiens ont été réalisés face à face. Le caractère semi-dirigé des entretiens a laissé aux sujets interrogés toute latitude quant à la manière d'exprimer et de développer tant leurs ressentis que leurs représentations de leur travail. En cas de besoin, l'enquêteur assurait des relances par des paraphrases et des reformulations.

L'analyse des réponses a été réalisée au cours de la collecte des données par deux médecins. Les données ont été analysées selon une logique déductive, basée sur la méthode de la *Grounded Theory*<sup>23,24</sup>. Il s'agit d'un type d'étude qualitative développée en sciences humaines et sociales, encore appelée théorisation ancrée ou méthodologie de la théorisation enracinée. Le principe est d'élaborer une théorie des représentants sociologiques et du vécu, non à partir d'une théorie prédéfinie, mais à partir des

données extraites du terrain. Ici, il s'agissait de données extraites de l'analyse de la narration des externes. On procède par codages successifs, chaque code étant une idée exprimée par la personne qui parle. La première étape a été le codage ouvert qui a repéré de façon systématique les éléments importants évoqués. La deuxième étape a été le codage axial qui a regroupé en établissant des liens les différents codes ouverts. La troisième étape a été le codage sélectif dont l'objectif était de faire ressortir les idées centrales et les liens entre elles.

## RESULTATS

La population était constituée de 12 étudiants. Les durées des entretiens ont oscillé entre 21 minutes et 1 heure et 38 minutes. La saturation des données sur le codage ouvert a été obtenue à partir du 12<sup>e</sup> entretien. La variation maximale a été atteinte avec le 12<sup>e</sup> entretien (tableau 2).

Il y avait 317 codes ouverts et 19 codes axiaux. Ces codes ont été construits à partir de l'analyse en double aveugle du verbatim, par deux médecins différents. Chaque médecin a étudié chaque entretien retranscrit en Word®. Les phrases étaient séparées en codes, à savoir en idées exprimées par les sujets. Puis ces codes sources étaient regroupés en codes axiaux en fonction des thèmes qui y étaient abordés. Trois thèmes ont été définis en codage sélectif : les facteurs professionnels, les facteurs " étude " et les facteurs individuels. Les libellés des codes axiaux et leurs liens avec les codes sélectifs ont été précisés au travers d'une carte conceptuelle (figure).

### Les facteurs professionnels

Le non-respect des horaires et la difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle sont apparus comme négatifs : " *C'est ça qui me fait stresser, de me dire comment je vais pouvoir concilier ma vie personnelle avec la médecine* ". De même, les sureffectifs d'étudiants dans les services (" *On est vraiment trop nombreux dans les services* ") et le travail multisite étaient des contraintes organisationnelles générant de la souffrance au travail.

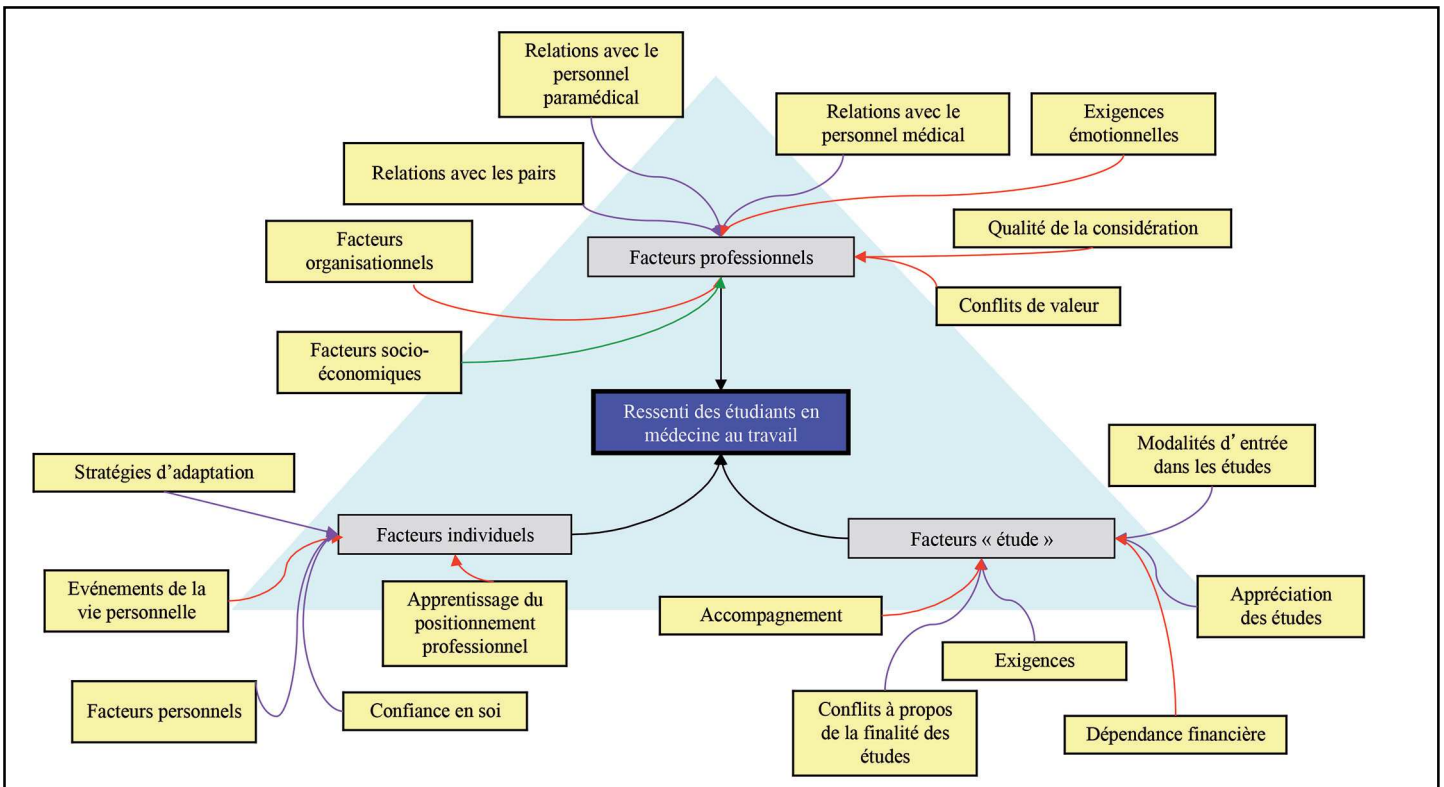
Le contact avec la souffrance d'autrui et le contrôle de ses émotions étaient également sources de souffrance au travail et de remises en question chez les externes : " *J'ai fait un premier stage en psychiatrie que j'ai trouvé très dur parce qu'on n'avait pas eu les cours de psychiatrie et j'ai trouvé que je me posais plein de questions notamment par rapport à moi : pourquoi est-ce que moi je ne suis pas parmi les patients ?* ".

Les relations entre les étudiants en médecine et les différents membres de l'équipe médicale et/ou paramédicale étaient à la fois source d'épanouissement et de souffrance au travail. A l'exception d'une externe qui évoquait une relation de concurrence avec ses pairs, les étudiants en médecine avaient généralement

**Tableau 2 : Répartition des sujets.**

Etudiant	Année d'étude	Sexe		Age		Reconversion professionnelle	Parent(s) médecin(s)	Parent(s) paramédical/aux	Engagement associations	Statut marital étudiantes	
		H	F	" Normal "	Supérieur					Couple	Enfants
1	6		+		+				+		
2	5		+		+			+			
3	6		+		+	+					
4	6	+			+			+		+	
5	5		+		+	+				+	
6	6		+		+			+			
7	4		+		+			+			
8	4		+		+		+				
9	4		+		+	+	+			+	+
10	4		+		+			+		+	
11	6		+		+			+		+	+
12	6		+		+					+	

L'âge normal est défini par l'absence de redoublement des étudiants ;  
l'âge supérieur regroupe les externes ayant redoublé et/ou ayant fait des études avant d'entrer en médecine.



**Figure : Carte conceptuelle.**  
Ressenti positif ; Ressenti négatif ; Ressenti variable.

de bons rapports : " Avec mes pairs, ça se passe bien, il n'y a pas de soucis. Ce sont des amis à moi, je n'ai pas de problème pour me confier quand ça ne va pas ". De même, les relations avec le personnel paramédical étaient plutôt perçues de manière positive. Une étudiante a cependant mentionné avoir eu des difficultés d'intégration au sein de l'équipe paramédicale : " J'ai eu l'impression d'avoir un clan devant moi

et de ne pas savoir comment y entrer ".

Les relations avec l'équipe médicale semblaient être personnes-dépendantes : " Ça dépend avec qui on tombe " mais en général quand on leur pose des questions ils [les médecins] répondent, ils prennent le temps et quand ils voient qu'on est motivé, ça passe bien ". Le discours de certains externes évoquait des

notions de fraternité (" *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 " "*) et de transmission du savoir et/ou de sa passion. D'autres laissaient transparaître un sentiment de délaissement (" *On parle du compagnonnage, c'est un joli mot qui ne veut pas dire grand-chose "*), de manque de reconnaissance (" *Pour tous les autres chefs, on n'existait pas "*), de distance (" *Les seniors, je les trouve difficiles d'accès "*) ou encore de crainte vis-à-vis de leurs aînés (" *Les médecins, en général, j'ai un peu peur de leur parler "*).

L'insuffisance de considération ressortait comme un facteur de souffrance au travail. Certains avaient le sentiment d'être exploités (" *L'impression de faire le boulot que personne ne veut faire, d'être un peu là pour faire du papier plutôt que voir des patients "*) ou encore dévalorisés (" *C'est vrai que dans certains services on a l'impression d'être un peu transparents "*).

Les conflits éthiques, le manque de temps des médecins et le sentiment d'inutilité avaient également un impact négatif sur le sentiment de bien-être au travail. En revanche, le confort de la situation de travail envisagée (sécurité de l'emploi, sécurité financière, nombreuses possibilités d'exercices, possibilité d'évolution de carrière) apparaissait comme un facteur protecteur vis-à-vis de la souffrance au travail.

### **Les facteurs « étude »**

La quantité de travail excessive, la pression temporelle (" *On a beaucoup de choses à apprendre en peu de temps "*) et la complexité importante des études étaient les principales difficultés. De même, les modalités d'apprentissage (" *J'ai eu beaucoup de mal à tout " apprendre par cœur " comme le veulent les études de médecine "*), la longueur des études (" *J'ai l'impression qu'on n'en finira jamais, que c'est pas pour tout de suite "*) et le redoublement (" *La plus grosse période de stress dans mon externat c'est quand j'ai redoublé "*) apparaissaient comme des facteurs de souffrance au travail. La qualité des cours était plus ou moins appréciée par les étudiants. En effet, certains externes faisaient part de leur intérêt pour les cours (" *Il y a des profs qui sont très impliqués, qui vont faire des cours très bien, très didactiques et vivants "*) alors que d'autres estimaient que le contenu des cours était incomplet (" *Dans la théorie, il nous manque des choses pratiques "*) ou encore insuffisant.

Les étudiants avaient le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés au cours de leurs études : " *Je trouve que les profs ne s'investissent pas assez, ils prennent juste un " copier-coller " du livre et puis c'est tout "*. De plus, l'absentéisme ou le retard de certains professeurs étaient perçus de façon péjorative par les externes : " *Le prof, il a encore une heure de retard, ça me " saoule ", j'en ai marre "*.

La régularité du travail, les partiels (" *Des fois je suis stressée parce que je me dis que je ne serai jamais prête pour les partiels "*) et les ECN (Épreuves Nationales Classantes, aussi appelées l'Examen National Classant, à la fin de la 6<sup>e</sup> année) (" *C'est beaucoup de pression, enfin je pense aussi que je me mets beaucoup de pression pour avoir une bonne place "*) étaient sources de souffrance chez la majorité des étudiants. Néanmoins, l'établissement d'objectifs précis permettait à certains externes de maintenir et/ou de stimuler leur motivation pour les études : " *Vu que j'ai eu un projet d'une spécialité à la fin de la D2 ça m'a poussé... "*.

La dépendance financière du fait de leur statut d'étudiant semblait peser sur le moral des externes : " *On ne peut pas subvenir à nos besoins (...), on a quand même besoin tous de nos parents je pense "*.

### **Les facteurs individuels**

La confiance en soi était très hétérogène chez les étudiants en médecine. Ainsi, certains externes avaient plutôt une bonne estime d'eux-mêmes (" *Je me suis toujours dit que je ne serai pas meilleure et pas plus nulle que les autres "*) alors que d'autres semblaient manquer d'assurance (" *J'ai des doutes sur ma capacité à réussir "*).

L'apprentissage du positionnement professionnel s'avérait difficile pour la plupart des sujets interrogés. Il passait au travers de la comparaison aux autres (" *Je n'ai jamais été aussi motivée que les autres "*) et suscitait des sentiments d'inquiétude et de culpabilité (" *Je me sentais vraiment responsable des patients. Quand il leur arrivait un " truc ", j'avais l'impression que c'était de ma faute "*).

L'environnement socio-familial soutenant (" *C'est plus en consacrant du temps aux gens que j'aime que j'arrive à moins stresser parce qu'ils me font relativiser les choses "*), la pratique de loisirs ou encore le fait d'avoir eu une expérience professionnelle antérieure (" *Je pense par contre que le fait que j'ai fait autre chose avant est en mon avantage parce que finalement ils [les médecins] sont plus compréhensifs, ils sont moins exigeants peut-être avec moi "*) apparaissaient comme des facteurs personnels protecteurs vis-à-vis de la souffrance au travail. A contrario, les externes dont la situation familiale était compliquée éprouvaient plus de souffrance que les autres : " *J'ai pas mal de " trucs " à côté qui font que je suis un peu stressée, la situation familiale c'est pas trop ça en plus du reste "*. De même, le temps passé dans les transports avait un impact négatif sur la santé mentale des étudiants.

Les événements négatifs de la vie personnelle (décès ou maladie d'un proche, maladie personnelle, difficulté pour trouver un logement) étaient également vecteurs de souffrance chez les étudiants en médecine : " *J'ai pas souvent été stressée pour les études à part l'année dernière où j'étais malade "*.

Face aux situations génératrices de souffrance au travail, les externes développaient des stratégies d'adaptation : distanciation (" *Ça se passe mieux. Je me mets moins de pression par rapport aux cours* "), renforcement positif (" *J'essaie de me reconforter en me disant : " mais si allez, il te reste une semaine. En une semaine, tu as largement le temps de tout faire "* "), évitement (" *J'évite de me mettre dans des situations difficiles* "), compensations d'ordre alimentaire (" *Avec le stress, je me suis peut-être mise à manger plus, à grignoter* "). Une externe avait pour sa part eu recours à un traitement médicamenteux pour faire face selon elle à une situation de souffrance au travail : " *Elle m'a mis du Prozac® et depuis ça va très bien* ".

## DISCUSSION

Cette étude qualitative a permis de mettre en narration le ressenti des étudiants en médecine face à leur travail dans un C.H.R.U. L'analyse thématique a mis en lumière plusieurs facteurs influençant dans un sens positif ou négatif la perception que les externes se faisaient tant de leur travail que des conditions dans lesquelles ils exerçaient.

Parmi les facteurs professionnels, l'aspect organisationnel du travail (non respect des horaires, difficulté à concilier vie professionnelle et vie personnelle, etc...) ainsi que les exigences émotionnelles (contact avec la souffrance d'autrui, contrôle obligé de ses émotions face au public) apparaissaient comme pourvoyeurs de souffrance au travail. De même, les conflits de valeur et l'insuffisance de considération dont témoignaient les externes avaient un impact négatif sur le sentiment de bien-être au travail. Les relations interpersonnelles étaient pour leur part à la fois génératrices de souffrance et d'épanouissement au travail. Enfin, le confort de la situation de travail envisagée (sécurité de l'emploi, sécurité financière, possibilité d'évolution de carrière, etc...) contrebalançait largement la dépendance financière inhérente aux études de médecine.

Les études étaient globalement perçues comme difficiles par les externes ; d'autant plus que ces derniers avaient le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés par leurs aînés. Les facteurs individuels, qu'ils soient positifs ou négatifs, avaient également un effet non négligeable sur le ressenti des étudiants face à leur travail. Ainsi, les externes qui avaient une bonne estime d'eux-mêmes et qui bénéficiaient d'un environnement socio-familial soutenant semblaient plus à même de faire face aux situations de souffrance au travail. D'autre part, en fonction de la stratégie d'adaptation adoptée, les étudiants géraient plus ou moins efficacement les situations génératrices de souffrance au travail.

Les variations de ressenti entre les externes auraient *a priori* pu s'expliquer en fonction des parcours de formation. L'hypothèse serait que les différents stages n'exposent pas aux mêmes niveaux de

contraintes. Dans notre étude, les contradictions apparentes des propos des externes sont en lien avec la réalité des stages hospitaliers. Ainsi, si certains externes ont déclaré souffrir du manque de tâches à accomplir à l'hôpital ou encore du manque de valorisation, d'autres au contraire ont déclaré avoir eu trop de responsabilités à l'hôpital. Dans une étude récente, Dyrbye *et al.* ont analysé la détresse au travail des étudiants en fin d'externat, au moment de l'orientation en spécialité. L'étude était quantitative<sup>25</sup>. Il n'y avait pas de différence significative au questionnaire qualité de vie en fonction des orientations vers telle ou telle spécialité. En revanche, l'étude du BO par le questionnaire MBI (*Maslach Burn Out Inventory*) montrait des différences sur les scores de dépersonnalisation entre les étudiants choisissant la chirurgie et ceux choisissant la médecine (médecine générale ou toute autre spécialité purement médicale). Dans notre étude, nous n'explorons pas les variations en fonction des stages et des orientations pour plusieurs raisons. D'une part, les externes n'avaient pas encore choisi leur future spécialité ; d'autre part, les choix de stages en cours d'externat étaient limités dans notre université si bien que les externes avaient des parcours comparables. En outre, l'analyse du verbatim ne faisait pas ressortir dans notre étude des différences selon les parcours de stages. Une étude orientée sur ce thème pourrait compléter nos données.

Mais les variations individuelles entre externes, plus ou moins liées aux événements de vie<sup>26</sup>, ne doivent pas faire oublier que les externes sont plus susceptibles de présenter une souffrance ou des troubles réactionnels, anxieux ou de l'humeur ou encore un syndrome d'épuisement que la population générale<sup>27</sup>. Dans une étude aux Etats-Unis, les étudiants en médecine, à chaque niveau de formation depuis leurs études à leur assistantat en passant par leur internat, ont été comparés à des populations d'étudiants de niveau universitaire comparable dans d'autres filières. Les résultats ont montré que les externes présentaient plus de syndromes d'épuisement professionnel et plus de symptômes dépressifs que les autres étudiants ( $p < 0,0001$ )<sup>19</sup>. Ceci laisse supposer que les études en médecine contribuent en elles-mêmes au risque de développer une souffrance au travail, d'autant plus qu'en début d'étude, les étudiants en médecine présentent moins de syndromes d'épuisement ou de symptômes dépressifs que les autres étudiants<sup>18</sup>.

Nous aurions pu supposer que cette situation était due au contact avec les patients en situation de détresse ou avec la souffrance des familles. Dans notre étude, les étudiants en médecine n'ont pas exprimé de difficultés au contact des patients. A l'inverse, ils ont verbalisé plutôt des difficultés par la mise en situation pratique avant l'apprentissage théorique. Les stages sont en effet affectés, dans notre Université, en fonction de modules de cours théoriques qui regroupent plusieurs organes. Ainsi un étudiant peut faire tel stage et ne suivre les cours correspondants que plusieurs semaines après ; il est donc amené à travailler dans un service traitant de pathologies qu'il ne connaît pas.

Cette mise en situation sans connaissance préalable était source d'inquiétude pour les externes de notre étude. La question de savoir à quel moment dispenser un enseignement se pose régulièrement. C'est en particulier le cas pour les notions d'éthique, de relation et de positionnement avec les patients<sup>28</sup>. Certains enseignants profitent des cours de sciences fondamentales pour éduquer aux grandes notions déontologiques, comme le secret professionnel, avant que les élèves n'aillent en stage<sup>29</sup>. Les données de la littérature montrent ainsi une diminution de l'empathie des étudiants en médecine au cours de leurs études, particulièrement en 3<sup>e</sup> année, lors de la découverte des stages cliniques<sup>30,31</sup>. Les interviews que nous avons faites montraient que les étudiants se posaient des questions sur la pertinence éthique des soins et sur leur place dans les soins. Les difficultés à trouver une place dans les équipes lors de stages, tout en découvrant les connaissances théoriques permettant de comprendre les prises en charge, doivent préoccuper les étudiants plus que la relation avec le patient en elle-même.

Une des premières limites de notre étude était liée au choix des critères pour obtenir la variation maximale. Nous n'avons en effet pas pris en compte l'antériorité du parcours d'externat (stages en médecine, psychiatrie ou chirurgie). Nous avons fait ce choix car les externes de notre faculté ont des maquettes de stages en grande partie comparables. Le fait que l'enquêteur soit un médecin pourrait sembler une limite dans la mesure où son recul est différent de celui d'une personne extérieure à la population étudiée. Cependant, cela permettait de mieux comprendre le langage oral des personnes interrogées et d'accéder aisément à la population étudiée. Un autre avantage de ce travail était la participation franche des sujets enquêtés. De plus, les étudiants qui avaient accepté de prendre part à notre étude avaient généralement déjà remis en question le sens de leurs études et étaient donc plus à même de décrire leur ressenti par rapport à leur travail. L'analyse des données de notre étude n'a pas été triangulée ; nous aurions pu faire, en effet, un retour des résultats et de notre interprétation avec le groupe réuni dans son ensemble pour dégager de nouveaux axes du ressenti des étudiants. Une telle approche aurait peut-être enrichi nos résultats, mais nous l'avons écartée car elle aurait imposé de renoncer à l'anonymat des sujets. Néanmoins, la méthodologie utilisée nous a permis de répondre avec pertinence à la question de recherche.

La santé mentale des médecins est un sujet de plus en plus préoccupant. Notre étude, en prêtant plus particulièrement attention aux externes, a montré que la souffrance au travail est présente dès les premières années d'étude de médecine. Dès lors, il paraît primordial de dépister les étudiants à risque dès le début de leur formation. La mise en place d'entretiens médicaux annuels où la question de souffrance au travail serait systématiquement abordée pourrait être une première étape. Cette approche permettrait de proposer un suivi adapté aux externes en difficulté et

de les déculpabiliser en mettant en avant la prévalence de cette problématique chez les internes mais aussi chez les médecins. Dans le même ordre d'idée, les étudiants pourraient bénéficier de séminaires de formation sur la manière de se positionner dans les équipes soignantes afin de favoriser leur intégration dans les services hospitaliers. De même, la possibilité de pouvoir exprimer ses sentiments face à la pratique de la médecine, aux études et aux patients à la suite de consultations médicales, a également des conséquences positives sur le ressenti des étudiants en médecine telles que le montre l'étude de Schweller *et al.*<sup>32</sup>. Des groupes de parole type Balint<sup>33</sup> permettant la mise en parole des affects qui envahissent les consultations médicales devraient être valorisés afin de limiter le risque de BO chez les externes. Des programmes de gestion du stress dans le cadre de la formation médicale pourraient également être créés. Aux Etats-Unis et en Norvège, des thérapies psychologiques préventives (relaxation, groupe de paroles) ont déjà montré leur efficacité pour réduire l'anxiété et le stress chez les étudiants en médecine<sup>34,35</sup>. On peut également encourager les étudiants à recourir aux moyens de décharge émotionnelle tels que la pratique d'une activité sportive ou encore le fait de parler de ses problèmes à son entourage<sup>36-38</sup>. De plus, il semble important de former les seniors et les internes à l'encadrement des externes et de définir clairement les objectifs et les rôles de l'externe pour chaque terrain de stage. Bien entendu, il conviendrait également de travailler sur les organisations de travail. Enfin la prévention devrait également inclure le dépistage de troubles psychologiques chez les étudiants<sup>39</sup>. Lorsqu'ils consultent leur médecin généraliste, celui-ci devrait les interroger systématiquement pour dépister un trouble réactionnel en lien avec leurs études et leur travail hospitalier. Ceci pourrait d'ailleurs les aider à apprendre la communication médecin-patient<sup>40</sup>.

## CONCLUSION

La formation médicale présente des risques pour la santé mentale des médecins de demain. Cette étude a exploré de manière qualitative le ressenti des étudiants en médecine face à leur travail dans un C.H.R.U. L'analyse thématique a mis en lumière 3 grandes catégories de facteurs influençant, dans un sens positif ou négatif, la perception que les externes se faisaient tant de leur travail que des conditions dans lesquelles ils exerçaient : les facteurs professionnels, les facteurs " étude " et les facteurs individuels. Ainsi, si le sentiment d'être exploités ressortait comme un facteur majeur de souffrance au travail chez les internes, les externes évoquaient davantage des problématiques de délaissement, de manque de reconnaissance ou encore d'accompagnement insuffisant. Nous avons suggéré quelques pistes de réflexion quant aux solutions qui pourraient être apportées. En outre, le dépistage des troubles réactionnels (humeur, anxiété, BO) devrait être systématique lorsqu'un étudiant en médecine consulte en médecine générale.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

- Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1975;12(1):73-82.
- Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burnout du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*. 2011;32(4):407-12.
- Angerer P, Petru R, Nowak D, Weigl M. Working conditions and depression in physicians. *Dtsch Med Wochenschr*. 2008 Jan;133(1-2):26-9.
- Thomas NK. Resident burnout. *JAMA*. 2004;292(23):2880-9.
- Burn Out des Médecins Libéraux: l'enquête qui dit tout. (Consulté le 02/08/17). URPS Médecin libéral en Bourgogne Franche-Comté [Internet]. <http://www.urps-med-bourgogne.org/?publication=burn-out-des-medecins-liberaux-lenquete-qui-dit-tout>
- Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, Tan L, Sotile W, Satele D *et al*. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015 Jan;24(1):30-8.
- Sørensen JK, Pedersen AF, Bruun NH, Christensen B, Vedsted P. Alcohol and drug use among Danish physicians. A nationwide cross-sectional study in 2014. *Dan Med J*. 2015;62(9).
- Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry*. 2004;161(12):2295-302.
- Gold MS, Frost-Pineda K, Melker RJ. Physician suicide and drug abuse. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):1390.
- Dejours C, Molinier P. Le travail comme énigme. *Sociologie du Travail*. 1994;36:35-44.
- Lestienne Crémère M. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative. (Consulté le 02/08/17). [Internet]. Université Paris Descartes;2014. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100440/document>
- Yusoff MS, 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.
- 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(6 Pt 1):976-82.
- 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(6):494-501.
- 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(2):196-202.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS *et al*. Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med*. 2010;85(1):94-102.
- Dyrbye LN, Harper W, Durning SJ, Moutier C, Thomas MR, Massie FS *et al*. Patterns of distress in US medical students. *Med Teach*. 2011;33:834-9.
- Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C *et al*. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med*. 2014 Nov;89:1520-5.
- Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J *et al*. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*. 2014 Mar;89:443-51.
- Karasek R. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain - Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285-308.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005 Dec;80(12):1613-22.
- Tempeski 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.
- Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;23:147-81.
- Laperrière A. La théorisation ancrée (grounded theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Meyer R et Pires AP. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques. Montréal:Gaëtan Morin éditeur;1997:309-32.
- Dyrbye LN, Moutier C, Durning SJ, Massie FS, Power DV, Eacker A *et al*. The problems program directors inherit: medical student distress at the time of graduation. *Med Teach*. 2011;33(9):756-8.
- Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA *et al*. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med*. 2006;81(4):374-84.
- Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*. 2013;10(4):242-5.
- Walton M, Jeffery H, Van Staaldin S, Klein L, Rothnie I. When should students learn about ethics, professionalism and patient safety? *Clin Teach*. 2013;10(4):224-9.
- Graham HJ. Patient confidentiality: implications for teaching in undergraduate medical education. *Clin Anat*. 2006;19(5):448-55.
- Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al*. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86(8):996-1009.
- Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA *et al*. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009;84(9):1182-91.
- Schweller M, Costa FO, Antônio MÂ, Amaral EM, de Carvalho-Filho MA. The impact of simulated medical consultations on the empathy levels of students at one medical school. *Acad Med*. 2014;89(4):632-7.
- Roberts M. Balint groups : a tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician*. 2012;58(3):245-7.
- Finkelstein C, Brownstein A, Scott C, Lan Y-L. Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. *Med Educ*. 2007;41(3):258-64.
- Holm M, Tyssen R, Stordal K, Haver B. Self-development groups reduce medical school stress: a controlled intervention study. *BioMed Central Education*. 2012;10:1-8.



36. Morneau-Sévigny F, Dodin S, Lamontagne G, Rochefort L, Belleville G. Sources et moyens de réduction du stress chez les étudiants en médecine/: analyse d'entretiens focalisés. *Pédagogie Médicale*. 2013;14(1):9-15.
37. Shaikh BT, Kahloon A, Kazmi M, Khalid H, Nawaz K, Khan N *et al*. Students, stress and coping strategies: a case of Pakistani medical school. *Educ Health (Abingdon)*. 2004;17(3):346-53.
38. Fares J, Al Tabosh H, Saadeddin Z, El Mouhayyar C, Aridi H. Stress, Burnout and Coping Strategies in Preclinical Medical Students. *N Am J Med Sci*. 2016;8(2):75-81.
39. Mayer R. Le Carabin. *Rev Med Brux*. 2015;36(6):519-20.
40. Richard S, Pardoën D, Piquard D, Fostier P, Thomas JM, Vervier JF *et al*. La perception de l'apprentissage à la communication médecin-patient de l'étudiant en Faculté de Médecine. *Rev Med Brux*. 2012;33(6):525-30.

**Correspondance et tirés à part :**

R. POUGET  
Rue Jules Lesven, 117bis  
F - 29200 Brest  
E-mail : richard.pouget@live.fr

Travail reçu le 17 août 2017 ; accepté dans sa version définitive le 11 octobre 2017.