Université Sorbonne
Paris Cité

Thèse de doctorat de
L'Université Sorbonne Paris Cité
Préparée à l'Université Paris Diderot
Ecole doctorale de Psychopathologie et Psychanalyse 450

Devenir médecin militaire: quels enjeux psychiques et psychopathologiques?

Un état des lieux de la santé mentale d'une population d'étudiants en médecine militaires

Par Florence Robin

Thèse de doctorat de Psychopathologie et de psychanalyse

Dirigée par Fethi Benslama

Présentée et soutenue publiquement à Paris le 28 novembre 2017

Président du jury : Alain Vanier, Professeur des Universités, Université Paris Diderot
Rapporteurs : Krebs, Marie- Odile, Professeur des Universités, Université Paris Descartes
Baubet Thierry, Professeur des Universités, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité
Directeur de thèse : Benslama Fethi, Professeur des Universités, Université Paris Diderot
Membre invités : Franck de Terrasson de Montleau, Professeur agrégé du Val de Grâce

Except where otherwise noted, this work is licensed under
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/

ROBIN Florence – Thèse de doctorat – Année 2017

Titre : Devenir médecin militaire: quels enjeux psychiques et psychopathologiques ?
Un état des lieux de la santé mentale d'une population d'étudiants en médecine militaires

Résumé :

OBJECTIFS : L'objectif principal de cette étude était de réaliser une perspective globale de la santé mentale d'une population d'étudiants en médecine militaires, sur des années ciblées du cursus en déterminant la part de l'épuisement professionnel dans les symptômes rencontrés.

Les objectifs secondaires étaient de proposer une compréhension intégrative et interdisciplinaire des problématiques psychiques, de mettre en évidence des facteurs de risque individuels, collectifs et situationnels favorisant l'apparition éventuelle de troubles psychiques, d'identifier des points de soutien institutionnels existants ou à développer.

METHODES : Une méthodologie mixte associant étude quantitative et qualitative était utilisée. Il s'agit d'une étude transversale répétée quantitative et descriptive par un questionnaire auto-administré anonyme. L'épuisement professionnel était évalué par le MBI- GS pour les étudiants de 1ere et de 2eme année, par le MBI-HSS pour les étudiants de 4eme et de 8eme année.

RESULTATS : 393 auto-questionnaires ont été distribués, 327 ont été recueillis et 261 ont été analysés, soit un taux de réponse global de 83,20%. La moyenne d'âge de la population était de 21, 5 ans, 46% étaient des hommes, 54% étaient des femmes ; 35,6% étaient en première année d'étude, 14,9% étaient en deuxième année, 23,8% étaient en quatrième année, enfin 25,7% étaient des internes en 8° année d'études ; parmi les internes, 82,1% étaient en médecine générale et 17,9% étaient internes de spécialité hospitalière. Ces scores correspondaient à un pourcentage global des étudiants présentant un fort épuisement émotionnel de 12,3% ; 25,3% exprimaient une forte dépersonnalisation et 18,6% un faible accomplissement personnel. Le pourcentage d'internes présentant un fort épuisement émotionnel était de 35,7% ; 38,0% exprimaient une forte dépersonnalisation et 37,1% un faible accomplissement personnel ; L'étude montrait que les scores médians d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation s'aggravaient au cours des études de manière significative ($p < 0,001$) ; les scores médians d'accomplissement personnel restaient modérés de la première à la huitième année, n'augmentant pas en fin de parcours universitaire ; 9,8% des élèves de 4ème année et 21,2% des élèves de 8ème année présentaient des pensées de mort pour eux-mêmes ou avaient réalisé une tentative de suicide.

ANALYSE ET DISCUSSION : L'étude qualitative par théorisation ancrée montrait que devenir médecin militaire implique des antécédents personnels marqués par l'idéal et l'identification ; il s'agit d'être à la fois d'être médecin mais aussi militaire dans une temporalité contrainte marquée par l'apprentissage parfois inadapté de la connaissance scientifique médicale et d'un éthos militaire, où l'influence des groupes est fondamentale ; les tensions entre savoir et pouvoir sont marquées, surtout dans la violence de la confrontation à la mort. Le ressenti variait entre les hommes et les femmes mais l'association des normes et des injonctions militaires au mode de vie médical entrainait pour une globalité des sentiments négatifs d'anxiété, de solitude et d'incertitude majeure envers l'avenir. Différentes stratégies de prévention et de prise en charge sont proposées.

Mots clefs : étudiant- médecine –militaire- santé mentale- burnout

ABSTRACT:

Title : Becoming a military medical doctor: what psychological and psychopathological issues ? An overview of the mental health in a population of military medical students

OBJECTIVE : The main objective of this study was to achieve a global mental health perspective in a population of military medical students, over targeted years of the curriculum by determining the extent of burnout. The secondary objectives were to propose an interdisciplinary understanding of psychic problems, to highlight individual, collective and situational risk factors favoring the possible appearance of psychic disorders, to identify institutional support points or to developed ones.

METHOD : A mixed methodology combining quantitative and qualitative study was used. This is a cross-sectional study repeated quantitatively and descriptively by an anonymous self-administered questionnaire. Professional burnout was assessed by the MBI-GS for 1st and 2nd year students, by the MBI-HSS for students in the 4th and 8th years.

RESULTS: 393 self-questionnaires were distributed, 327 were collected and 261 were analyzed, an overall response rate of 83.20%. The average age of the population was 21. 5 years, 46% were men, 54% were women; 35.6% were in the first year of study, 14.9% were in the second year, 23.8% were in the fourth year, and 25.7% were residents in the eighth year. Among the residents, 82.1% were general practitioners and 17.9% were specialty hospital residents. These scores corresponded to an overall percentage of students with a high emotional exhaustion of 12.3%. 25.3% expressed a strong depersonalization and 18.6% a low personal achievement. The percentage of residents with high emotional exhaustion was 35.7%; 38.0% expressed a strong depersonalization and 37.1% a low personal achievement. The study showed that median scores of emotional exhaustion and depersonalization was worsening significantly ($p < 0.001$). The median personal achievement scores remained moderate from the first to the 8^{th} grade, not increasing at the end of the university; 9.8% of 4^{th} year and 21.2% of 8^{th} year students had suicidal ideation or made a suicide attempt.

ANALYSIS AND DISCUSSION : The qualitative study by grounded theory showed that becoming a military doctor implies personal antecedents marked by ideal and identification. It is a matter of being both a doctor and a military in a constrained temporality marked by the sometimes inadequate learning of medical scientific knowledge and a military ethos where the influence of groups is fundamental. The tensions between knowledge and power are marked, especially in the violence of confrontation with death. Feelings varied between men and women, but the association of military norms and injunctions with the medical lifestyle leads to an overall negative feeling of anxiety, loneliness and major uncertainty about the future. Different strategies for prevention and medical management are proposed

Keywords : students, medicine, military, mental health, burnout

A Madame le Professeur Marie Odile Krebs

Professeur Universitaire

Praticien Hospitalier

Laboratoire de physiopathologie de Maladies Psychiatriques,

Centre de Psychiatrie et Neurosciences

Service Hospitalo Universitaire – S14

Centre Hospitalier Sainte-Anne

Institut de Psychiatrie (GDR 3557)

A Monsieur le Professeur Thierry BAUBET

Professeur Universitaire

Praticien Hospitalier

Chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée de l'Hôpital Avicenne, AP-HP Bobigny.

Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, EA 4403

CESP Inserm 1178

A Monsieur le Professeur Fethi Benslama

Professeur des Universités

Directeur de l'UFR d'études psychanalytiques

Université Paris Diderot

A Monsieur le Médecin Chef des Services Franck de MONTLEAU

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Chevalier de l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

Remerciements

A mes enfants et à Alain

Merci pour votre soutien et votre amour durant toutes ces années

A mes parents, à mon frère et à mes beaux- parents

A tous mes amis médecins militaires

A tous les étudiants rencontrés au cours de ce travail,
en particulier Elisabeth
Pierre Nicolas, Marie, Alexandre

A toute l'équipe du Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées
Pour son aide précieuse

TABLE

Remerciements 6

INTRODUCTION GÉNÉRALE 13

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PRESENTATION DE L'ETUDE 21

1 JUSTIFICATION ET CONTEXTE DE L'ETUDE *22*

1.1 Le concept de santé mentale : définition et déterminants **22**

1.2 Le concept du burnout **22**

1.2.1 Un concept aux définitions multiples 22

1.2.2 Historique du concept 23

1.3 Les critères diagnostiques du syndrome d'épuisement professionnel **25**

1.3.1 Des manifestations spécifiques 25

1.3.2 Des manifestations aspécifiques 26

1.3.3 Le diagnostic différentiel 27

2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES ETUDIES *27*

2.1 Objectifs **27**

2.2 Hypothèses **27**

3 POPULATION, MATERIEL ET METHODES *28*

3.1 ORGANISATION GENERALE DE L'ETUDE **28**

3.2 CHOIX de la POPULATION D'ETUDE **28**

3.3 ENQUETE QUANTITATIVE **30**

3.4 ENQUETE QUALITATIVE **38**

CHAPITRE DES RÉSULTATS 42

1 RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE *42*

1.1 Taux de réponse **42**

1.2 Caractéristiques générales de la population **43**

1.2.1 Données sociodémographiques 43

1.2.2 Autres caractéristiques biodémographiques 44

1.3 Scolarité et projet professionnel **45**

1.4 Etudes et parentalité **53**

1.5 Mode de vie au cours des 12 derniers mois 54

1.6 Santé des étudiants au cours des 12 derniers mois 58

1.7 Evaluation de l'épuisement professionnel (analyses uni et multivariées) 68

1.7.1 MBI à 16 items pour les réponses des étudiants de 1ère et 2ème année 68

1.7.2 MBI à 22 items pour les réponses des étudiants de 4ème et 8ème année 69

1.7.3 Analyses bi variées des scores MBI 71

1.7.4 Analyses multivariées des facteurs associés à l'épuisement émotionnel pour les internes en 8eme année 80

1.8 Stress professionnel (uniquement pour les élèves de 8ème année) 81

1.9 Craintes liées à un engagement en opérations extérieures 82

1.10 Suggestions et propositions de prise en charge 83

2 RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE 86

2.1 Participants 86

2.2 Résultats 88

2.2.1 Thématiques identifiées 88

2.2.2 Théorie explicative 90

DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE 92

1 Les forces de l'étude 92

1.1 Des thématiques au cœur de l'actualité 92

1.1.1 Le syndrome d'épuisement professionnel 92

1.1.2 La santé des soignants 93

1.2 Une population originale 95

1.3 Une méthodologie mixte 95

2 Les limites de l'étude 98

2.1 Puissance de l'étude 98

2.2 Elaboration du questionnaire 99

2.2.1 Sur la forme 99

2.2.2 Sur le fond 99

2.3 Temporalité de l'étude 100

2.4 Les biais 101

2.5 Les qualités psychométriques de l'échelle MBI 101

2.5.1 Les critères de validité du MBI 102

2.5.2 La fidélité 102

2.5.3 La sensibilité 103

DISCUSSION GÉNÉRALE 105

1ère PARTIE : LES ENJEUX DU DEVENIR MÉDECIN 105

1 Chapitre I : Antécédents personnels et familiaux 105

1.1 La constitution de l'idéal 105

1.2 Différentes modalités de l'idéal médical 108

1.2.1 Un idéal vocationnel prééminent 108

1.2.2 D'autres modalités de l'idéal : altruisme et dévouement 110

1.3 Le concept de surmoi culturel 112

1.4 Des mécanismes identificatoires 114

1.4.1 Définition freudienne du concept d'identification 114

1.4.2 La première identification totale du moi 115

1.4.3 L'identification partielle au trait de l'objet 116

1.5 Des compétences scientifiques et humanistes 117

2 Chapitre II : Le mode de vie médical 121

2.1 Une temporalité contrainte 121

2.1.1 Un cursus long et exigeant 121

2.1.2 Une lutte permanente contre le temps 127

2.2 Existe-t-il un désir de savoir ? 129

2.2.1 La pulsion « épistémophilique » 129

2.2.2 Quel est l'objet en médecine ? 130

2.2.3 Comment le désir du médecin se constitue-t-il ? 132

2.3 Hiérarchie et « a-culturation » de l'étudiant en médecine 133

2.4 Maltraitance ordinaire et identification à l'agresseur 135

2.5 Une confrontation au corps somatique 137

2.6 Une « dyschronie » de la confrontation à la mort 138

3 Chapitre III : Symptômes de la « maladie du médecin » 140

3.1 Stress et troubles anxieux 140

3.1.1 Définitions et stades 140

3.1.2 Conséquences neurophysiologiques du stress chronique 141

3.1.3 Stress lié au parcours académique 142

3.1.4 Stress professionnel des internes lié à la prise en charge des patients 143

3.2 Troubles du sommeil 144

3.3 Dépression 144

3.3.1 Données épidémiologiques chez les étudiants 145

3.3.2 Données spécifiques sur les étudiants en médecine 145

3.4 Addictions et conduites à risque 147

3.4.1 Principaux résultats de notre étude 147

3.4.2 Comparaison aux autres données épidémiologiques 148

3.5 Conduites suicidaires 150
3.5.1 Données épidémiologiques générales 151
3.5.2 Données épidémiologiques chez les médecins 151
3.5.3 Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature 155

2ème PARTIE : ENJEUX DU DEVENIR MILITAIRE 157

4 Chapitre IV : L'anamnèse 157

4.1 L'appartenance à un corps spécifique ancré dans l'histoire 158

4.2 Une méconnaissance initiale de l'éthos militaire 160

4.3 Une sélection des étudiants du service de santé 163
4.3.1 Des critères d'excellence académique 163
4.3.2 Des normes d'aptitude psychologique 164
4.3.3 L'aptitude psychiatrique en milieu militaire 164
4.3.4 Un repérage précoce des étudiants vulnérables 166

5 Chapitre V : Le mode de vie militaire 168

5.1 Un acte d'engagement 168

5.2 Une vie en communauté 170

5.3 Hiérarchie, Discipline et classement 171
5.3.1 L'organisation hiérarchique 171
5.3.2 La discipline militaire 172
5.3.3 Un classement permanent des élèves depuis l'entrée à l'école 173

5.4 Une préparation aux missions spécifiques du médecin militaire 175
5.4.1 Des enseignements dédiés et supplémentaires 175
5.4.2 Les spécificités de l'engagement en médecine militaire 176

6 Chapitre VI : Des interrogations existentielles et éthiques 180

6.1 Genre, famille et parentalité 180
6.1.1 Les conséquences de la féminisation du service de santé 180
6.1.2 De la parentalité 182

6.2 Un sentiment de solitude et d'isolement 185
6.2.1 Une solitude professionnelle 185
6.2.2 Un célibat choisi ou subi 185
6.2.3 La capacité d'être seul 186

6.3 Le médecin militaire et la mort : sacrifice, violence et transgression 188
6.3.1 De l'héroïsme 188
6.3.2 « L'éthique en ligne de mire » 190

3ème PARTIE : HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE 192

7 Chapitre VII : La rencontre d'un sujet, d'un patient et d'un environnement 192

7.1 Des profils de personnalités spécifiques 192

7.1.1 Une illusion de toute puissance 193
7.1.2 Quand le médecin devient « patient » 194

7.2 La relation médecin- patient et la spécificité de la prise en charge du patient militaire 195
7.2.1 Fatigue de compassion, traumatisme par procuration 195
7.2.2 Le lit d'un potentiel état de stress post-traumatique 196

7.3 Les contraintes des milieux 199
7.3.1 Les contraintes de la formation médicale 199
7.3.2 Les contraintes de l'engagement en médecine militaire 199

8 Chapitre VIII : Un syndrome d'épuisement professionnel 203

8.1 Synthèse diachronique des résultats 204

8.2 Épidémiologie comparée du burnout 206
8.2.1 Selon les pays 206
8.2.2 Selon les caractéristiques personnelles 208
8.2.3 La spécialité ou le type de professionnels de santé 210
8.2.4 Chez les militaires 211

9 Chapitre IX : Un syndrome d'épuisement professionnel 212

9.1 Des mesures prévention primaire 213
9.1.1 Diminuer la charge de travail 213
9.1.2 Améliorer le suivi médical des étudiants 215
9.1.3 Diminuer la charge psychologique des internes 217
9.1.4 Améliorer l'autonomie, la reconnaissance, la considération 218

9.2 D'autres possibilités de prévention 220
9.2.1 Les thérapies cognitivo-comportementales et autres techniques de gestion du stress 221
9.2.2 Méditation de pleine conscience et "self care" 221
9.2.3 Des techniques militaires spécifiques d'optimisation du potentiel (TOP) 222
9.2.4 Des mesures de prévention tertiaire 224
9.2.5 Un nécessaire changement de paradigme ou la mise en place d'une prévention primordiale 227

9.3 De l'empathie 228
9.3.1 Définitions et origine du concept 229
9.3.2 Différentes approches et évolutions 229
9.3.3 Enseigner, cultiver et valoriser l'empathie 232

Conclusion générale 234

10 Bibliographie 241

11 Annexes 260

12 Liste des figures 356

13 Liste des tableaux 357

Liste des abréviations

AP : Accomplissement personnel
CAA : Conduites auto-agressives
DP : Perte d'empathie ou dépersonnalisation
DES : Diplôme d'études spécialisées
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DFGSM2 : 2ème année des études médicales
DFSAM1 : 4ème année des études médicales
ECN : Examen classant national
EE : Épuisement émotionnel
ESA : École de Santé de Lyon
ET : Écart-type
EVDG : École du Val de Grâce
GHQ : General Health Questionnaire
HAS : Haute autorité de santé
HIA : Hôpital d'instruction des armées
IIQ : Intervalle interquartile
IMG = Interne de médecine générale
IMRSS : Internal Medicine Residency Stress Scale
IRM : Imagerie par resonance magnétique
ISH = interne de spécialité hospitalière
OH : Alcool éthylique
OPEX : Opérations extérieures
MBI : Maslach Burnout Inventory
MBI-ES : MBI-Educators Survey
MBI-GS : MBI-General Survey
MBI-HSS : MBI-Human Services Survey
MBSR : Mindfullness-based stress reduction
PACES : 1ère année commune aux études de santé
QOSA : Qualification opérationnelle en santé des armées
RPS : Risques psycho sociaux
SSA : Service de Santé des Armées
TOP : Techniques d'optimisation du potentiel
TSPT : Trouble stress post-traumatique

INTRODUCTION GÉNÉRALE

« La grande santé [est celle] que l'on conquiert encore et que l'on doit conquérir continuellement parce qu'on l'abandonne et doit l'abandonner sans cesse »[1]

Nietzsche, *Le Gai savoir* (1882)

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »Cette définition, inscrite au préambule[2] de 1946 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), n'a pas été modifiée depuis cette date, même si elle a beaucoup été critiquée du point de vue de son ressenti par les populations et de sa mise en œuvre.[3] La fin de la seconde guerre mondiale a vu l'émergence d'une approche de la santé qui dépasse une vision purement médicale ; la santé est devenue un projet universel et civilisationnel, promettant à l'humanité de bénéficier des derniers progrès de la médecine et de la science en général ; les psychanalystes avaient très précocement envisagé cette évolution : Lacan[4] parle d'un « registre du rapport médical à la santé [qui] se modifie, où cette sorte de pouvoir généralisé qu'est le pouvoir de la science, donne à tous la possibilité de venir demander au médecin son ticket de bienfait dans un but précis immédiat » Michel Foucault a montré également qu'à partir du 18e siècle, l'effacement des grands récits religieux et des grands messages de la transcendance ont abouti à la participation de la médecine et des médecins à de nouvelles technologies de pouvoir[FOUCAULT M**.** 1978-1979]. Identifiant une relation spécifique d'exercice du pouvoir lorsque la vie entre dans ses préoccupations, il propose l'hypothèse d'un « biopouvoir » comme rapport entre le pouvoir et la vie, les corps individuels devenant l'objet d'une « anatomo-politique » ; il souligne ainsi que la vie de l'espèce humaine devient l'enjeu de véritables stratégies, articulées à des techniques de pouvoir, des mécanismes régulateurs qui encadrent et contrôlent les processus biologiques affectant les populations. C'est ce que Foucault nomme dans le dernier chapitre de la volonté de savoir la « biopolitique ».

L'idéal de santé conçue comme le capital ressource nécessaire pour faire face aux aléas de la vie en société, constitue peu à peu un nouveau bien démocratique ; La médecine moderne est caractérisée depuis quelques décennies par la performance technique et le devoir d'information du patient.

[1] Nietzsche, *Le Gai savoir* (1882), trad. Patrick Wotling, GF Flammarion, Paris, 2007, § 120, pp. 172-173.

[2] Préambule adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé.

[3] http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/IndicateursEtatSante/EtatSanteRessentie.htm consulté le 21 mars 2017 (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé)

[4] Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpetrière : Cahiers du collège de Médecine 1966, pp. 761 à 774.

L'obsession d'une bonne santé durable, d'un corps performant et beau, la promesse d'un ralentissement du vieillissement, voire la jeunesse éternelle ne cessent d'imprégner les médias et la littérature contemporaine. Le terme de santé mentale est relativement récent, défini par l'OMS comme un « état de bien-être permettant à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. » L'OMS en distingue deux aspects : tout d'abord la santé mentale positive, incluant autonomie, bien-être et épanouissement personnel et par ailleurs la santé mentale négative-cette dernière regroupe d'une part la détresse psychologique rédactionnelle aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et d'autre part les troubles mentaux, donnés dans le manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux de l'association américaine de psychiatrie et la classification internationale des maladies. Depuis les années 1990, on a ainsi pu constater une évolution majeure dans les politiques de santé publique : alors qu'autrefois le champ psychiatrique constituait le socle des interventions étatiques, le malaise social est à présent de plus en plus décrit en tant que malaise subjectif. La dépression est qualifiée de mal du siècle, les états de stress post-traumatique sont de plus en plus reconnus. L'idéal d'une santé mentale positive, dont la réalisation doit être le souci de tous est devenue une préoccupation officielle de l'état[5] et posée comme « nouveau droit de l'homme »[6]

Dans ce contexte d'évolution majeure des paradigmes du soin et de la santé, le médecin tente d'exercer son métier tant bien que mal : Selon un rapport publié en 2012[7], les contraintes édictées aux étudiants et aux jeunes médecins n'ont jamais été aussi fortes. L'explosion de la connaissance médicale de ces cinquante dernières années, la révolution du numérique, la réflexion sur l'accompagnement de la fin de vie, l'affirmation des droits du malade ont transformé la relation du médecin au patient ainsi que l'exercice médical. Constamment surveillé par des protocoles qu'il a lui-même instaurés, il doit se conformer à des procédures tandis que la relation médecin- malade repose de plus en plus sur un triptyque associant performance du diagnostic, exercice collectif et contraintes juridiques. La santé, devenue- parallèlement aux progrès spectaculaires de la médecine - l'objet d'une véritable attention politique, incite à « la surveillance et à la rationalisation des corps comme du temps des populations »[Gori, Del Volgo,2005] L'évaluation des pratiques professionnelles et des savoirs, le contrôle des connaissances entraine parfois non plus l'amélioration des pratiques, mais la satisfaction des instruments qui prétendent les évaluer ; on demande aux médecins de soigner parfaitement et rapidement leurs patients, au moindre coût, d'appliquer les dernières technologies et d'utiliser les molécules les plus efficaces tout en surveillant leurs prescriptions et en se pliant aux contrôles gestionnaires. Éventuellement, il leur faut répondre de leurs actes face à la justice et la société qui acceptent difficilement le droit à l'erreur et prônent le risque zéro. Le nombre de procès augmente en lien avec une implacable judiciarisation de la médecine, parfois avec des exigences toujours plus grandes de patients qui sont devenus de véritables clients. Depuis quelques années le dévouement des médecins[8] est donc mis à l'épreuve dans une pratique quotidienne, répétitive, épuisante et des conditions d'exercice de plus en plus précaires et difficiles. La crise financière de 2008 a fragilisé aussi le monde médical en entraînant un

[5] Hospimedia - Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

[6] OMS, La santé mentale: renforcer notre action, Aide-mémoire N°220 [archive], août 2014

[7] Santé, égalité, solidarité : Des propositions pour humaniser la santé, Dreux Cl., Mattei J.-F., Ed. Springer, 2012

[8] Réponse du Dr Luck le 9 juin 2015 à Madame Florence Augier qui soutient la motion 3 dans le projet du Parti Socialiste et plaide pour « imposer aux médecins en début de carrière des affectations transitoires qui serviraient à payer en quelque sorte les frais que la nation a dépensés pour eux »

manque de confiance global qui a pu contaminer les cabinets de ville et les hôpitaux [Benhamou, 2009] alors que la loi Kouchner de 2002 avait permis une importante avancée dans la reconnaissance du respect et de l'information auquel chaque patient a droit ; le partage du savoir médical, amplement facilité par l'accès à l'information sur Internet est aujourd'hui la règle ; Les patients s'approprient leur maladie, leurs savoirs deviennent pertinents et les patient-experts s'imposent de plus en plus comme acteurs de santé. Le système de soins invite donc les médecins et les malades à se situer au minimum dans une relation d'égalité. Les soignants peuvent être facilement évalués voire critiqués dans leur pratique et leur exercice quotidien. Insidieusement, c'est une voix de dénigrement et de méfiance qui s'est ouverte à l'encontre des professionnels de santé à travers une diminution importante et régulière de leur statut, de la considération et de la reconnaissance dans l'exercice de leur métier. Pour preuve, le conseil national de l'ordre des médecins a ouvert dès 2002 un observatoire des violences faites aux professionnels de santé[9] qui enregistre quotidiennement un nombre croissant de plaintes, de conflits, d'agressions verbales ou physiques, et d'atteintes faites aux biens des praticiens. Dans les situations de détresse ultime, - et même si les causes d'un suicide sont toujours plurifactorielles et qu'il faut se garder d'attribuer au contexte sociétal et économique l'entière responsabilité de ces drames - quand l'accomplissement professionnel a cédé la place à l'épuisement, et au désespoir -, le suicide du praticien advient parfois, rencontre dramatique d'un sujet et d'un environnement potentiellement iatrogène; chaque année en France une cinquantaine de médecins[10] mettraient fin à leurs jours. Tout récemment en mai 2017, après le suicide de cinq internes civils en moins de quatre mois, l'Intersyndical national des internes (Isni) a demandé aux instances gouvernementales des mesures concrètes, estimant que « les difficultés personnelles ne mènent pas toutes vers un suicide » et « qu'il est « temps d'essayer de comprendre plus précisément pourquoi les médecins et plus particulièrement les jeunes médecins préfèrent mourir qu'appeler à l'aide et quelle est la part de leurs conditions de travail dans ces tragédies ».[11]

C'est précisément ce contexte sociétal qui nous a interrogés, comment peut-on encore choisir de devenir médecin dans un tel environnement? Les étudiants et les jeunes médecins sont d'ailleurs souvent mis à l'épingle pour leur souhait d'avoir un exercice différent de leurs aînés, en revendiquant vouloir faire de la médecine tout en préservant une qualité de vie. Qui sont les jeunes gens qui s'engagent alors dans cette voie et de surcroit choisissent d'être militaires? Quels pourraient être les enjeux et le cout psychiques de ce double engagement ?

En premier lieu, ce sont des jeunes de la génération Y tels que les a décrits le sociologue Olivier Rollot [Rollot, 2012]. Nés approximativement entre les années 1980 et 2000, ils représentent aujourd'hui en France près de 16 000 000 d'individus ; ces jeunes ont été particulièrement désirés, élevés dans le culte de l'épanouissement, de l'absence de contraintes, de la reconnaissance, par des parents qui les considèrent pour certains comme de petits génies et deviennent « servants de leurs enfants »[12], dans un environnement de tension éducative en lien avec celles d'une société en pleine mutation. Baignés dans l'ère digitale, ils sont passionnés par les nouvelles technologies et constamment connectés ; réticents à s'investir dans la durée au sein d'une même entreprise mais prêts à travailler sans compter quand un projet les motive, cette tranche d'âge, véritable énigme pour les générations

[9] https://www.conseil-national.medecin.fr/article/l-observatoire-pour-la-securite-des-medecins-924
[10] *www.fmfpro.org/IMG/ppt/Le_suicide_des_Medecins.ppt*
[11] Information tirée d'hospimédia publiée le 10/05/17 - 17h22 - HOSPIMEDIA
[12] Naouri Aldo, Éduquer ses enfants: L'urgence aujourd'hui Poche – 8 octobre 2009

antérieures, est celle du questionnement permanent, de la remise en cause des acquis ; donnant une importance centrale à la culture de leur pairs, ce sont des « individus solidaires dans le cadre de tribus » [Maffesoli, 1988] ; nombre d'entre eux souhaitent travailler dans l'humanitaire ou l'environnement, prônant le désir d'un emploi qui leur permettrait de venir en aide à d'autres personnes et d'être utiles à la société. Mais ils aspirent également à une grande indépendance sur un plan financier, - ce qui peut expliquer en partie leur attirance vers les professions libérales - aussi vis-à-vis d'une hiérarchie jugée pesante et pas assez innovante. Ambitieux sont certains, issus en particulier des très grandes écoles, ils ont l'envie de diriger le monde car ils pensent le comprendre mieux que les autres et souhaitent accéder au pouvoir rapidement. Impatients, habitués depuis leur enfance à une réduction de la temporalité et des distances grâce aux objets connectés, au zapping, à l'accès immédiat aux informations, c'est une génération particulièrement sensible à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, comme l'a montré une enquête du baromètre jeunesse 2011 de l'ifop - pour le ministère de l'éducation nationale[13]. Pour autant, ils doivent répondre aux injonctions d'une société qui exige d'eux d'aller toujours plus vite, et il leur faut décider par exemple de leur avenir professionnel dès l'âge de 17 ans. Alors, ils se considèrent comme des acteurs majeurs d'une société en pleine mutation, toujours prêts à la révolte, et descendent dans la rue pour faire entendre leurs idées, aidés en cela par les réseaux sociaux. Ces jeunes - constamment soumis au stress des enseignants ou de leurs parents qui leur renvoient parfois une image négative de l'âge adulte, et leur expliquent qu'il est impossible d'échouer dans les études - se projettent difficilement dans l'avenir et hésitent à se lancer dans un monde qu'on leur a présenté comme éprouvant, risqué, voire dangereux. Dès 1991, Douglas Coupland évoque ce passage dans l'âge adulte et parle d'un possible « effondrement mental, souvent provoqué par l'inaptitude à fonctionner hors de l'école ou de tout environnement structuré, couplé avec la révélation de la solitude ontologique de chacun dans ce monde » [Coupland, 1991]. C'est aussi une génération que l'on dit sacrifiée depuis plusieurs dizaines d'années sur l'autel de politiques publiques qui ont peu pris en compte leurs difficultés et spécificités en matière d'éducation, de logement, de soutien social, favorisant systématiquement la protection de ceux qui avaient déjà un emploi plutôt que le soutien de ceux qui n'en ont pas [Maurin,2009]; sacrifice également au regard de l'héritage laissé par les générations antérieures, qui ont évité ou attendu pour prendre à leur propre compte les problématiques contemporaines comme le réchauffement climatique, l'émergence de nouvelles maladies, l'augmentation de la population mondiale ; La peur du déclassement est présente constamment chez ces jeunes adultes, inquiets de ne pas réussir à trouver un emploi correspondant à leur qualification, comme le souligne encore le sociologue Éric Maurin [14] ; le recours à l'alcool et aux toxiques peut être une façon de surmonter cette anxiété et les difficultés actuelles ou à venir : selon l'observatoire français des drogues et des toxicomanies, les jeunes français font partie des plus gros consommateurs européens[15] et l'abus de substances apparaît aujourd'hui naturel, logiquement chez les étudiants qui travaillent le plus, en classe préparatoire, en médecine ; cette appréhension du déclassement a pour conséquence un allongement du temps de la scolarité, une « inflation scolaire »[16]. Nombreux sont les élèves des grandes écoles qui ont passé plus de six ans dans leur établissement, souvent les étudiants

[13] À consulter sur www. Ifop. Fr : dans cette enquête on leur a posé la question de ce qui prime le plus en matière de réussite professionnelle, 39 % les jeunes répondants ont répondu « trouver un emploi qui laisse du temps pour les loisirs et la vie de famille » le salaire n'arrive qu'en troisième position dans les réponses après le fait de « travailler pour une entreprise dont on puisse être fier »

[14] « La peur du déclassement. Une sociologie des récessions »éditions du Seuil, la république des idées, 2009

[15] www.ofdt.fr

[16] Marie Duru- Bellat, l'inflation scolaire, le seuil, 2006

effectuent une année supplémentaire en recherche ou en césure et s'engagent de plus en plus dans les voies du doctorat, comme si cette course aux diplômes pouvait venir atténuer l'anxiété liée à l'entrée dans le monde adulte.

Par ailleurs, comme leurs ainés, c'est aussi à la violence, à l'horreur, à la guerre qu'ont été confrontés ces jeunes sur le territoire national et dans le monde, en raison de la vague d'attentats meurtriers perpétrés en France en 2015 et en 2016.[17] [Benslama F., 2016] La mise en place d'un état d'urgence a nécessité la sollicitation de plusieurs milliers de militaires supplémentaires pour assurer la sécurité intérieure du pays et les centres de recrutement militaires ont vu dans le même temps affluer plusieurs milliers de jeunes volontaires par semaine[18]. Ainsi les candidatures à l'engagement militaire n'ont jamais été aussi nombreuses et logiquement les candidats à la carrière de médecin militaire ont augmenté, comme en témoigne le nombre en hausse de postulants au concours d'entrée à l'école de santé des armées[19] . Parallèlement, le nombre de lycéens qui s'inscrivent dans la filière médicale croit lui aussi, toujours plus d'étudiants sont attirés par cette profession alors que les études de médecine restent considérées comme les plus longues et les plus difficiles.[20]

Une fois passée la première année d'études sanctionnée par le concours commun aux études de santé, la plus grande majorité des étudiants est assurée d'avoir une activité professionnelle bien rémunérée et sans risque de chômage. Parmi eux, les élèves médecins, militaires sont recrutés par concours essentiellement au niveau du baccalauréat, Après la réussite, ils sont inscrits à l'École de santé des armées et dans deux facultés de médecine rattachées à l'université de Lyon ; bénéficiant d'un encadrement militaire, d'un statut et d'un salaire dès l'entrée dans les études médicales, ils suivent le cursus civil dans son intégralité et se présentent dans les mêmes conditions que les autres étudiants aux épreuves du concours sanctionnant la fin de la première année des études de santé. Ces élèves sélectionnés et soutenus dans leur parcours académique semblent donc réunir toutes les conditions pour réussir dans un système scolaire d'excellence qui ne recrute a priori pas d'individus en difficulté ; ces étudiants en médecine, militaires, sont soumis outre leur formation médicale analogue à celle des étudiants civils - à une formation complémentaire, destinée à les préparer de manière ~~s~~pécifique à leurs futures missions : très rapidement après la fin de leurs études, ils seront en effet amenés à servir dans des territoires où la France a un engagement opérationnel - au plus près des combattants, dans des conditions d'exercice parfois très difficiles, en étant « doublement exposés » au risque de blessures physiques et psychiques dans la prise en charge des blessés ou des morts après un accident ou un combat.

---

[17] Benslama ,F . L'idéal et la cruauté, subjectivité et politique de la radicalisation (s/d), Lignes, 2015.

[18] http://www.lemonde.fr/attaques-a-paris/article/2015/11/19/au-centre-de-recrutement-des-armees-

[19] Source : Bureau concours de l'école du val-de-grâce à Paris : 2700 étudiants postulant au concours 2017 pour l'admission à l'école de santé des armées de Lyon, pour seulement 100 places à l'admission ; 2400 candidats en 2016

[20] En témoignent le nombre des candidatures sur le site des affectations post-baccalauréat APB : La filière médicale reste de nos jours l'une des plus convoitées: en 2012, près de 56000 étudiants se sont inscrits en première année de médecine en France, un chiffre en hausse de 4,2 %. 8 143 candidats furent admis dans les facultés de médecine franciliennes en 2015, soit près de 500 de plus qu'en 2014, et 1 100 de plus qu'en 2010. Cette croissance a fait envisager un temps par le rectorat la possibilité légale d'un tirage au sort en cas de saturation des capacités d'admission des facultés
En savoir plus sur http://www.lemonde.fr/campus/article/2016/05/06/facs-de-medecine-le-ministere-fera-tout-pour-eviter-un-tirage-au-sort-en-ile-de-france-cette-annee_4914793_4401467.html#0l17vlBjmPbkWyiy.99

À titre personnel, nous avons été très heureuse de rejoindre cette profession il y a plus de 25 ans, éprouvant surtout la nécessité de nous rapprocher de cet espace de vie où l'humanité apparaît immédiate, douloureuse et mise à l'épreuve. Nous avons vécu au cours de notre carrière dans le corps des médecins militaires de multiples satisfactions liées à la rencontre avec les patients, dans l'apprentissage de l'art médical, les échanges avec nos pairs jeunes collègues en formation ou praticiens expérimentés. Cependant, l'étonnement et l'incompréhension ont pu surgir au cours de nos études puis notre pratique face à la «maltraitance ordinaire» constatée dans certains services hospitaliers ou ambulatoires, face au caractère « agressif » de l'exercice médical dans des spécialités particulières, à la fois dans la relation avec les patients et dans les relations interpersonnelles. C'est aussi et souvent le spectacle de la solitude qui nous a ému, solitude première du patient au regard de la maladie et des interrogations qui l'entourent, solitude de l'acte chez des soignants confrontés à des prises en charge complexes, aux injonctions de rentabilité des soins et à des conflits éthiques, parfois solitude du praticien face à sa propre détresse psychique souvent incompatible avec le devoir de soin prodigué à l'autre. Nous avons rencontré dans notre parcours comme maître de stage au sein des comités pédagogiques - aussi dans le cadre du tutorat d'internes, pendant les stages cliniques ou lors de la direction de thèses, de nombreux étudiants pour certains en simple interrogation pour d'autres en situation de souffrance psychique majeure- doutant de leur capacité à exercer l'art médical, de leur devenir en tant que médecin au sein de l'institution militaire, alors que le Service de Santé des Armées (SSA) connaît actuellement une profonde réorganisation.[21] À partir de ces constats personnels, cliniques, et professionnels, nous avons alors souhaité comprendre les déterminants psychiques de l'engagement en médecine militaire en interrogeant ce paradoxe : comment un jeune adulte peut-il encore envisager et choisir de devenir médecin, en particulier dans la carrière militaire, alors qu'il sera irrémédiablement confronté à une temporalité complexe, parfois risquée et toujours contraignante ? Qui sont donc ces jeunes gens qui choisissent de nos jours de s'engager dans ce parcours, quelles sont leurs motivations explicites et implicites ? Qui sont-ils pour envisager de surcroît la carrière militaire et quel serait le cout psychique de cette orientation particulière ? En somme, comment envisager la subjectivation du jeune étudiant en médecine confronté à la fois aux injonctions du biopouvoir et aux particularités de l'institution militaire ?

Nous avons alors émis l'hypothèse selon laquelle l'engagement et la réussite dans les études de médecine -de surcroît dans une grande école militaire- n'excluraient pas l'apparition chez l'étudiant d'une détresse psychique à un moment ou totalité de son parcours, détresse dont nous pensons qu'elle est aggravée par des contraintes spécifiques liées à la conjugaison du parcours académique médical et de l'engagement militaire.

Il s'agissait alors de mettre en perspective de façon globale le parcours psychique de ces étudiants ; dans ce but, nous avons fait le choix d'une méthodologie mixte, quantitative et qualitative, car nous pensions que cette combinaison nous permettrait d'obtenir une représentation générale de notre problématique, reflétant véritablement le vécu des étudiants. Comme Paillé [Paillié, 1994], nous estimons que les nombres ne peuvent exister en l'absence de toute base de compréhension : « les mots sont sur ce plan, auto référentiels. Si nous pouvons nous passer des chiffres, nous ne pouvons pas nous passer des mots ». Notre sensibilité théorique et expérientielle liée à notre formation

[21] Le « Projet SSA 2020 » a été présenté officiellement en décembre 2014 par son Directeur Central : dans un cadre de contraintes budgétaires, ce projet comporte des directives ou axes d'amélioration, et souhaite notamment que les médecins d'unité exerçant dans les forces donnent la priorité aux activités de médecine générale et deviennent le pivot du parcours de soin du militaire.

initiale en médecine - mais aussi notre parcours en tant que praticien des armées et comme directeur des études pour la formation des internes à l'école du Val- de- Grâce , combinée à notre formation en psychologie clinique et en recherche nous a permis d'explorer notre thématique à partir de différentes perspectives, dont les résultats obtenus s'ils concordent pourront alors être considérés comme fiables et valides [Paillié et Mucchieli, 2004][22]

Notre population comportait des étudiants en médecine de l'école de santé des armées de Lyon et des internes de l'école du Val-de-grâce à Paris où sont dispensées les formations médico-militaires complémentaires.

Sur un plan quantitatif nous souhaitions réaliser à partir d'auto-questionnaires un état des lieux épidémiologique et diachronique de la santé mentale de ces étudiants, répartis dans différentes années d'étude :

- en première année des études médicales, soumis au stress du concours,
- en deuxième année lorsqu'ils ont réussi le concours,
- en quatrième année, au début de l'externat alors qu'ils commencent à prendre en charge des patients, enfin
- en huitième année d'études au cours de l'internat et alors que les responsabilités dans la prise en charge des malades sont très prégnantes en sus de la charge académique.

Sur le plan qualitatif**,** nous avons souhaité mettre en exergue à partir d'entretiens de recherche des éléments de réflexion et d'orientation psychodynamiques, afin de relever les motivations inconscientes à l'entrée en médecine militaire, mais aussi les rapports à l'objet de la connaissance universitaire et les relations au pouvoir militaire et donner une dimension heuristique à notre travail de recherche. Nous avons utilisé pour cette partie qualitative la méthodologie de la théorisation ancrée, décrite par Paillié [Paillié, 1996], fondée sur des entretiens de recherche peu structurés qui comportent un nombre limité d'amorces et un recueil des réponses sur un mode narratif. Cette étude avait aussi pour but de mettre en évidence des facteurs étiologiques éventuels favorisant la décompensation psychique des étudiants, d'identifier les points de soutien institutionnel et proposer des solutions de prévention.

C'est ici le médecin, qui, formée à l'approche psychodynamique, émue et interrogative face à ses jeunes collègues parfois en grande souffrance psychique, essaie de donner du sens à des phénomènes récurrents en formulant à l'aide notamment d'un éclairage interdisciplinaire quelques hypothèses sur les processus à l'œuvre dans le choix de carrière si particulier de la médecine militaire. Il a parfois été difficile de rendre compte dans un discours linéaire, unidimensionnel d'une réalité complexe s'établissant à plusieurs niveaux de pensées. En cela, l'interdisciplinarité nous a permis d'osciller tout au long de notre travail de recherche dans un entre-deux médical, sociologique psychanalytique, cheminant sur une ligne de crête, essayant de tracer un chemin intermédiaire, de construire des ponts entre les disciplines.

Il s'agissait de penser la construction du moi pour ces étudiants. Nous souhaitions pour cela décrire et appliquer les théorisations contemporaines les plus efficientes pour la clinique au profit de ces

[22] p 289

étudiants, mais également faire des propositions concrètes de prise en charge et d'évolution de la pédagogie médicale, en milieu militaire. Nous avons suivi à cet effet André Green dans ses idées directrices pour une psychanalyse contemporaine : « chercher un savoir total serait le pire des leurres. Il s'agit au contraire d'organiser le savoir, d'en articuler les facettes. De même, la recherche d'un fondement unique serait une autre illusion. Le déterminisme est une erreur, car il refuse l'imprévu. » [Green, 2002][23]

[23] **GREEN André**, *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*, p.371 Paris,PUF,2002

CHAPITRE PRELIMINAIRE : PRESENTATION DE L'ETUDE

INTRODUCTION

Depuis une quinzaine d'années, la littérature internationale relate de nombreux travaux concernant la santé mentale des étudiants en médecine, en particulier sur l'épuisement professionnel chez le personnel médical[Shanafelt,2003 à 2015 ;Dyrbye,2005 à 2016] ; ces études réalisées par des équipes nord-américaines, sont pour la plupart descriptives, utilisant des méthodes quantitatives et démontrent une relation entre l'épuisement professionnel et la diminution de la qualité des soins prodigués aux patients, une augmentation du risque d'erreur et par là même une diminution de l'efficience professionnelle. Sur le plan individuel, au-delà de l'altération des relations sociales, professionnelles et dans la vie privée, la littérature met en évidence le fait que l'épuisement chronique favorise les conduites addictives, la dépression, augmente le risque d'idées suicidaires [Matheson, 2016] ; cette littérature spécifique -portant sur la population des étudiants en médecine- s'articule avec celle de la population générale de la même tranche d'âge, concernant en particulier les troubles de l'adaptation chronique, les troubles anxieux, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique. Malgré cette littérature internationale abondante, peu d'études se sont intéressées spécifiquement au profil de personnalité des soignants en tant que facteur étiologique dans l'apparition de la détresse psychologique ou des troubles psychiques [Van der Wal et Al.2016 ; Gramstad TO, 2013].

En France, la psychologie et l'état de santé des étudiants en médecine a été peu étudiée, en dehors de quelques travaux récents portant sur l'épuisement professionnel. Les recherches sur les médecins en exercice spécialistes hospitaliers ou généralistes sont peu nombreuses également [Blanchard et Al. 2010] Une thèse d'exercice publiée en 2011 fait un état des lieux du burnout d'une population de plus de 4000 internes en médecine générale, et propose des axes d'amélioration des études médicales en France [Le Tourneur et Komly, 2011]. Un programme d'action relatif aux conditions de travail des étudiants, des internes des chefs de clinique et des assistants hospitaliers a cependant été mis en place en 2012 par le Ministère de la santé, relayé par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) proposant un guide d'aide à la prévention, au repérage et à la prise en charge des étudiants en cours d'élaboration.

Les recherches consacrées aux étudiants militaires sont extrêmement rares, alors qu'ils sont soumis, outre leur formation médicale universitaire générale, à une formation complémentaire à orientation militaire, à des contraintes particulières et à des interrogations éthiques spécifiques liées aux particularités de l'exercice médical en milieu militaire. La thèse d'exercice de Joachim Maloudi en 2014 est la première à s'être intéressée à la problématique de l'épuisement professionnel dans une population de internes de médecine générale militaires [Maloudi,2014] ; C'est dans ce contexte que nous avons débuté notre travail de recherche à la fin de l'année 2013 ; nous avons été contactée dans le même temps par Mme Élisabeth lorrain qui nous a demandé de la diriger dans la réalisation

de sa thèse d'exercice pour le doctorat en médecine, soutenue le 30 septembre 2016 et avec qui nous avons travaillé conjointement à partir de la même population.[LORRAIN,2016]

Nous souhaitions au cours de notre travail réaliser une perspective globale à la fois de la santé mentale de ces étudiants mais aussi des enjeux psychiques et de la détresse psychologique éventuelle sur l'ensemble du parcours, depuis leur entrée en première année d'étude jusqu'à la fin de l'internat. Nous avons choisi dans ce but une méthode mixte associant étude quantitative et qualitative. La population cible était celle des étudiants en médecine de l'école de santé des armées de Lyon et des élèves de l'école du val-de-grâce où les internes de médecine générale et de différentes spécialités se retrouvent lors de leur 3° cycle universitaire pour leur formation militaire complémentaire.

1 JUSTIFICATION ET CONTEXTE DE L'ETUDE

1.1 Le concept de santé mentale[24] : définition et déterminants

Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé, la santé mentale se caractérise par un état de bien-être psychique, émotionnel et cognitif ainsi qu'une absence de trouble mental. La santé mentale et donc plus que l'absence de troubles mentaux, elle fait partie intégrante de la santé globale et il n'existe pas de santé sans santé mentale [Prince et Al, 2007] ; la Santé mentale est donc un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, et accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Elle est déterminée par de multiples facteurs sociaux, économiques, biologiques, génétiques et environnementaux, agissant sur le sujet à un moment donné de son existence, par exemple peuvent être en cause des conditions de travail éprouvantes, un mode de vie délétère, des risques de violence ou de mauvaise santé physique.

Dans cette acception positive, la santé mentale est donc le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'un groupe, ce qui en justifie la promotion, la protection et le rétablissement en tant que préoccupation centrale à la fois pour les individus, les collectivités et les sociétés globales.

1.2 Le concept du burnout

1.2.1 Un concept aux définitions multiples

Ce concept a été décrit de façon croissante depuis les années 70, généralement utilisé pour décrire un état de surmenage professionnel chez des personnes engagées dans un travail qui a pour but d'aider les gens et soumis à un stress permanent ;d'abord utilisé pour les professionnels de santé, il a par la suite été étendu aux métiers d'aide à la personne et actuellement à de nombreuses autres

[24] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/

professions. Le terme de burnout ou d'épuisement professionnel en français est aujourd'hui largement employé jusqu'à être passé dans le langage courant. Pourtant, son existence en tant qu'entité clinique à part entière fait débat au sein de la communauté scientifique. Ainsi, il ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels de maladie dans les classifications de référence : dans la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) il figure en tant que facteur influençant l'état de santé, c'est un « sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » ; il n'apparait pas dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) établi par l'Association américaine de psychiatrie. Son existence demeure encore controversée auprès de certains professionnels cliniciens de la santé mentale.

L'Académie de médecine a fait paraître en février 2016 un rapport concernant cette problématique et indique « Le terme de burnout renvoie à une réalité très délicate à définir. C'est un état de détresse psychologique lié à l'impossibilité de faire face à un facteur professionnel stressant chronique. Le terme de burnout ne peut être actuellement un diagnostic médical. Son usage extensif conduit à confondre détresse (ou fatigue) et pathologie émotionnelle. Les situations de détresse justifient toute l'attention médicale : elles sont aussi un facteur de vulnérabilité à des états dépressifs et/ou anxieux pathologiques qui nécessiteront une thérapeutique ayant apporté la preuve de son efficacité. » [25]

Actuellement trois synonymes sont employés pour désigner cet état de surmenage lié au travail :

Le terme anglo-saxon provient du verbe « to burnout » qui signifie littéralement s'épuiser, s'éteindre se consumer ; le dictionnaire Larousse mentionne ce terme depuis 2010 : « syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir »

En France on parle de syndrome d'épuisement professionnel ou d'usure au travail renvoyant à une notion d'évolution progressive ; le terme de métierite est plus rarement utilisé, désignant spécifiquement une pathologie d'épuisement liée à l'exercice de la médecine. L'étymologie du verbe épuiser donne toute la dimension de ce concept puisque le « sujet a vidé l'eau de son puits jusqu'à l'assèchement complet »

Au Japon, le terme de karoshi est utilisé, « karo » signifiant la mort et « chi » la fatigue au travail, avec pour conséquence le hara-kiri, geste suicidaire de l'employé soumis à une surcharge professionnelle dont il ne parvient pas à assumer les conséquences.

1.2.2 Historique du concept

L'histoire de ce concept est en réalité très ancienne puisque cette notion figure déjà dans l'ancien testament, le livre des nombres fait mention de l'épuisement de Moïse lors de sa traversée du désert.

Au moyen-âge l'acédie des moines, qui touchait les religieux les plus fervents, peut être considérée comme un équivalent de l'épuisement professionnel. Tissot, en 1768 véritable précurseur d'une

[25] Olié J-P., Légeron P, rapport paru au nom d'un groupe de travail des Commissions V (Psychiatrie et santé mentale) de l'Académie Nationale de Médecine. www.academie-medecine.fr consulté le 1er mars 2016

psychopathologie du travail décrit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé de l'homme et propose une approche hygiéniste et préventive.

C'est véritablement à partir du début du 20e siècle et surtout depuis la seconde moitié du 20e siècle que ce concept connaît un essor significatif, en particulier en termes de recherche dans le domaine de la psychologie du travail. C'est le psychiatre français Claude Veil en 1959 qui développe le concept soulignant dès cette époque l'état d'épuisement comme « le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation », Le caractère complexe de sa définition et la distinction avec les névroses : « Le caractère global de l'état d'épuisement qui concerne tout l'organisme n'est pas une névrose… Pour des raisons impérieuses le candidat à l'épuisement se sent obligé de négliger sa fatigue et d'aller au-delà »

Herbert Freudenberger psychiatre et psychanalyste américain est considéré actuellement comme le fondateur de ce concept. En 1974, il décrit dans ses travaux une entité qu'il observe pour ses collègues s'occupant de toxicomanes dans des dispensaires appelés « free clinics » : certains personnels soignants de ces cliniques présentent des signes d'épuisement émotionnels et mentaux, dont il fait l'expérience à titre personnel à la suite d'une longue période de travail acharné. [Freudenberger, 1974]

Selon Freudenberger, les sujets qui présentent un syndrome d'épuisement professionnel n'acceptent pas l'existence de limites dans les idéaux qu'ils cherchent à atteindre.

Quelques années plus tard en 1976 Christina Maslach, chercheur en psychologie sociale à l'université de Berkeley, décrit l'épuisement professionnel comme une « incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail » [Maslach, 1976] Elle met au point en 1981 un instrument de mesure le MBI que nous utiliserons dans notre questionnaire et qui introduit une composante tridimensionnelle dans les symptômes : « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement professionnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui »

Dans le même temps, Pines et son équipe présentent le concept selon un modèle psycho- social Intégrant trois entités : la fatigue physique, émotionnelle et mentale ; il s'agit d'une approche motivationnelle, considérant le travail comme une quête existentielle ; le burnout résulte de l'état final d'un processus graduel de désillusion après une phase initiale de motivation et d'implication élevée ; il met en place une auto-évaluation pour les soignants le burnout measure.[Pines, 1982] Jusqu'au début des années 90 les travaux de recherche dans ce champ se multiplient essentiellement sur le continent nord-américain : Cherniss développe une approche transactionnelle intéressante selon laquelle le burnout serait la résultante de trois variables : des sources de stress, les caractéristiques de l'environnement de travail et les caractéristiques individuelles. Il décrit en particulier quatre orientations de carrière chez les jeunes professionnels : l'auto -centré, l'activiste social, l'artisan et le carriériste. Selon cette conception, les profils correspondant aux activistes sociaux et aux artisans seront plus enclins à présenter un syndrome d'épuisement professionnel par rapport aux sujets et possédant un profil auto centrés et carriéristes [Cherniss C., 1980]

C'est seulement au début des années 90 que le concept arrive en France avec essentiellement les travaux de Canoui : celui-ci intègre le syndrome d'épuisement professionnel des soignants dans le cadre d'une pathologie de la relation à l'autre en soulevant les questions éthiques de la relation d'aide. Selon lui, le cadre diagnostique le plus adapté serait celui d'un trouble de l'adaptation ; dans le même sens Mauranges considèrent ce syndrome à la confluence de la psychopathologie, du social et du professionnel. [Canoui et Mauranges, 2015]Léopold en 2006 décrit le burnout comme un

syndrome chronique et insidieux, dont l'évolution incertaine peut être à l'origine d'un syndrome dépressif majeur et conduire dans les cas ultimes au suicide [Leopold, 2006]

L'académie de médecine dans son rapport apparu en février 2016 définit le burnout comme un « état d'épuisement psychologique et émotionnel mais aussi cognitif avec une perte de motivation et des difficultés de concentration et physique qui se présente sous la forme de symptômes traduisant une réaction de détresse à une situation de stress en milieu professionnel ». [Olié J-P., Légeron P, 2016]

Alors que notre travail était en voie d'achèvement, la haute autorité de santé (HAS) publie le 22 mai 2017 une fiche mémo et un guide sur le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, dont les recommandations visent à définir le syndrome d'épuisement professionnel de façon à améliorer son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement des personnes lors de leur retour à l'activité professionnelle.[26]

Il s'agit donc d'un sujet d'actualité, devenu en France également un enjeu politique ; certains députés ont demandé en 2014 à ce que le syndrome soit reconnu comme maladie professionnelle ce qui n'a pas été obtenu pour l'instant même si l'accent a été mis sur la prévention, le repérage et la prise en charge clinique.

1.3 Les critères diagnostiques du syndrome d'épuisement professionnel

Le concept trouve difficilement sa place au niveau psychopathologique en tant qu'entité clinique et n'appartient à ce jour à aucune classification nosographique validée.

De même que les définitions sont nombreuses, de même les signes cliniques sont multiples à la fois spécifiques et aspécifiques ; certains auteurs en ont dénombré plus de 130 dans la littérature, qui parfois se regroupent et recoupent différentes pathologies psychiatriques en particulier les troubles de l'adaptation et la dépression [Zawieja, 2013]. Cette complexité sémiologique peut à elle seule expliquer l'absence du syndrome des nosographies psychiatriques.

Selon Larouche Le syndrome de l'épuisement professionnel survient cependant la plupart du temps chez des sujets qui ne présentent aucune pathologie psychiatrique antérieure ; Il définit des critères pour établir le diagnostic: le sujet présenterait un état affectif négatif, des conditions de travail délétère, des aspirations idéalistes, une baisse marquée des performances, un bon fonctionnement antérieur au travail et une absence d'antécédents psychopathologiques. [Larouche, 1985]

Collange pense qu'il est préférable du fait du manque de spécificité des signes de parler de manifestations en lieu et place de symptômes. [Collange J, 2013]

1.3.1 Des manifestations spécifiques

Selon le modèle construit par C. Maslach, Le syndrome d'épuisement professionnel comporte trois dimensions :

[26] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754961/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge consulté le 23 mai 2017

Un **épuisement émotionnel EE** caractérisé par un manque de motivation et manque d'entrain au travail, une sensation que le travail est insurmontable et des manifestations d'irritabilité, d'anxiété, de fatigue, des troubles du sommeil, une démotivation

Une déshumanisation de la relation à l'autre ou **perte d'empathie DP ou dépersonnalisation (**à ne pas confondre avec la dépersonnalisation des nosographies psychiatriques) : les sujets ont une tendance à l'indifférence, au cynisme considérant les malades comme des objets ; il existe parfois des manifestations d'intolérance voire d'agressivité dans la prise en charge des patients ;

Une diminution ou une **absence d'accomplissement personnel AP** au travail avec des sentiments d'incompétence, d'inutilité sur le plan professionnel et de dévalorisation

La perte d'empathie est conséquence de l'augmentation de l'épuisement émotionnel et proportionnelle au degré d'épuisement ; un accomplissement personnel élevé serait protecteur donnant du sens à l'investissement et le rendant plus supportable.

Le syndrome d'épuisement professionnel fonctionne en boucle, les facteurs de stress augmentant l'épuisement émotionnel alors que la perte d'empathie agirait probablement comme un mécanisme de défense afin de réduire ce stress ; de la même manière, la diminution de l'accomplissement personnel augmenterait le stress.

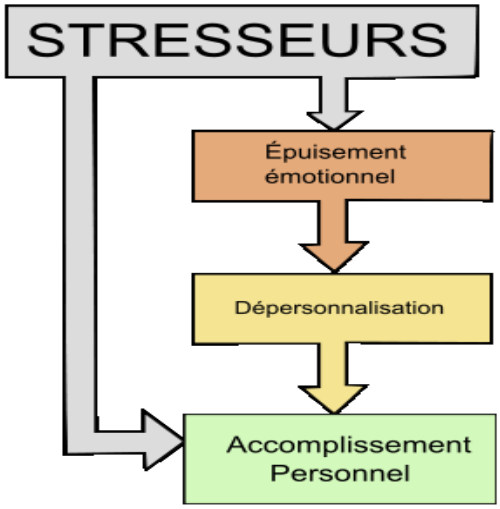


Figure* : Processus du syndrome d'épuisement professionnel d'après le modèle tridimensionnel de Christina Maslach et Susan Jackson

*Par Micthev — Création, GFDL, https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=7904681

1.3.2 Des manifestations aspécifiques

En parallèle de ces trois dimensions spécifiques, Il existe de multiples symptômes non spécifiques : la catégorisation de Collange regroupe ces signes et comporte à la fois des symptômes somatiques, des symptômes cognitifs, des symptômes de la sphère affective et émotionnelle et enfin des symptômes la sphère comportementale [Collange, 2013]

1.3.3 Le diagnostic différentiel

Il ne s'agit pas d'un trouble de l'adaptation ni d'une dépression puisque tous les critères ne sont pas réunis. En particulier, il n'existe pas de ralentissement psychomoteur et le sentiment dépressif reste localisé au secteur professionnel.

2 OBJECTIFS ET HYPOTHESES ETUDIES

2.1 Objectifs

L'objectif principal était de s'intéresser à la part d'épuisement professionnel au sein de cette population et d'en effectuer la mesure à travers le degré d'épuisement émotionnel, d'empathie et d'accomplissement personnel d'une population d'étudiants en médecine militaires, en fonction des différentes années de leur parcours universitaire.

Les objectifs secondaires étaient de :

1° - Proposer une compréhension intégrative et interdisciplinaire des problématiques psychiques que pourraient rencontrer ces étudiants, en réalisant un état des lieux de la santé mentale de cette population

2° - Mettre en évidence des facteurs de risque individuels, collectifs et situationnels favorisant l'apparition éventuelle de troubles psychiques

3° - Identifier des points de soutien institutionnels existants ou à développer.

2.2 Hypothèses

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Devenir à la fois médecin et militaire suppose une configuration psychique particulière ;
- L'engagement et la réussite dans les études de médecine - de surcroît dans une grande école militaire - n'excluent pas l'apparition chez l'étudiant de difficultés ou troubles psychiques réactionnels à un moment ou totalité de son parcours ;
- Il existe dans la population des étudiants en médecine militaires une proportion significative de sujets présentant une diminution de leur bien être psychologique, voire une altération de leur santé mentale
- Cette souffrance psychique serait en lien avec des contraintes spécifiques, liées notamment à la conjugaison d'un parcours académique médical dense et des exigences propres à l'engagement militaire.

3 POPULATION, MATERIEL ET METHODES

3.1 ORGANISATION GENERALE DE L'ETUDE

Afin de mesurer le rôle des études sur le psychisme des étudiants, un suivi longitudinal de l'ensemble du cursus était idéal. Une étude de cohorte suivant l'ensemble des étudiants depuis leur entrée à l'école de Lyon jusqu'à la fin de l'internat était peu envisageable au plan méthodologique.

Pour répondre à l'objectif principal, il a donc été choisi de faire des mesures de prévalence répétées sur les étudiants de différents niveaux d'études en ciblant les années charnières du cursus. Pour mieux comprendre les processus des problématiques psychiques des études qualitatives ont été ajoutées.

Il s'agit d'une *étude transversale répétée quantitative et descriptive par un questionnaire auto-administré anonyme* accompagné d'un formulaire de consentement préalable

3.2 CHOIX de la POPULATION D'ETUDE

Le recrutement des étudiants a été réalisé à partir des étudiants inscrits à l'École de Santé de Lyon (ESA) et à l'École du Val de Grâce (EVDG).

Les années ont été ciblées selon un échantillonnage raisonné car l'inclusion de toutes les années était trop lourde avec un risque de peu de variation : finalement certaines années charnières ont été retenues : pour les étudiants de l'ESA les étudiants en médecine de 1ère année (PACES),de 2ème année(DFGSM2) et de 4ème année (DFSAM1); ainsi que des internes en 8ème année de médecine (quatrième semestre).

Les étudiants de 1ère année de médecine ont été retenus car cette année est reconnue par tous comme particulièrement stressante pour les étudiants soumis à une très forte pression universitaire.

Les étudiants de 2ème année ont également été sélectionnés : au cours de cette année qui succède à une ou deux premières années de médecine, la pression académique retombe ; les étudiants ne sont plus évalués par un concours mais par des examens. Ils consacrent alors une grande partie de leur temps libre à des activités sportives, de loisirs et des interactions sociales. Cependant, le travail à fournir et les apprentissages demandés restent importants quantitativement et qualitativement et certains d'entre eux peuvent se trouver en difficulté.

Les étudiants de 4ème année ont été sélectionnés : ils sont en cours d'externat et ont en plus de leur formation universitaire des stages cliniques dans lesquels ils deviennent réellement acteurs. En effet, ils ont au cours de leur stage d'externe, la responsabilité dans la prise en charge des patients, même si celle-ci est réduite et toujours effectuée sous le contrôle d'un interne ou d'un sénior. Au chevet du malade une bonne partie de leur année, en demi-journées ou journées complètes (selon leur faculté), les externes apprennent à examiner, à rédiger des observations cliniques, font les premières constatations à l'entrée des patients, et sont invités à réfléchir aux prescriptions pertinentes à faire. Le reste de leur temps est consacré à la préparation au concours de l'ECN avec les cours à la faculté, les cas cliniques ou encore les conférences. Ils sont alors soumis à une double pression à la fois

universitaire avec les examens annuels et la préparation du concours de l'internat, mais aussi hospitalière avec la responsabilité des patients et la validation des stages qui ne se fait pas uniquement sur l'assiduité.

Cette double exigence universitaire et hospitalière agit également sur Les internes. À l'hôpital, ils sont au cours de leurs stages trimestriels ou semestriels responsables de leurs patients : observations, prescriptions, prise en charge globale, retour au domicile ou institutionnalisation, même s'ils sont en théorie toujours sous supervision directe ou indirecte d'un sénior. Comme nous l'avons vu, Ils sont souvent également responsables de la supervision d'une partie de la formation des externes, effectuent des gardes sans parfois selon les activités du service dans lequel ils sont affectés et les contraintes universitaires de leurs co-internes. Ils effectuent souvent des astreintes la nuit et le week-end pour leur service.

En parallèle de ce travail à temps complet à l'hôpital, ils doivent fournir selon leur faculté d'appartenance (en fonction de l'HIA de rattachement) un certain nombre de « traces écrites d'apprentissage »[27] par semestre, ce qui constituera une partie du mémoire de DES demandé pour valider l'internat. Ils doivent aussi rédiger leur thèse de Doctorat en Médecine et la présenter avant la fin de leur internat afin de pouvoir intégrer leur poste sans retard. Un certain nombre de modules universitaires doivent aussi être validés par des travaux de présentations orales et/ou écrites, variables selon les facultés.

---

[27] http://desmgidf.fr/page/guide-des-traces-d-apprentissage-en-stage consulté le 25 mars 2016
Pour le DES de médecine générale, a été choisi le modèle d'apprentissage dans une logique de compétences comme référence théorique, scientifique et pédagogique. Ce modèle met l'accent sur celui qui apprend (apprentissage) plutôt que sur celui qui enseigne (modèle classique).

La production écrite de traces d'apprentissage à partir du travail réalisé par l'interne est à la fois une méthode de formation et d'évaluation de l'acquisition des compétences de médecine générale. Ces compétences transversales sont définies comme les capacités à acquérir et à mobiliser efficacement, en situation professionnelle authentique, les ressources internes (savoir, savoir faire et être, habiletés) et externes (ressources académiques et personnes ressources de toute nature) nécessaires à la pratique du métier de médecin généraliste. Elles concourent à la réalisation des rôles que la société attend du médecin généraliste, telles que définies dans la loi HPST (« Hôpital, patients, santé et territoires ») du 21 juillet 2009.

La production des traces d'apprentissage renseigne sur le niveau de compétence de l'interne. Elle repose sur le travail personnel de l'interne, réflexion dans l'action, approfondissement de cette réflexion par l'écriture de « traces d'apprentissage » et sur les échanges répétés qu'il assure avec les divers enseignants (maîtres de stage hospitaliers ou ambulatoires, tuteurs, autres soignants). Ceux-ci le guident dans ses réflexions, l'aident à analyser ses démarches, à définir une problématique et lui proposent des ressources pour y répondre. Ces traces doivent être évaluées puis colligées dans le portfolio qui est le recueil organisé par compétences des travaux de l'interne. Elles s'effectuent dans un cadre rigoureux mais qui reste ouvert à l'innovation dans le modèle choisi.

Chaque stage, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire, doit donner lieu à la réalisation d'au moins deux traces d'apprentissage par semestre et, ce, dès le premier semestre du DES. Ces traces sont nécessaires pour obtenir la validation du stage.

Du fait de la transversalité même de l'exercice de la médecine générale, une trace d'apprentissage peut participer à la validation de plusieurs compétences. La certification d'une compétence peut donc nécessiter la réalisation de plusieurs traces d'apprentissage.

La formation des internes militaires est enfin complétée par les modules de l'École du Val de Grâce qui font la spécificité militaire de la formation médicale des internes. Chaque module est inséré au cours des semestres et parfois a lieu en même temps que les cours universitaires en particulier pour les internes d'Ile de France, ce qui peut créer des conflits de planning. Les internes d'Ile de France au cours des modules spécifiques de l'EVDG ne peuvent pas toujours être exemptés de leurs gardes hospitalières contrairement aux internes de Province qui de fait sont exemptés. Chaque module est sanctionné par un examen de contrôle continu comptant pour le classement de la promotion, ce qui ajoute un enjeu supplémentaire.

3.3 ENQUETE QUANTITATIVE

1/ Contenu des questionnaires

Dans cette étude, 3 questionnaires différents (placés en annexe) ont été élaborés afin de s'adapter aux différentes catégories d'étudiants et à la temporalité du cursus. Les questionnaires ont été construits pour répondre à l'objectif principal de ce travail de recherche et s'articulent à la thèse d'exercice de médecine générale d'Élisabeth Lorrain, présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2016, intitulée : « ÉVALUATION DU BURN-OUT DANS UNE POPULATION D'ÉTUDIANTS MILITAIRES EN MÉDECINE », que nous avons dirigée.

- répartition et composition des questionnaires

Le questionnaire A était destiné aux étudiants de 1ère et 2ème années, le questionnaire B à ceux de 4ème année et le questionnaire C à ceux de 8ème année.

Les questionnaires A et B sont composés de 8 parties réparties sur 9 pages et le questionnaire C possède 9 parties sur 10 pages. Certaines questions sont communes aux trois questionnaires ; le nombre de questions augmente du questionnaire A au C en s'adaptant aux nouvelles fonctions des étudiants.

Les questionnaires se trouvent en intégralité en annexes et se décomposent de la façon suivante :

TABLEAU 1 : COMPOSITION DES QUESTIONNAIRES

Type de questionnaire selon l'année du cursus	Questionnaire A 1ère et 2ème années	Questionnaire B 4ème année	Questionnaire C 8ème année
Situation personnelle	4 questions	3 questions	5 questions
Situation familiale	2 questions	2 questions	2 questions
Histoire personnelle	2 questions	2 questions	2 questions
Scolarité et projet professionnel	21 questions	21 questions	25 questions
Mode de vie au cours des 12 derniers mois	7 questions	12 questions	13 questions

Santé au cours des 12 derniers mois	24 questions	24 questions	24 questions
Stress professionnel	Non applicable	Non applicable	4 questions
*Echelle MBI	*MBI-GS à 16 items	*MBI-HSS à 22 items	*MBI-HSS à 22 items
Suggestions	6 questions	7 questions	9 questions
Total	67 questions	72 questions	85 questions

*Maslach Burnout Inventory

Les questionnaires ont été préalablement testés par 7 internes de la promotion ECN 2012 de l'Hôpital d'instruction des armées Bégin à Saint Mandé. Le temps de remplissage et leur remarques sur la clarté du questionnaire ont été pris en compte afin d'améliorer celui-ci et de rendre le sondage plus aisé.

- **Modalités d'utilisation et** d'interprétation du*Maslach Burnout Inventory **(MBI) :**

Le critère de jugement principal de notre étude a été évalué à l'aide du *Maslach Burnout Inventory car il s'agit de l'outil de mesure du syndrome d'épuisement professionnel validé scientifiquement et reconnu internationalement, utilisé dans la plupart des études.
Actuellement il existe 3 versions différentes du MBI :

- la version originale : le MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) destinée aux professionnels de la relation d'aide,
- une version pour les enseignants : le MBI-Educators Survey (MBI-ES),
- une version pour toutes les autres professions : le MBI-General Survey (MBI-GS).

Le MBI-Général Survey MBI-GS comprend 16 items ; il a été choisi pour les étudiants de première et deuxième années de médecine qui ne sont pas en contact avec des patients car il s'agit de la version utilisable pour tout sujet n'exerçant pas de profession d'aide à la personne.

TABLEAU 2 : ITEMS DU MBI-GS

MBI-GS :
Epuisement émotionnel :
Item1 : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail »
Item 2 : « Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail »
Item 3 : « Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail».
Item 4 : « Travailler toute la journée est vraiment un effort pour moi »
Item 6 : « Je me sens vidé(e) par mon travail »
Perte d'empathie:
Item 8: « Je suis maintenant moins intéressé(e) à mon travail que je l'étais quand j'ai commencé ».

Item 9: « Je suis maintenant moins enthousiaste à mon travail que je l'étais quand j'ai commencé ».
Item 13: « Je veux seulement faire mon travail et ne pas être dérangé (e) ».
Item 14: « Je ne sais pas si mon travail contribue à quelque chose ».
Item 15: « Je doute du sens de mon travail ».
Accomplissement personnel:
Item 5: « Je peux résoudre efficacement les problèmes qui surviennent dans mon travail ».
Item 7: « Je sens que j'apporte une contribution importante à mon entreprise ».
Item 10: « Selon moi, je suis bon (ne) dans mon travail ».
Item 11: « Je me sens vivifié(e) quand j'ai accompli quelque chose à mon travail ».
Item 12: « J'ai accompli plusieurs choses qui en valent la peine à mon travail ».
Item 16: « dans mon travail, j'ai conscience d'être productif (ve) ».

Pour les étudiants de 4ème année et pour les internes le MBI-Human Services Survey comprenant 22 items a été choisi car ces étudiants sont en contact régulier avec des patients.
Le MBI-HSS comporte 22 items ; ils se répartissent en 3 sous-échelles correspondant aux 3 dimensions du syndrome du burn-out selon le modèle de Maslach : l'épuisement émotionnel (EE) : 9items, la perte d'empathie (PE) : 5 items, l'accomplissement personnel (AP) : 8 items. Les réponses se rapportent à une échelle de likert à 7 points : de 0 correspondant à « Jamais » à 6 correspondant à « Tous les jours » correspondant à la fréquence à laquelle la personne a ressenti l'expérience, l'émotion, le sentiment soulevé par la question de l'item.

TABLEAU 3 : ITEMS DU MBI-HSS

MBI-HSS :
Epuisement émotionnel EE:
Item 1 : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail ».
Item 2 : « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ».
Item 3 : « Je me sens fatigué (e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail ».
Item 6 : « Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort».
Item 8 : « Je sens que je craque à cause de mon travail ».
Item 13 : « Je me sens frustré(e) par mon travail ».
Item 14 : « Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail ».
Item 16 : « Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop ».
Item 20 : « Je me sens au bout du rouleau ».
Perte d'empathie dans la relation PE:
Item 10 : « Je suis devenu (e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ».
Item 11 : « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ».
Item 15 : « Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades ».
Item 22 : « J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes ».

Accomplissement personnel AP:
Item 4 : « Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent ».
Item 7 : « Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades ».
Item 9 : « J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens».
Item 12 : « Je me sens plein(e) d'énergie ».
Item 17 : « J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades ».
Item 18 : « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades».
Item 19 : « J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail ».
Item 21 : « Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement ».

TABLEAU 4 : DESCRIPTION DES TROIS DIMENSIONS DU MBI DANS LE CHAMPS PSYCHOLOGIQUE

EE : L'épuisement émotionnel est lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant stressant.Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances
DP : la perte d'empathie ou dépersonnalisation se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres en particulier des patients. C'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observable par des discours cyniques, dépréciatifs voire par de l'indifférence [28]
AP : L'accomplissement personnel est un sentiment de « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement émotionnel et de perte d'empathie. Il assurerait un épanouissement au travail et un regard positif sur les réalisations professionnelles

La particularité du MBI est qu'il s'agit de la seule échelle qui permet d'évaluer la perte d'empathie dans la relation avec les autres, fondamentale dans la relation médecin-malade.
Pour analyser les résultats de ce questionnaire, il faut commencer par faire la somme des réponses aux items de chaque sous échelle, les résultats s'interprètent dans une perspective dynamique. En effet pour parler de burn-out il n'est pas nécessaire d'obtenir des scores élevés aux dimensions EE et DP avec un score bas pour l'AP, les trois dimensions ne sont pas une triade diagnostique appartenant à une classification nosographique. Pour parler de burn-out, il suffit de trouver un score élevé sur l'échelle EE ou DP ou un score bas sur l'échelle AP, car cela reflète une situation de burn-out en cours d'installation. Pour Maslach, plus le nombre de dimensions atteintes est important, plus le stade de sévérité est important : le degré de burn-out est considéré comme faible si une seule dimension est atteinte, moyen en cas d'atteinte de 2 dimensions et « complet » ou sévère si les 3 dimensions sont pathologiques.

Lors de la création de l'outil de mesure Maslach et Jackson ont établi des bornes pour interpréter les scores obtenus dans chaque sous échelle du questionnaire MBI-HSS. Voici le tableau reprenant les

[28]. Il faut bien distinguer cette dépersonnalisation de la terminologie psychiatrique qui désigne des expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps.c'est pourquoi nous utiliserons tout au long de ce travail la notion de perte d'empathie

valeurs de référence fixées pour le MBI original : le MBI-HSS dans sa version non traduite [**Maslach C**, 1981]:

TABLEAU 5 : SCORES ETABLISSANT LES DIMENSIONS DU MBI-HSS DANS SA VERSION ORIGINALE (MASLACH, 1981)

Score de burn-out	Epuisement émotionnel EE	Perte d'empathie (« dépersonnalisation ») DP	Accomplissement personnel AP
Elevé	≥ 27	≥ 13	≤ 30
Modéré	17-26	7-12	31-36
Bas	≤ 16	≤ 6	≥ 37

Le MBI existe en plusieurs versions mais également en plusieurs traductions, les bornes de la version française sont un peu différentes, ce qui complique l'interprétation lors de la comparaison des données avec des études utilisant des versions de traduction différentes.

L'échelle française utilisée pour le MBI original provient du travail de Canoui ; traduit par Fontaine **(Canoui P, 2006).**

La différence des chiffres utilisés pour les bornes pourrait être expliqué par les différences culturelles cependant les auteurs n'ont pas détaillé leurs critères pour expliquer ces différences.

TABLEAU 6 : SCORES ETABLISSANT LES DIMENSIONS DU MBI DANS LA VERSION FRANÇAISE TRADUITE PAR FONTAINE

Score dans chaque Dimension du burn-out	Épuisement émotionnel EE	Perte d'empathie PE	Accomplissement personnel AP
Elevé	≥ 30	≥ 12	0-33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	0-17	0-5	≥ 40

C'est cette version que nous avons utilisée dans notre travail de recherche.

Quant à l'interprétation du MBI-GS, il n'existe pas de bornes validées permettant de définir un score unique de burn-out. Il faut calculer le score dans chaque dimension : épuisement émotionnel, perte d'empathie, perte de l'accomplissement personnel. L'interprétation reste la même que pour le MBI-HSS, pour les dimensions EE et DP : plus le score est élevé, plus les symptômes de burn-out seraient présents. Mais un score élevé d'AP indique lui une satisfaction importante, un bon sentiment d'auto-efficacité au travail. Il s'interprète donc de façon inverse, un score bas d'AP est en faveur de signes de burn-out. La difficulté est que le MBI-GS n'a pas de bornes ni en France ni à l'international, les

résultats et les scores obtenus ne peuvent pas être interprétés seuls mais en comparaison à d'autres études [TRUCHOT, 2004].

L'Académie de Médecine dans son rapport établi en 2016 précise la méthode d'interprétation du MBI [Olie JP, 2016]. Les dimensions sont indépendantes entre elles, et il est recommandé de ne pas additionner les scores pour estimer un degré de sévérité global du burnout. Il serait également erroné d'indiquer une prévalence du burn-out dans les populations étudiées car ce concept n'est pour l'instant pas défini comme entité nosographique à part entière. En d'autres termes, cet outil ne permet pas de déterminer si les patients présentent un diagnostic clinique d'épuisement émotionnel mais permet d'établir des niveaux faible, moyen ou élevé pour chaque dimension.

1/ Critères d'inclusion et d'exclusion des étudiants

- Critères d'inclusion :

Tous les étudiants en médecine appartenant à l'ESA de PACES (1ère année), DFGSM 2 (2ème année), DFSAM1 (4ème année) ainsi que les internes de l'EVDG de 4ème semestre ou assimilés participant au module de formation de médecine tropicale de l'école du val de grâce.

- Critères de non inclusion :

Tous les étudiants autres que les étudiants médecins appartenant à ces 4 années ciblées ainsi que les étudiants ayant refusé ou étant dans l'incapacité linguistique ou psychique à signer le consentement éclairé ou à compléter le questionnaire. Un étudiant en pharmacie qui avait répondu au questionnaire n'a pour sa part pas été inclus car il ne correspondait pas à la population cible de cette étude. Aucun autre étudiant n'a été dans ce cas de non-inclusion.

- Critères d'exclusion :

Tous les questionnaires présentant un MBI incomplet ou rempli de telle façon que le score ne pouvait pas être calculé de façon certaine ont été exclus de l'étude.
Les questionnaires présentant un MBI complet mais ayant des réponses manquantes ponctuelles n'ont pas été exclus de l'étude.
Après application de ces critères, la population des répondants se répartissait comme indiqué dans le tableau 7 :

TABLEAU 7 : DESCRIPTIF DE LA POPULATION ETUDIEE

Questionnaire selon année d'étude	Questionnaire A (1ère année)	Questionnaire A (2ème année)	Questionnaire B (4ème année)	Questionnaire C (8ème année)	*TOTAL*
Hommes					
Effectif théorique	69	22	65	35	*191*
Effectif des répondants	62	20	42	30	*154*
Exclus Hommes	15	5	10	3	*33*
MBI incomplets ou non remplis	14	5	9	3	*31*
MBI ininterprétables	1	0	1	0	*2*
Total Hommes interprétables	**47**	**15**	**32**	**27**	***121***
Femmes					
Effectif théorique	76	31	45	50	*202*
Effectif des répondants	68	29	32	44	*173*
Exclus Femmes	21	5	2	4	*32*
MBI incomplets ou non remplis	18	4	2	3	*27*
MBI ininterprétables	3	1	0	1	*5*
Total Femmes interprétables	**47**	**24**	**30**	**40**	***141***
TOTAL					
Effectif théorique	145	53	110	85	*393*
Effectif des répondants	129	49	74	74	*326*
Exclus	36	10	12	7	*65*
MBI incomplets ou non remplis	32	9	11	6	*58*
MBI ininterprétables	4	1	1	1	*7*
Total des questionnaires interprétables	***93***	***39***	***62***	***67***	***261***

2/ Déroulement de l'enquête

L'étude a eu lieu en Juin 2015 et s'est déroulée successivement à Paris à l'EVDG puis à Lyon à l'ESA, après une prise de contact téléphonique avec les cadres de proximité afin de déterminer la meilleure organisation possible pour le recueil des données auprès des étudiants des différentes années sélectionnées.

Une première séance d'information a eu lieu le 12 juin 2015 et a consisté en une présentation orale de l'étude et à une séance de questions/réponses. Une lettre d'information (**Annexe**) a ensuite été envoyée par courrier électronique, le recueil des questionnaires et du consentement écrit (**Annexe**) a eu lieu le 15 juin 2015.
Concernant les étudiants de l'ESA un courrier électronique contenant la lettre d'information a été envoyé à l'ensemble des étudiants de l'ESA interrogés dans l'étude. Puis le 17 juin a été organisée la séance d'information sur l'étude, les modalités du recueil des données et une séance de questions/réponses s'ils le souhaitaient. Le recueil des données a eu lieu le 18 juin lors d'une séance en amphithéâtre pour les étudiants de 2ème et 4ème année. Pour les étudiants de première année, les cadres de proximité ont réuni les étudiants en amphithéâtre en juin, leur ont délivré l'information quant à l'étude, les questionnaires et consentements de façon anonyme puis les ont réceptionnés secondairement. Les documents ont été renvoyés secondairement aux investigateurs de l'étude par plis scellés.

3/ Méthode d'analyse des données

Les questionnaires ont été saisis de façon anonyme sur le logiciel de statistiques médicales EPI-INFO (version 3.5.3) et analysés avec le logiciel R (version 3.2.2). Le test exact de Fisher était utilisé pour la comparaison de proportions, le test t de Student pour la comparaison de moyennes et le test de Kruskal-Wallis pour la comparaison de médianes. Le test de Kruskal-Wallis est équivalent (le même) que le test de Mann-Whitney lorsqu'il n'y a que deux groupes ; un seuil significatif était de 0.05

- Pour le critère de jugement principal, un calcul des dimensions du burn- out par le questionnaire a été réalisé

Elle était réalisée à partir du MBI à 16 items : MBI GS pour l'analyse des questionnaires A (question 61) (**Annexe)** et du MBI à 22 items (MBI HSS) pour l'analyse des questionnaires B (question 65) et questionnaires C (question 76)

TABLEAU 8 : REPARTITION ET COTATION DES ITEMS DU MBI SELON LES TROIS DIMENSIONS

Les items se décomposent en 3 dimensions :
— épuisement émotionnel(EE) : 9 items questions : 1, 2, 3, 6 ; 8, 13, 14, 16, 18
— perte d'empathie (PE) : 5 items questions : 5, 10, 11, 15, 22
— perte d'accomplissement personnel (AP) : 8 items : questions : 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21
Chaque question est cotée de 0 à 6 :
— 0 jamais
— 1 quelques fois par an
— 2 1 fois par mois
— 3 quelques fois par mois
— 4 une fois par semaine
— 5 quelques fois par semaine
— 6 chaque jour

On calculait la somme des cotations pour chaque catégorie : épuisement émotionnel, perte d'empathie, perte d'accomplissement personnel afin d'établir un score pour chacune de ces catégories.

- Pour les critères secondaires, **des analyses uni et multivariées ont recherché les facteurs associés aux troubles psychiques selon un modèle des odds-ratios cumulatifs**

C'est un modèle qui permet de prendre en compte les 3 catégories du score.

Pour la comparaison des scores en classe ("Echelle") les tests utilisés étaient toujours le test exact de Fisher. Pour la comparaison des médianes, dans le tableau 35 (A vs B vs C) c'est le test de Kruskal-Wallis.

Pour l'analyse des facteurs associés un seuil de signification à 0,05 a été utilisé pour retenir les associations significatives. En cas d'analyses multiples, la correction de Bonfferoni a été appliquée à ce seuil

Avant de réaliser les analyses multivariées, ont été effectuées des analyse bivariées afin de sélectionner les variables à inclure dans le modèle.La valeur seuil de la p value était 0,2, c'est-à-dire que toutes variables ayant un p<=0.2 ont été inclues dans le modèle d'analyses multivariées. Mais compte tenu des données de la littérature et des délais nécessaires pour la réalisation de ces analyses, nous avons choisi de privilégier des analyses des facteurs associés à la dimension d'épuisement émotionnel des internes de 8° année.

Tous les étudiants ayant complété les questionnaires ont été inclus dans les analyses sauf en cas d'impossibilité de calcul du critère de jugement principal pour les enquêtes transversales. Cependant, un sujet exclu de l'analyse du critère principal a pu être inclus dans les analyses qualitatives s'il avait réalisé les entretiens.

- Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou non valides

L'étudiant demeurait libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre des questions ou encore de mettre fin à sa participation à tout moment.

3.4 ENQUETE QUALITATIVE

Nous avons souhaité mettre en exergue à partir d'entretiens de recherche des éléments et arguments d'orientation psychodynamiques, afin de relever les motivations inconscientes à l'entrée en médecine militaire, les rapports à l'objet de la connaissance universitaire et les relations au pouvoir militaire. Nous avons utilisé pour cette partie qualitative la méthode de la théorisation ancrée, adaptation de la « Grounded theory » issue de la sociologie, et développée dans les années 1960 par deux sociologues américains à partir de leurs travaux de recherche sur la question du « mourir à l'hôpital » [Glaser BG, Strauss AL, 1965].Différentes évolutions de cette méthode d'analyse de données quantitatives ont émergé depuis près de cinquante ans [Charmaz, 2005] mais les principes fondamentaux restent inchangés. L'utilisation de cette méthodologie est en constante augmentation depuis plusieurs années mais reste peu enseignée en France et en Europe, notamment dans les études médicales [HENNEBO N. 2009].

La théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative proposée par Pierre Paillé. Elle permet au chercheur d'interpréter les données brutes qu'il collecte sur son terrain, dans le cadre d'une

enquête qualitative. C'est une "série de procédés précis, une suite de réflexions, de remises en question, de découvertes et de constructions". Pour objectiver l'analyse qualitative, Paillé propose une méthode d'analyse et d'interprétation des "notes de terrain, transcriptions d'entrevues, documents divers" [Paillé, 1994]

Il s'agit de la génération d'une théorisation à partir de données en utilisant une méthode inductive et des étapes successives dont nous allons donner ci-dessous les grandes lignes d'orientation :

- elle est fondée sur des entretiens de recherche peu structurés, comportant un nombre limité d'amorces ainsi qu'un recueil des réponses sur un mode narratif afin de donner une dimension heuristique au travail de recherche
- Selon les recommandations de Pierre Paillé (Paillié, 1994), il nous a donc fallu suspendre nos acquis, notre connaissance en laissant de côté la revue de la littérature préalable, celle-ci ayant été faite à la fin de l'étude afin de compléter les concepts théoriques.
- il existe un continuum constant entre la collecte et l'analyse des données qui se fait au fur et à mesure de ce recueil.

1/ Critères d'inclusion et d'exclusion

La partie qualitative a été réalisée sur des sujets volontaires étudiants en médecine militaires ou civils (pour ces derniers, exerçant en milieu hospitalier militaire) rencontrés soit à l'hôpital lors de leur stage, soit à l'école du val de grâce au cours d'un module d'enseignement. L'étude a été expliquée à tous, une note d'information et un consentement à participer ont été remis à chaque participants ; Ont été inclus les volontaires ayant signé le consentement à participer. Les étudiants non volontaires ont été exclus. Un seul étudiant n'a pas été volontaire pour participer aux entretiens de recherche

2/ Déroulement et contenu des entretiens

Nous avons réalisé un cahier d'observation-papier et un enregistrement audio des données pour les entretiens de recherche d'environ 45 minutes afin de collecter les données en temps réel.

- Le nombre d'entretiens de recherche

Nous ne pouvions définir au préalable le nombre d'entretiens qui allaient être menés.

- L'échantillonnage initial, l'échantillonnage théorique et la saturation

Pour l'échantillonnage initial nous avons sélectionné un premier participant entrant dans le champ de notre recherche. La sélection des participants pour les entretiens suivants a été orientée au fur et à mesure de la recherche par la codification des données et les notes prises lors des entretiens. C'est l'analyse des données qui nous a orientés vers le participant suivant et vers la thématique développée plus précisément au cours de l'entretien.

La saturation finale des données a été obtenue quand les entretiens de recherche ne nous ont plus apporté d'éléments significatifs par rapport à nos précédentes analyses

- Définition des mémos.

Tout au long du travail de recherche, nous avons rédigé de multiples notes dès lors qu'une idée a germé dans notre esprit par rapport à une piste à suivre ou une hypothèse. Ces notes ont constitué d'importants éléments et nous ont permis de développer différentes catégories et codes théoriques

- Comparaison continue

Nous avons utilisé la méthode de la comparaison continue, c'est-à-dire qu'il s'agissait de comparer en permanence les données entre elles et les codes avec les mémos, ceci permettant de mettre en place différentes hypothèses précisées au fur à mesure des autres entretiens ;

C'est ainsi qu'il n'y a eu aucun élément prédéfini dans la direction des entretiens, en dehors d'un d'une ou deux questions ouvertes destinées à amorcer le dialogue. Ainsi seul le champ de recherche était prédéfini, à savoir « devenir médecin militaire : quels enjeux psychiques ? », le sujet et l'orientation de chaque entretien ne pouvant être déterminés au préalable.

3/ Codage des données

Le codage a consisté en l'extraction à partir du texte de la retranscription des entretiens de certains groupes de mots ou phrases. Leur signification par un ou plusieurs mots a été synthétisée dans un tableau Excel joint en annexe .

Le corpus, « d'abord examiné, puis codifié patiemment, a fait ensuite l'objet d'une «lecture» plus large, d'ordre conceptuel, qui a débouché sur la création de catégories, pour tenter de qualifier les aspects importants du phénomène étudié. Les catégories sont devenues à ce moment l'outil d'analyse premier: développées, raffinées, transformées à mesure de la comparaison constante entre la réalité théorisée et la réalité observée, elles ont été mises en relation les unes avec les autres de manière à dégager l'événement, la continuité au sein du phénomène analysé. Au fil des nouvelles entrevues, des observations orientées et de la progression de l'analyse, l'objet initial de l'étude a évolué, voire changé ; c'est pourquoi il a paru nécessaire de le cerner précisément en procédant à l'intégration de l'analyse d'ensemble. Une fois cette opération essentielle achevée, la reconstitution dynamique du phénomène est devenue possible par sa modélisation » (p.177). L'étape de théorisation permettra de confirmer ou réfuter le modèle proposé.[29]

4/ Ethique

L'étude qualitative a débuté après validation du protocole par le comité éthique de l'HIA Percy du 3 mars 2015, après accord de la Direction Centrale du Service de Santé des Armées, de l'accord du Directeur de l'ESA et de celui du Directeur de l'EVDG.

Conformément à la loi Informatique et libertés, les données ont été recueillies et saisies de façon anonyme. Les entretiens ont eu lieu jusqu'au mois d'aout 2016.

- **Modalités de gestion des données**

Chaque étudiant participant à la recherche a été identifié par un numéro d'identification : le détail des différents participants est donné en annexe ;

Les données des entretiens ont été retranscrites ad integrum et anonymisées ; certains entretiens qui nous ont semblé les plus pertinents ont été insérés dans les annexes

- **Modalités éventuelles de prise en charge des étudiants**

La prise en charge médicale des étudiants, si nécessaire, avait été définie comme suit :

En cas de demande de consultation psychologique ou psychiatrique supplémentaire ou nécessaire, l'étudiant pouvait être adressé selon son souhait en consultation suivant le centre concerné, soit au

[29] Source : Paillé, P. 1994. "L'analyse par théorisation ancrée." Cahiers de recherche sociologique 23:147–181

sein du service médical de l'école de santé des armées puis éventuellement à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes de Lyon, soit au service de médecine du personnel ou de psychiatrie de l'Hôpital d'instruction des armées Percy à Clamart.

CHAPITRE DES RÉSULTATS

Ce chapitre est relatif à la présentation des résultats de notre étude :

Il comportera tout d'abord les résultats de l'enquête quantitative donnés selon l'ordre dans les questionnaires, en premier lieu les caractéristiques générales de la population d'étude ainsi que d'autres données bio- démographiques, la scolarité et le projet professionnel, le mode de vie et la santé des étudiants ; un paragraphe sera ensuite consacré aux résultats de l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel par le MBI, dont les résultats des analyses bi- et multivariées ; par souci de clarté pour le lecteur, certaines données ont été placées en annexes.

La deuxième partie de ce chapitre sera consacrée à la présentation des résultats de l'enquête qualitative, sous forme d'un tableau et d'un schéma explicatif de la problématique ; le verbatim des entretiens de recherche les plus pertinents a été placé également dans les annexes.

1 RESULTATS DE L'ENQUETE QUANTITATIVE

1.1 Taux de réponse

- Au total 393 questionnaires ont été distribués à l'ensemble de la population d'étude. 327 questionnaires ont été recueillis soit un taux de réponse global de 83,20%. Après application des critères de non inclusion, inclusion et exclusion, 261 questionnaires ont pu être analysés.
- Pour l'ensemble des étudiants de première et deuxième année: 198 questionnaires ont été distribués, 179 questionnaires ont été recueillis et 132 ont été analysés soit un taux de réponse de 90,4%.
- Concernant les étudiants de première année, 145 questionnaires ont été distribués, 130 ont été recueillis et 93 ont pu être analysés soit un taux de réponse de 89,66%.
- Concernant les étudiants de deuxième année, 53 questionnaires ont été distribués, 49 ont été recueillis et 39 ont pu être analysés, soit un taux de réponse de 92,35%.
- Pour les étudiants de quatrième année, 110 questionnaires ont été distribués, 74 questionnaires ont été recueillis, 62 questionnaires ont pu être analysés soit un taux de réponse de 67,27%.
- Pour les étudiants de huitième année, 85 questionnaires ont été distribués, 74 questionnaires ont été recueillis et 67 questionnaires ont pu être analysés soit un taux de réponse de 87,05%.

TABLEAU 9 : TAUX DE REPONSE SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LE TYPE DE QUESTIONNAIRE

Type de questionnaire	A	A (1ère année)	A (2ème année)	B (4ème année)	C (8ème année)
Effectif total (n=261)	132	93	39	62	67
Taux de réponse (%)	90,40%	89,66%	92,35%	67,27%	87,05%

1.2 Caractéristiques générales de la population

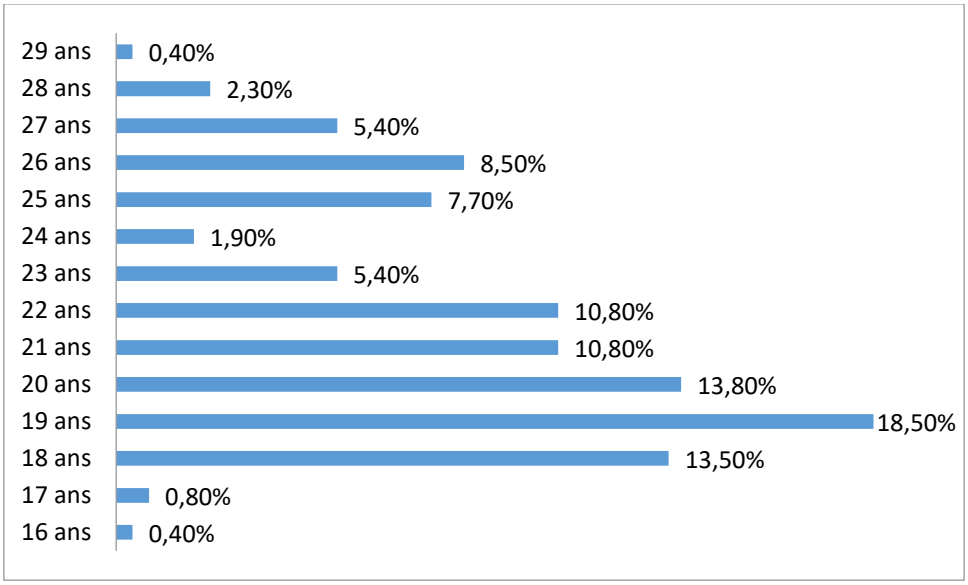
1.2.1 Données sociodémographiques

Répartition par Âge

260 étudiants ont répondu à cette question (Tableau). La moyenne d'âge de la population d'étude était de 21,56 ans, avec un écart type de 3,03, les âges extrêmes étaient 16 ans et 29 ans.

L'âge médian était 21 ans (Intervalle interquartile (IIQ)= [19-24]) (Figure).

FIGURE 1 : RÉPARTITION PAR AGE DES RÉPONDANTS.



Répartition selon le sexe

261 étudiants ont répondu à cette question, il y avait **54% de femmes et 46% d'hommes**. (Tableau 7)

Situation conjugale

260 étudiants ont répondu à cette question : 62,3% étaient célibataires et 37,7% étaient en couple (Tableau 7).

Parentalité *(enfants à charge ?)*

256 étudiants ont répondu à cette question, 94,9% d'entre eux n'avaient pas d'enfants (Tableau 7).

TABLEAU 10 : RECAPITULATIF DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LE TYPE DE QUESTIONNAIRE

Caractéristiques sociodémographiques	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année(C) n (%)
Age, n = 260				
Moyenne (ET*), *n = 260*	18,83 (0,9)	19,85 (1,04)	21,94 (0,87)	26 (1,1)
Médiane (IIQ*), *n = 260*	19 (18-20)	20 (19-21)	22 (21-23)	26 (25-27)
Sexe, n = 261				
Féminin	47 (56,5)	24 (61,5)	30 (48,4)	40 (59,7)
Masculin	46 (49,5)	15 (38,5)	32(51,6)	27 (40,3)
Situation conjugale, n = 260				
Célibataire	77 (83,7)	32 (82,1)	27 (43,5)	26 (38,8)
En couple	15 (16,3)	7 (17,9)	35 (56,5)	41 (61,2)
Parentalité, n = 256				
Non	93 (93)	38 (97,4)	62 (100)	56 (90,3)
Oui	0	1 (2,6)	0	6 (9,7)

* ET : écart-type, IIQ : intervalle interquartile, n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages).

1.2.2 Autres caractéristiques biodémographiques

Année d'étude *(Uniquement pour les étudiants ayant répondu au questionnaire A)*

Sur 132 questionnaires A : 93 (70,5%) étaient en première année et 39 (29,5%) étaient en deuxième année.

Hôpital d'instruction des armées (HIA) d'affectation *(Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

Sur les 67 étudiants, 4 (6%) étaient rattachés à l'HIA Bégin, 7 (10,4%) étaient rattachés à l'HIA Desgenettes, 8 (11,9%) étaient rattachés à l'HIA Lavéran, 9 (13,4%) étaient rattachés à l'HIA Legouest, 8 (11,9%) étaient rattachés à l'HIA Percy, 8 (11,9%) étaient rattachés à l'HIA Robert Piqué,

11 (16,4%) étaient rattachés à l'HIA Saint Anne, 8 (11,9%) étaient rattachés à l'HIA Clermont Tonnerre et 4 (6%) étaient rattachés à l'HIA Val de Grâce.

Spécialité *(Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

Sur 67 étudiants, 82,1% étaient en médecine générale et 17,9% étaient en spécialité. Parmi les 12 spécialistes, 5 étaient en spécialité chirurgicale et 7 étaient en spécialité médicale.

Histoire familiale

TABLEAU 11 : TAUX DE MILITAIRES OU DE MEDECINS PARMI LES ASCENDANTS DU PREMIER ET DEUXIEME DEGRE

Effectifs	1ère année n =93 (%)	2ème année n=39 (%)	4ème année n=62 (%)	8ème année n=67 (%)	TOTAL n=261
Un (ou plus) parent ou grand parent Militaire	16 (17%)	11 (28%)	13(21%)	15(22%)	55 **(21%)**
Un (ou plus) parent ou grand parent Médecin	9(9%)	7(18%)	9(14%)	11(16%)	36 **(14%)**
Dont médecins militaires	1	0	4	3	8 (3%)

261 étudiants ont répondu à cette question

1.3 Scolarité et projet professionnel

TABLEAU 12 : MENTIONS OBTENUES AU BACCALAUREAT

Mention obtenue au baccalauréat	Pourcentage cumulé (n = 261)	HOMMES n=120	FEMMES n=141
ASSEZ BIEN	13%	15%	12%
BIEN	25%	30%	21%
SANS MENTION	1%	2%	0%
TRES BIEN	**60%**	**47%**	**66%**

Saut de classe avant les études de médecine :

261 étudiants ont répondu à cette question, Le taux de de **saut de classe** (avant le début des études de médecine) était de 24% (n = 261)

Redoublement depuis l'entrée à l'ESA

260 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 51,9% avaient redoublé une ou plusieurs classes depuis leur entrée à l'ESA (Tableau).

En cas d'échec au concours d'entrée à l'ESA, des études de médecine dans le civil auraient été poursuivies *(Si vous n'aviez pas été reçu (e) au concours d'entrée à l'ESA, auriez-vous entrepris de toute façon vos études de médecine dans le civil ?)*

258 étudiants ont répondu à cette question

78,3% auraient en cas d'échec au concours d'entrée à l'ESA entrepris des études médicales dans le civil (Tableau).

Taux d'étudiants qui auraient redoublé la PACES *(Si c'était à refaire, repasseriez-vous la PACES ?)*

260 étudiants ont répondu à cette question,

21,2% d'entre eux ne repasseraient pas la première année de médecine (Tableau).

TABLEAU 13 : REPONSES CONCERNANT LA SCOLARITE DES ETUDIANTS A L'ÉCOLE DE SANTE

Scolarité des étudiants	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n(%)
Redoublement, n=260				
Non	33 (35,9)	26 (66,7)	32 (51,6,4)	34 (50,7)
Oui	**59 (64,1)**	**13 (33,3)**	**30 (48,4)**	**33 (49,3)**
Etudes de médecine, n= 258				
Non	20 (21,5)	8 (21,1)	13 (21,7)	15 (22,4)
Oui	73 (78,5)	30 (78,9)	47 (78,3)	52 (77,6)
PACES, n=260				
Non	19 (20,4)	6 (15,4)	14 (22,6)	16 (24,2)
Oui	74 (79,6)	33 (84,6)	48 (77,4)	50 (75,8)

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Motivation principale pour débuter une carrière en médecine (*Quelle a été votre motivation principale pour débuter une carrière en médecine ?)*

257 étudiants ont répondu à cette question (Figure et Tableau):

179 ont répondu « c'est une vocation » soit 69,4%

84 ont répondu « vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle » soit 32,6%

72 ont répondu « vous vouliez avoir une belle carrière et un bon salaire » soit 27,9%

26 ont répondu « vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche » soit 10,1%

19 ont répondu « c'est le hasard » soit 7,4%

11 ont répondu « vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux » soit 4,3%

11 ont répondu qu'ils ne savaient pas soit 4,3%

FIGURE 2 : MOTIVATIONS POUR DÉBUTER UNE CARRIERE EN MÉDECINE (N=257)

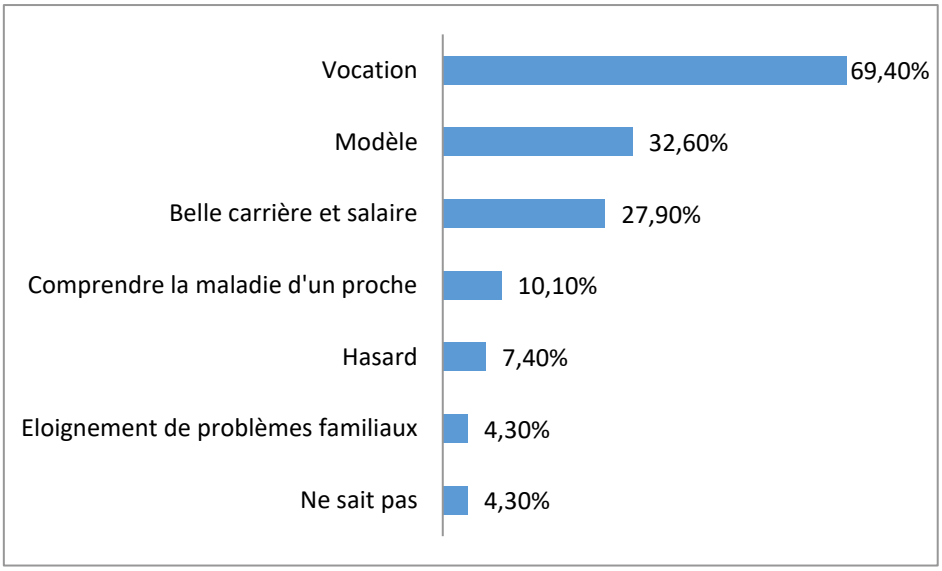


TABLEAU 14 : MOTIVATION SELON L'ANNEE D'ETUDE POUR DEBUTER UNE CARRIERE EN MEDECINE

Motivations Carrière en médecine (n=257)	1ère année (A)	2ème année (A)	4ème année (B)	8ème année(C)
Modèle	**34**	15	13	22
Vocation	**73**	28	41	37
Carrière	15	6	23	28
Comprendre maladie	13	2	9	2
Problèmes familiaux	0	0	6	5
Hasard	5	1	6	7
Ne sait pas	2	3	2	4

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs.

Motivation principale pour passer le concours d'entrée à* l'Ecole de Santé des Armées *(ESA) *(-Quelle a été votre motivation principale pour passer le concours d'entrée à l'ESA ?)*

257 étudiants ont répondu à cette question (Figure et Tableau) :

123 ont répondu « vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle » soit 47,9%

99 ont répondu « vous vouliez avant tout être militaire » soit 38,5%

46 ont répondu « c'est le hasard » soit 17,9%

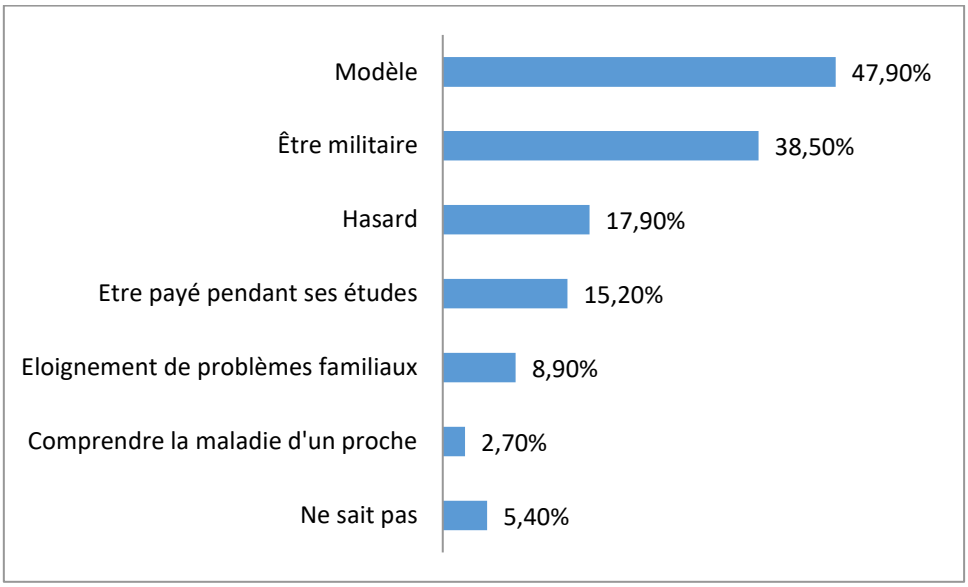
39 ont répondu « vous vouliez être payé(e) pendant les études de médecine » soit 15,2%

23 ont répondu « vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux » soit 8,9%

7 ont répondu « vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche » soit 2,7%

14 ont répondu « vous ne savez pas » soit 5,4%

FIGURE 3 : MOTIVATIONS POUR PASSER LE CONCOURS D'ENTRÉE A L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES



* n = 257 (effectif des répondants à la question)

TABLEAU 15 : MOTIVATIONS POUR DEBUTER UNE CARRIERE A L'ESA SELON L'ANNEE D'ETUDE

Motivations concours d'entrée à l'ESA, n=257	1ère année (A)	2ème année (A)	4ème année (B)	8ème année (C)
Modèle	56	18	23	26
Etre militaire	40	20	19	20
Hasard	8	3	15	20
Etudes payées	8	3	13	15

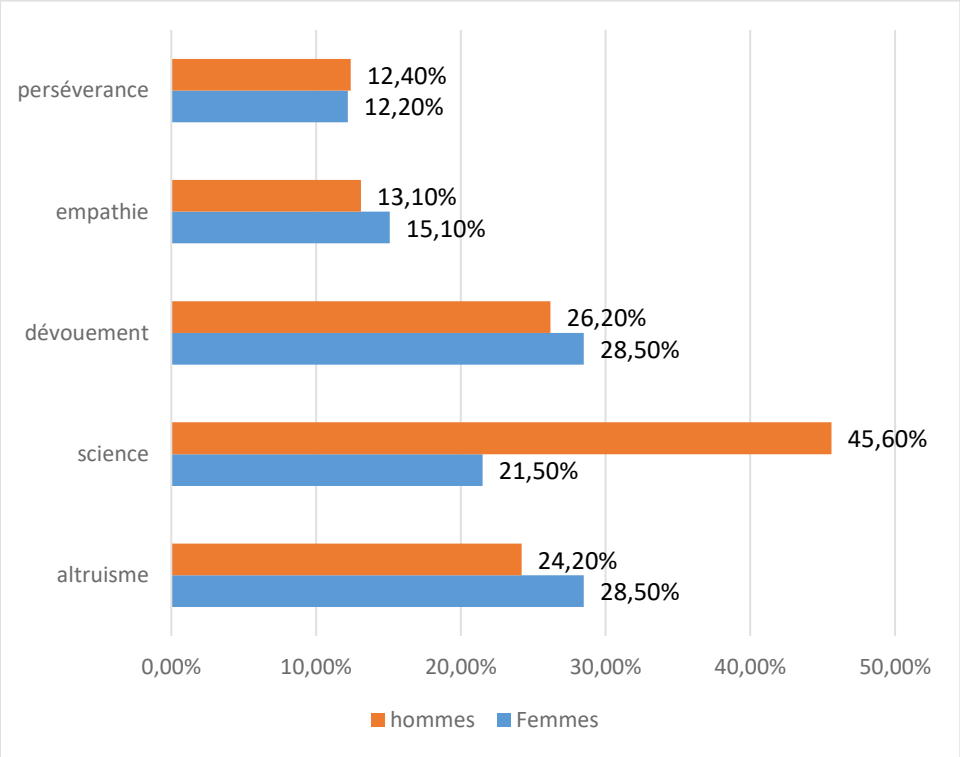
Problèmes familiaux	3	1	8	11
Maladie	6	0	1	0
Ne sait pas	2	4	5	3

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs

Compétences essentielles pour devenir médecin :

(-Quelles sont selon vous les compétences essentielles pour devenir médecin ?)

FIGURE 4 : OPINIONS DES ÉTUDIANTS SUR LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR DEVENIR MÉDECIN (N=259)

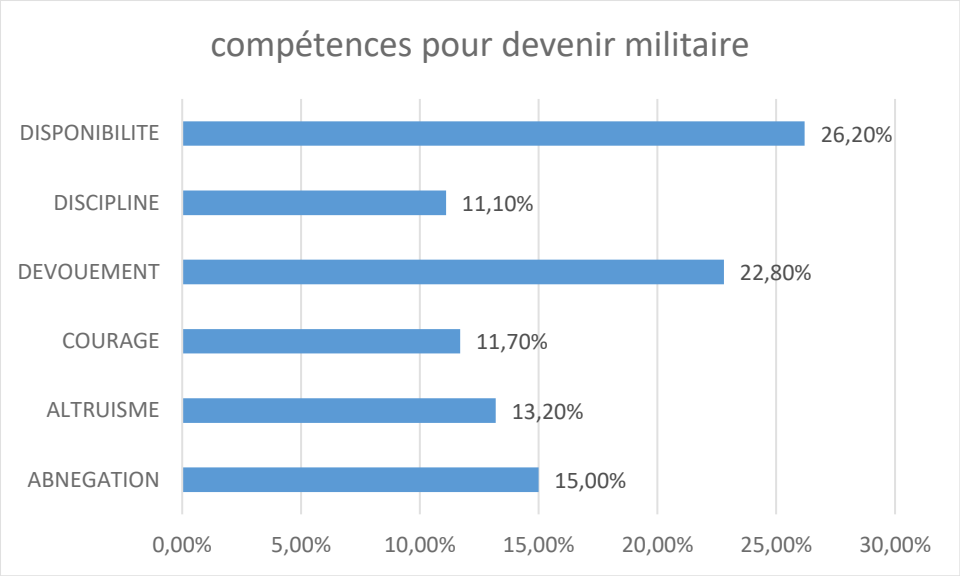


* n: effectif des répondants à la question

Compétences essentielles pour devenir militaire :

(-Quelles sont selon vous les compétences essentielles pour devenir militaire ?)

FIGURE 5 : OPINIONS DES ÉTUDIANTS SUR LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR DEVENIR MILITAIRE (N=258)



* n: effectif des répondants à la question

Utilisation du droit au remords pour changer de spécialité *(Avez-vous déjà pensé à utiliser votre droit au remords pour changer de spécialité ?) (Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

66 étudiants de 8ème année ont répondu,

Parmi eux 15,2% ont pensé à utiliser leur droit au remord.

Changement de spécialité entrepris *(Si oui, avez-vous finalement changé de spécialité ?) (Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

Sur 31 réponses, un seul (3,2%) avait finalement changé de spécialité.

Repasser l'ECN pour changer de spécialité *(Avez-vous envisagé de changer de spécialité en repassant le concours de l'examen classant national ECN ?) (Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

65 étudiants de 8ème année ont répondu à cette question

Parmi eux 12,3% ont envisagé de changer de spécialité en repassant l'ECN.

Ont effectivement repassé l'ECN *(Si oui, avez-vous finalement repassé le concours ?) (Uniquement pour les étudiants de 8ème année)*

29 étudiants ont répondu et aucun n'a repassé le concours de l'ECN.

Envisager de quitter médecine *(Avez-vous déjà envisagé de quitter médecine ?)*

260 étudiants ont répondu à cette question ;

Parmi eux 62,7% ont répondu jamais, 31,9% ont répondu parfois et 5,4% ont répondu souvent (Tableau).

Envisager de quitter le Service de Santé des Armées *(Avez-vous déjà envisagé de quitter le Service de Santé)*

260 étudiants ont répondu à cette question.

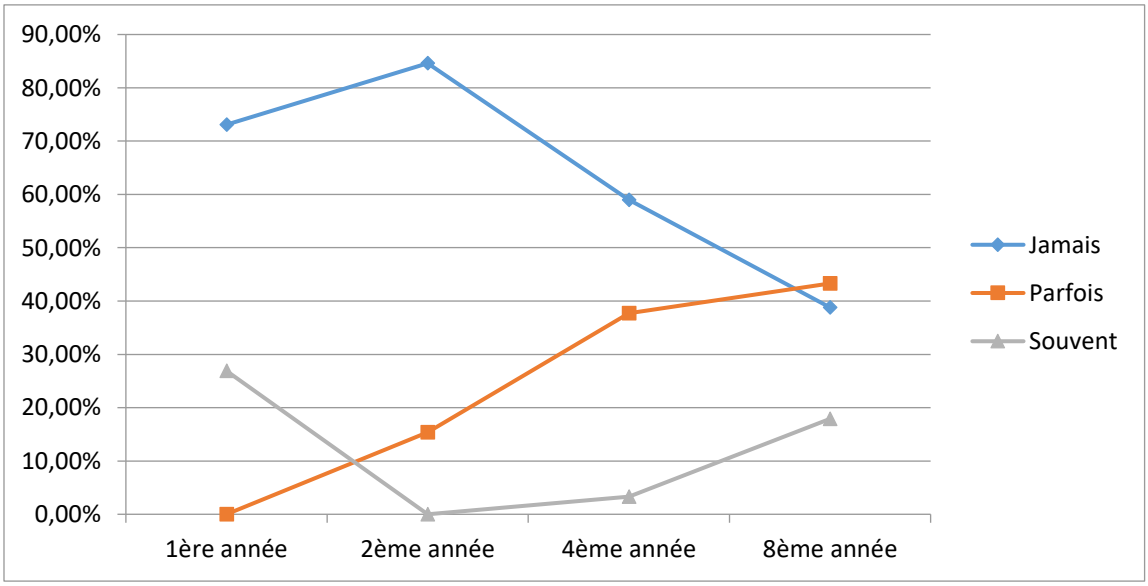
Parmi eux 48,5% ont répondu jamais, 42,3% ont répondu parfois, 7,7% ont répondu souvent et 1,5% ont répondu je vais quitter le Service de Santé prochainement (Tableau).

TABLEAU 16 : SOUHAITS DES ETUDIANTS DE CHANGER DE CARRIERE

Envisager un changement de carrière	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Quitter médecine, n= 260				
Jamais	**68 (73,1)**	**33 (84,6)**	**36 (59)**	**26 (38,8)**
Parfois	0	6 (15,4)	23 (37,7)	29 (43,3)
Souvent	25 (26,9)	0	2 (3,3)	12 (17,9)
Quitter le SSA, n= 260				
Jamais	64 (68,8)	28 (71,8)	18 (29,5)	16 (23,9)
Parfois	27 (29)	10 (25,6)	35 (57,4)	38 (56,7)
Souvent	**0**	**1 (2,6)**	**6 (9,8)**	**13 (19,4)**
Prochainement	2 (2,2)	0	2 (3,3)	0

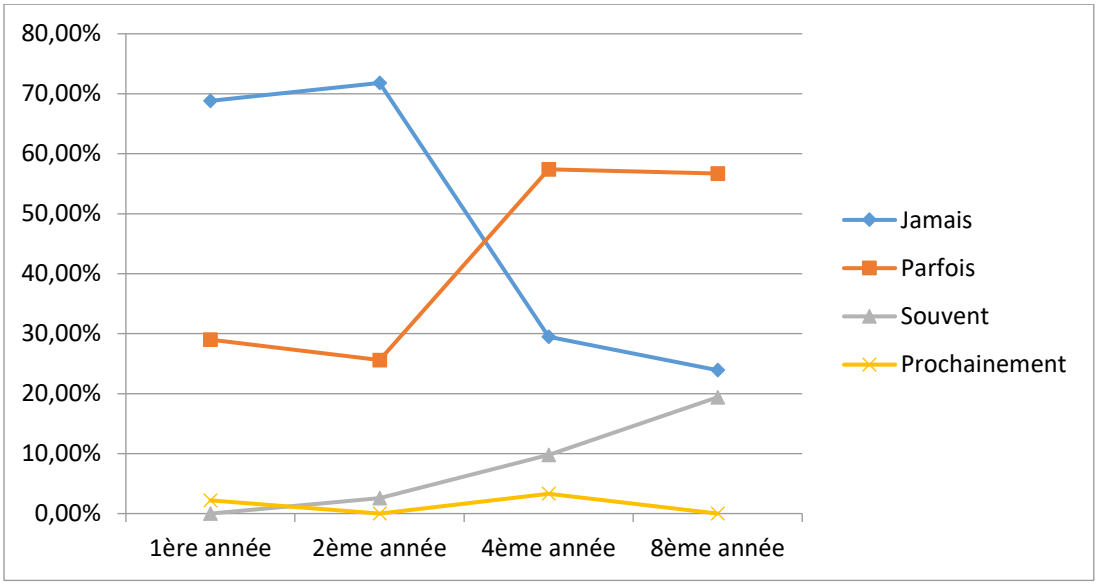
* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU SOUHAIT DE QUITTER LES ÉTUDES DE MÉDECINE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE



* N=260 (effectif des répondants à la question)

FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU SOUHAIT DE QUITTER L'ARMÉE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE



* n= 260 (effectif des répondants à la question)

Sentiment d'être correctement accompagné (e) par la faculté au cours de l'ensemble des études *(Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par la faculté, au cours de l'ensemble de vos études ?)*

La question a été analysée pour 258 questionnaires,

Parmi eux 17,5% des étudiants étaient tout à fait d'accord, 63,5% étaient plutôt d'accord et 19% n'étaient pas d'accord du tout (Tableau).

Sentiment d'être correctement accompagné (e) par le Service de Santé des Armées au cours de l'ensemble des études *Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par le Service de Santé, au cours de l'ensemble de vos études ?*

259 réponses ont pu être analysées :

20,1% étudiants étaient tout à fait d'accord avec cette proposition, 60,6% étaient plutôt d'accord et 19,3% n'étaient pas d'accord du tout avec cette proposition (Tableau 13).

TABLEAU 17 : RESSENTI DES ETUDIANTS SUR LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL

Sentiment de soutien	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Soutien par la faculté, n= 258				
Pas d'accord du tout	6 (6,5)	2 (5,3)	18 (29,5)	**23 (34,3)**

Plutôt d'accord	60 (65,2)	27 (71,1)	37 (60,7)	40 (59,7)
Tout à fait d'accord	**26 (28,3)**	9 (23,7)	6 (9,8)	**4 (6)**
Soutien par le SSA, n= 259				
Pas d'accord du tout	7 (7,5)	2 (5,3)	24 (39,3)	**17 (25,4)**
Plutôt d'accord	49 (52,7)	28 (73,7)	37 (60,7)	**43 (64,2)**
Tout à fait d'accord	37 (39,8)	8 (21,1)	0	7 (10,4)

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

1.4 Etudes et parentalité

Les études médicales : un obstacle à la maternité *(Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la maternité ?)*

259 étudiants ont répondu à cette question :

52,9% étudiants pensaient que les études médicales étaient un obstacle à la maternité

Les études médicales : un obstacle à la paternité *(Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la paternité ?)*

258 étudiants ont répondu à cette question

29,5% étudiants pensaient que les études médicales étaient un obstacle à la paternité

Le fait d'être militaire : un obstacle à la maternité *(Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la maternité ?)*

258 étudiants ont répondu à cette question :

50% des répondants pensaient qu'il s'agissait d'un obstacle

Le fait d'être militaire : un obstacle à la paternité *(Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la paternité ?)*

258 étudiants ont répondu à cette question :

26,7% pensaient que le fait d'être militaire était un obstacle à la paternité

TABLEAU 18 : RECAPITULATIF DES REPONSES AUX QUESTIONS CONCERNANT LA PARENTALITE

Obstacles et maternité/paternité	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Etudes obstacle maternité, n=259				
Non	46 (49,5)	16 (41)	26 (42,6)	34 (51,5)
Oui	**47 (50,5)**	**23 (59)**	**35 (57,4)**	**32 (48,5)**
Etudes obstacle paternité, n=258				
Non	64 (69,6)	24 (61,5)	45 (73,8)	49 (74,2)
Oui	**28 (30,4)**	**15 (38,5)**	**16 (26,2)**	**17 (25,8)**
Etre militaire et maternité, n=258				
Non	52 (56,5)	15 (38,5)	28 (45,9)	34 (51,5)
Oui	**40 (43,5)**	**24 (61,5)**	**33 (54,1)**	**32 (48,5)**
Etre militaire et paternité, n=258				
Non	70 (76,9)	27 (69,2)	43 (69,4)	49 (74,2)
Oui	**21(23,1)**	**12 (30,8)**	**19 (30,6)**	**17 (25,8)**

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

1.5 Mode de vie au cours des 12 derniers mois

Nombre de jours de travail par semaine, week-ends inclus *(Quel est le nombre de jours de travail que vous effectuez par semaine, week-end inclus?)*

259 étudiants ont répondu à cette question,

La médiane était 7 jours de travail par semaine (IIQ [5-7]) (Tableau 19).

Nombre de week-end libres par mois *(Quel est le nombre de week-end libres par mois ?)*

252 étudiants ont répondu à cette question,

La médiane était 2 week-ends de libre par mois (IIQ [1-3]) (Tableau 19).

Nombre moyen de jours de vacances par semestre *(Quel est en moyenne votre nombre de jours de vacances par semestre ?)*

253 étudiants ont répondu à cette question,

La médiane était 14 jours de vacances par semestre (IIQ [10-20]) (Tableau 19).

TABLEAU 19 : RECAPITULATIF DES VARIABLES QUANTITATIVES DU MODE DE VIE

Variables quantitatives mode de vie	1ère année (A)	2ème année (A)	4ème année (B)	8ème année (C)
Nb de jour de travail, médiane (IIQ), n = 259	7 (7-7)	5 (4-5)	7 (5-7)	6 (5-6)
Nb de week-ends libres, médiane (IIQ), n = 252	1 (0-1)	4 (3-4)	2 (1-4)	2 (2-2)
Nb de jours de vacances, médiane (IIQ), n = 253	14 (7-20)	15 (14-30)	10 (7-14,5)	15 (10-18)

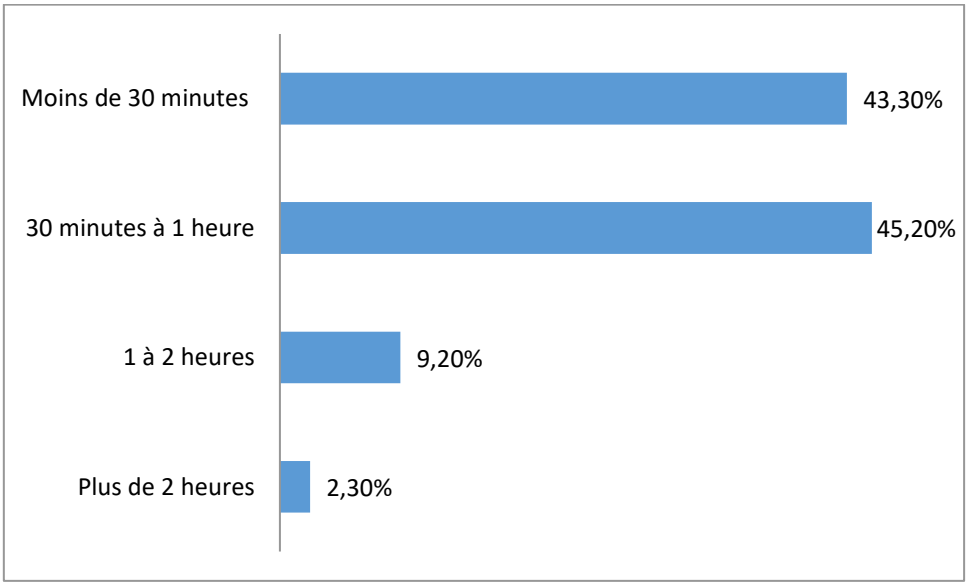
*IIQ : intervalle interquartile, n: effectif des répondants à la question.

Durée quotidienne aller-retour (en minutes) du trajet pour se rendre à la faculté ou en stage (*Quelle est la durée quotidienne aller-retour en minutes de votre trajet pour vous rendre en stage ou à la faculté ?)*

261 étudiants ont répondu à cette question :

Parmi eux 43,3% mettaient moins de 30 minutes pour se rendre à la faculté, 45,2% mettaient entre 30 minutes et 1h, 9,2% mettaient entre 1 et 2 heures et 2,3% mettaient plus de 2 heures (Figure et Tableau).

FIGURE 8 : TEMPS DE TRAJET QUOTIDIEN DES ÉTUDIANTS (ALLER-RETOUR)



* n: effectif des répondants à la question (n=261)

TABLEAU 20 : TEMPS DE TRAJET QUOTIDIEN (ALLER-RETOUR) SELON L'ANNEE D'ETUDE

Durée trajet, n=261	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Moins de 30 min	35 (37,6)	9 (23,1)	36 (58,1)	33 (49,3)
30min-1h	55 (59,1)	19 (48,7)	19 (30,6)	25 (37,3)
1 à 2h	3 (3,2)	8 (20,5)	7 (11,3)	6 (9)
Plus de 2 heures	0	3 (7,7)	0	3 (4,5)

* n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Sentiment de consacrer assez de temps à son entourage *(Trouvez-vous que vous consacrez assez de temps à votre entourage ?)*

Sur 259 réponses, 61,8% pensaient qu'ils ne consacraient pas assez de temps à leur entourage (Tableau).

Pratique régulière d'un loisir *(Pratiquez-vous régulièrement un loisir ?)*

Sur 260 réponses, 47,3% étudiants n'en pratiquaient pas régulièrement (Tableau).

Pratique régulière d'un sport *(Pratiquez-vous régulièrement un sport ?)*

Sur 261 réponses, 37,2% des étudiants ne pratiquaient pas régulièrement un sport (Tableau).

TABLEAU 21 : VARIABLES SUR LA QUALITE DE VIE (TEMPS CONSACRE A L'ENTOURAGE, LOISIRS, SPORTS) PAR ANNEE D'ETUDE

Variables qualité de vie	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Temps pour l'entourage n=259				
Non	**71 (77,2)**	11 (28,2)	30 (49,2)	**48 (71,6)**
Oui	21 (22,8)	28 (71,8)	31 (50,8)	19 (28,4)
Loisir, n=260				
Non	**73 (78,5)**	1 (2,6)	9 (14,8)	**40 (59,7)**
Oui	20 (21,5)	38 (97,4)	52 (85,2)	27 (40,3)
Sport, n=261				
Non	**49 (52,7)**	0	14 (22,6)	**34 (50,7)**
Oui	44 (47,3)	39 (100)	48 (77,4)	33 (49,3)

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Nombre d'heures de travail réalisées en stage hors gardes et astreintes *(Quel est le nombre d'heures de travail que vous effectuez en stage par semaine, hors gardes et astreintes ?) (Uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année)*

Sur l'ensemble des deux questionnaires, la valeur de la médiane était de 45 heures, (IIQ [35-55]).

- Pour les étudiants de 4ème année: sur 62 réponses, la médiane était 35 heures, (IIQ [25-40]).
- Pour les étudiants de 8ème année: sur 67 réponses, la médiane était 50 heures, (IIQ [50-60]).

Nombre d'heures par semaine consacrées aux travaux universitaires *(Quel est le nombre d'heures par semaine que vous consacrez à vos travaux universitaires ?) (Uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année)*

Sur l'ensemble des deux questionnaires, la valeur de la médiane était 9 heures (IIQ [2-35]).

- Pour les étudiants de 4ème année: sur 62 réponses, la médiane était 35 heures (IIQ [20-50]).
- Pour les étudiants de 8ème année: sur 66 réponses, la médiane était 2,5 heures (IIQ [2-4]).

Travaux universitaires réalisés hors de l'hôpital *(Les effectuez-vous hors de l'hôpital) (Uniquement pour les élèves de 8ème année)*

Sur 64 réponses, 89,1% étudiants les effectuaient hors de l'hôpital.

Nombre d'astreintes par mois *(Combien d'astreintes effectuez-vous par mois ?) (Uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année)*

Sur 118 réponses, la médiane était 0 astreinte, (IIQ [0-2]).

- Pour les étudiants de 4ème année: Sur 52 réponses, la valeur de la médiane était 0, (IIQ [0-0]).
- Pour les étudiants de 8ème année: Sur 66 réponses, la médiane était 2 (IIQ [1-2]).

Nombre de gardes par mois *(Quel est le nombre de gardes que vous effectuez en moyenne par mois ?) (Uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année)*

Sur 119 réponses, la médiane était 4 gardes par mois, (IIQ [2-5]).

- Pour les étudiants de 4ème année: Sur 52 réponses, la médiane était égale à 2 (IIQ [1-2,5]).
- Pour les étudiants de 8ème année: Sur 67 réponses, la médiane était 5, (IIQ [4-5]).

Repos de garde *(Bénéficiez-vous du repos de sécurité ?) (Uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année)*

Sur les 123 réponses, 26% étudiants avaient parfois leur repos de garde, 55,3% étudiants en bénéficiaient et 18,7% n'en bénéficiaient pas (Tableau 19).

TABLEAU 22 : OBTENTION REPOS DE GARDE

Repos de garde, n=123	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Non	9 (15,8)	14 (21,2)
Oui	35 (61,4)	33 (50)
Parfois	13 (22,8)	19 (28,8)

*les questionnaires ont été administrés en juin 2015, le décret sur le temps de travail des internes est paru le 26 février 2015

n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

TABLEAU 23 : NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE CHEZ LES ETUDIANTS DE 4EME ANNEE ET DE 8EME ANNEE

Nombre total d'heures de travail par semaine (stage, universitaire, gardes et astreintes)	4ème année	8ème année
Stage	35	50
Universitaire	35	2,5
Garde	(2*12)/4,5=5,3	(5*12)/4,5=13,3
Astreinte	0	(2*24)/4,5= 10,7
Total	**75,3**	**76,5**

*L'unité est l'heure de travail par semaine. Une conversion a été faite en déterminant qu'un mois est égal à 4,5 semaines (52/12=4,3). Une garde est estimée à 12 heures et une astreinte à 24 heures.

1.6 Santé des étudiants au cours des 12 derniers mois

problèmes de santé préoccupant les étudiants

259 réponses ont été obtenues, parmi ces réponses 8,6% des étudiants déclaraient avoir présenté un problème de santé préoccupant

Consommation de tabac

Sur 260 réponses, 15% des étudiants consommaient du tabac.

38 étudiants ont quantifié leur consommation de tabac, la valeur la plus fréquente était de 5 cigarettes, le premier quartile était de 2, le deuxième quartile était 3,5 cigarettes et le troisième quartile était de 5 cigarettes (Tableau 20).

TABLEAU 24 : CONSOMMATION DE TABAC PAR ANNEE D'ETUDE

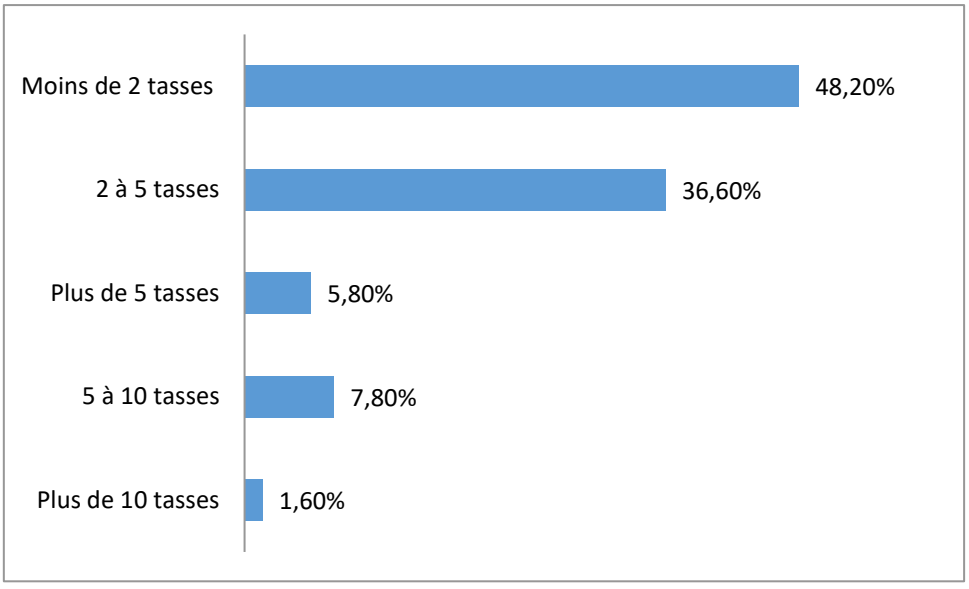
Tabagisme, n=260	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Non	88 (95,7)	29 (74,4)	48 (77,4)	56 (83,6)
Oui	**4 (4,3)**	**10 (25,6)**	**14 (22,6)**	**11 (16,4)**

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Nombre de tasses de café ou thé quotidiennes *(Combien de tasses de café ou de thé consommez-vous par jour ?)*

Sur 257 réponses, 48,2% consommaient moins de 2 tasses, 36,6% consommaient 2 à 5 tasses, 5,8% consommaient plus de 5 tasses, 7,8% consommaient 5 à 10 tasses par jour, 1,6% consommaient plus de 10 tasses par jour (Figure et Tableau).

FIGURE 9 : CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CAFÉ OU THÉ



* n: effectif des répondants à la question. (n=257)

TABLEAU 25 : CONSOMMATION DE CAFE OU THE PAR ANNEE D'ETUDE

Consommation de Café/thé, n=257	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Moins de 2	60 (66,7)	17 (43,6)	25 (41)	22 (32,8)
2 à 5	22 (24,4)	14 (35,9)	26 (42,6)	32 (47,8)
Plus de 5	5 (5,6)	4 (10,3)	6 (9,8)	0
5 à 10	2 (2,2)	3 (7,7)	4 (6,6)	11 (16,4)
Plus de 10	1 (1,1)	1 (2,6)	0	2 (3)

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Consommation supérieure de café ou thé en milieu professionnel *(Est-ce plus que lorsque vous n'êtes ni à l'ESA, ni à la faculté ni en stage ?)*

Sur 257 réponses, 42% étudiants consommaient plus de café ou thé en milieu hospitalo-universitaire (Tableau).

Consommation de boissons énergisantes

La répartition des consommateurs de boissons énergisantes par année d'étude est la suivante :

TABLEAU 26 : FREQUENCE DE CONSOMMATION DE BOISSONS ENERGISANTES SELON L'ANNEE D'ETUDE

Boissons énergisantes, n=261	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Jamais	75 (80,6)	30 (76,9)	42 (67,7)	56 (83,6)
Moins d'une fois par mois	12 (12,9)	7 (17,9)	12 (19,4)	7 (10,4)
1 fois par semaine	4 (4,3)	1 (2,6)	3 (4,8)	3 (4,5)
Plusieurs fois par semaine	0	1 (2,6)	4 (6,5)	1 (1,5)
Tous les jours	2 (2,2)	0	1 (1,6)	0

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

3 étudiants (1,1%) ont déclaré consommer des boissons énergisantes tous les jours

Consommation de substances addictives *(alcool, drogues, médicaments) (Tableau):*

Concernant leur consommation de produits addictifs[30]:

63 étudiants ont déclaré consommer de l'alcool plusieurs fois par semaine.

1 étudiant a déclaré consommer du cannabis plusieurs fois par semaine.

8 étudiants ont déclaré consommer de la cocaïne ou d'autres drogues moins ou une fois par mois.

5 étudiants ont déclaré consommer des anxiolytiques ou hypnotiques 1 fois par semaine.

1 étudiant a déclaré consommer des antidépresseurs une fois par semaine.

1 étudiant a déclaré consommer plusieurs fois par semaine des produits dopant

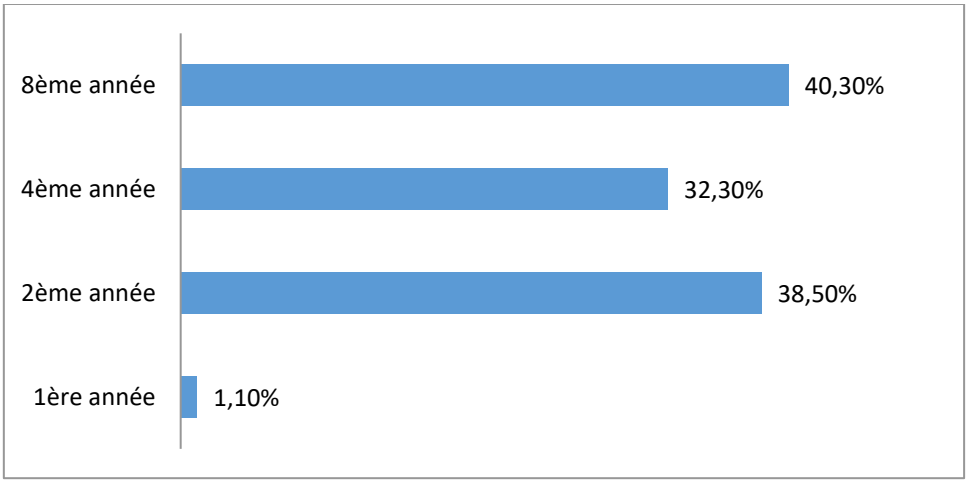
TABLEAU 27 : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

Consommation d'autres substances dans l'ensemble de la population étudiée	Jamais, n(%)	Inférieur ou égal à une fois par mois, n(%)	1 fois par semaine, n(%)	Plusieurs fois par semaine, n(%)	Tous les jours, n(%)
Alcool, n=261	19 (7,3)	81 (31)	98 (37,5)	63 (24,1)	0
Cannabis, n=260	237 (91,2)	20 (7,7)	2 (0,8)	1 (0,4)	0
Cocaïne ou autres drogues, n=261	253 (96,9)	8 (3,1)	0	0	0
Anxiolytiques ou Hypnotiques, n=261	245 (93,9)	11 (4,2)	5 (1,9)	0	0
Antidépresseurs, n=260	255 (98,1)	2 (0,8)	1 (0,4)	0	2 (0,8)
Produits dopants, n=260	255 (98,1)	3 (1,2)	1 (0,4)	1 (0,4)	0

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

[30] Selon le *dossier Addictions* de l'Inserm- décembre 2014(www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/addictions). Certaines substances semblent avoir un **pouvoir addictif** supérieur à d'autres compte tenu de la proportion de personnes dépendantes parmi leurs consommateurs. **Le produit le plus addictif serait le tabac (32% des consommateurs sont dépendants)**, suivi par **l'héroïne (23%)**, **la cocaïne (17%)** et **l'alcool (15%)**. La vitesse d'installation de la dépendance varie également en fonction des substances. Les dépendances au tabac, à l'héroïne et à la cocaïne peuvent se développer en quelques semaines, alors que celle à l'alcool est beaucoup plus lente.

FIGURE 10 : RÉPARTITION DES SUJETS CONSOMMANT DE L'ALCOOL PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE



*n: effectif des répondants à la question. (n=261)

Les consommations des différents produits addictifs sont détaillées dans le tableau, par année d'étude.

TABLEAU 28 : FREQUENCE DE CONSOMMATION DE PRODUITS ADDICTIFS DANS LES 12 DERNIERS MOIS PAR ANNEE D'ETUDE

Consommation produits addictifs	1ère année (A)	2ème année (A)	4ème année (B)	8ème année (C)
Alcool, n=261	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Jamais	12 (12,9)	1 (2,6)	2 (3,2)	4 (6)
Moins d'une fois par mois	52 (55,9)	5 (12,8)	15 (24,2)	9 (13,4)
1 fois par semaine	28 (30,1)	18 (46,2)	25 (40,3)	27 (40,3)
Plusieurs fois par semaine	1 (1,1)	15 (**38,5**)	20 (**32,3**)	27 **(40,3)**
Tous les jours	0	0	0	0
Cocaïne ou autre drogue, n=261	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Jamais	93 (100)	39 (100)	54 (87,1)	67 (100)
Moins d'une fois par mois	0	0	**8 (12,9)**	0
1 fois par semaine	0	0	0	0
Plusieurs fois par semaine	0	0	0	0
Tous les jours	0	0	0	0
Anxiolytiques ou hypnotiques, n=261	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

Jamais	93 (100)	39 (100)	57 (91,9)	56 (83,6)
Moins d'une fois par mois	0	0	**4 (6,5)**	**7 (10,4)**
1 fois par semaine	0	0	1(1,6)	4 (6)
Plusieurs fois par semaine	0	0	0	0
Tous les jours	0	0	0	0
Antidépresseurs, n=260	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Jamais	92 (98,9)	39 (100)	62 (100)	62 (93,9)
Moins d'une fois par mois	0	0	0	2 (3)
1 fois par semaine	1 (1,1)	0	0	0
Plusieurs fois par semaine	0	0	0	0
Tous les jours	0	0	0	2 (3)
Autres produits dopants, n=260	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Jamais	91 (97,8)	39 (100)	61 (100)	64 (95,5)
Moins d'une fois par mois	2 (2,2)	0	0	1 (1,5)
1 fois par semaine	0	0	0	1 (1,5)
Plusieurs fois par semaine	0	0	0	1 (1,5)
Tous les jours	0	0	0	0

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Variations importantes du poids et régime alimentaire *(avez-vous changé de poids de façon importante et estimez-vous devoir surveiller particulièrement votre régime alimentaire)*

260 réponses ont été obtenues

50,2% avaient présenté une variation de poids importante dans l'année précédente

44,2% estimaient devoir surveiller particulièrement leur régime alimentaire ;

parmi ceux-ci :

6,5% estimaient que la raison principale était le stress des examens ou le rythme déséquilibré de la vie hospitalière

4,2% rapportaient des troubles du comportement alimentaire à type de boulimie

L'utilisation quotidienne des jeux sur écran

était rapportée par 15,4% des répondants (255 réponses)

Parmi eux, cette utilisation entrainait un fléchissement des résultats scolaires dans 4,9% des cas et des troubles du sommeil dans 2,6% des cas

Troubles du sommeil ou de l'endormissement *(Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles du sommeil ou de l'endormissement?)*

Sur 261 réponses, 50,2% présentaient des troubles de l'endormissement ou du sommeil (Tableau).

TABLEAU 29 : TROUBLES DU SOMMEIL PAR ANNEE D'ETUDE

Troubles du sommeil ou de l'endormissement n=261	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Non	47 (50,5)	28 (71,8)	26 (41,9)	29 (43,3)
Oui	**46 (49,5)**	11 (28,2)	**36 (58,1)**	**38 (56,7)**

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Comportements à risque *(Pensez-vous avoir des comportements à risque pour vous-même ou les autres ?)*

Sur 258 réponses, 7,8% étudiants estimaient avoir un comportement à risque pour eux ou les autres (Tableau).

Peu d'étudiants ont précisé la nature de leur comportement à risque (Tableau):

Sur 20 étudiants ayant explicité la nature de ce comportement, 70% estimaient avoir un comportement à risque en voiture.

Sur 15 étudiants ayant répondu 46,7% estimaient avoir un comportement sexuel à risque.

Certains étudiants (cinq) ont précisé leur comportement à risque : 1 a précisé « alcool », 1 a précisé « alcoolisme aigu », 1 a précisé « fatigue au volant », 1 a précisé « moto/montagne », 1 a précisé « sabotage : privation de sommeil, tabagisme, alcoolisme aigu ».

TABLEAU 30 : COMPORTEMENTS A RISQUE PAR ANNEE D'ETUDE

Variables sur les conduites à risque	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Comportement à risque, n=258				
Non	92 (98,9)	38 (97,4)	56 (90,3)	52 (81,3)
Oui	1 (1,1)	1 (2,6)	6 (9,7)	**12 (18,8)**
Risque en voiture, n=20				
Non	0	1 (100)	1 (20)	4 (30,8)
Oui	1 (100)	0	4 (80)	**9 (69,2)**
Conduites sexuelles à risque, n=15				
Non	0	0	3 (60)	5 (62,5)
Oui	1 (100)	1 (100)	2 (40)	3 (37,5)

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Pensées de mort et tentative de suicide *(Avez-vous déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide ?)*

256 étudiants ont répondu à cette question,

10,5% avaient déjà eu des pensées de mort ou fait une tentative de suicide

Suivi par un psychiatre ou un psychologue *(Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre ou un psychologue ?)*

260 étudiants ont répondu à cette question,

Parmi eux, 21,5% avaient déjà eu recours à un psychiatre ou à un psychologue

Sentiment de devoir être suivi sur le plan psychologique *(Si non, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait ?)*

210 étudiants ont répondu à cette question,

11,4% pensaient qu'ils auraient dû consulter un psychologue ou un psychiatre sans pour autant l'avoir fait.

TABLEAU 31 : VARIABLES SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE PAR ANNEE D'ETUDE

Variables sur le vécu psychologique	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Pensée de mort ou tentative de suicide, n=256				
Non	86 (93,5)	36 (97,3)	55 (90,2)	52 (78,8)
Oui	6 (6,5)	1 (2,7)	**6 (9,8)**	**14 (21,2)**
Suivi par un psychiatre* ou un psychologue, n=260**				
Non	74 (79,6)	35 (89,7)	48 (78,7)	47 (70,1)
Oui	**19 (20,4)**	**4 (10,3)**	**13 (21,3)**	**20 (29,9)**
Nécessité ressentie de consulter un psychiatre ou psychologue, n=210**				
Non	74 (98,7)	32 (91,4)	39 (79,6)	41 (80,4)
Oui	1 (1,3)	3 (8,6)	**10 (20,4)**	**10 (19,6)**

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

** sans pour autant l'avoir fait

*** : il a pu exister un facteur de confusion pour cette question concernant un suivi psychologique depuis le début de la scolarité et non pas au cours des 12 derniers mois

Si oui pourquoi ? : 22 réponses ont été analysées et les thèmes étaient les suivants :

- Des problèmes familiaux étaient évoqués dans 5 réponses
- Un deuil était évoqué dans 2 réponses
- Une baisse de moral dans 2 réponses
- Un début de burnout dans 2 réponses
- Des menaces étaient évoquées dans 1 réponse
- La fatigue psychique était mentionnée dans 1 réponse
- Une tristesse était évoquée dans 1 réponse
- Un renfermement était mentionné dans 1 réponse
- Un mal être était évoqué dans 1 réponse
- Une dépression était mentionnée dans 1 réponse
- Un manque de confiance était évoqué dans 1 réponse
- Un « syndrome post P1 (pas de motivation, asthénie) » était décrit dans 1 réponse
- Un problème de sommeil était mentionné dans 1 réponse
- Un équilibre personnel était évoqué dans 1 réponse
- Un stress était mentionné dans 1 réponse

Professionnel consulté en cas de difficultés psychologiques *(En cas de difficultés psychologiques, qui préféreriez-vous consulter ?)*

251 étudiants ont répondu à cette question,

79 ont répondu qu'ils préféreraient consulter leur médecin de famille, 21 un médecin généraliste, 5 un médecin hospitalier, 15 le médecin du personnel, 17 un psychiatre d'un HIA, 42 un médecin psychologue en ville, 45 préféreraient ne consulter personne.

Les différentes propositions variaient selon l'année à laquelle les étudiants appartenaient (Tableau).

TABLEAU 32 : RECAPITULATIF DES CHOIX PREFERENTIELS DE PROFESSIONNEL DE SANTE CONSULTE EN CAS DE DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES (PAR ANNEE D'ETUDE)

Praticien consulté n=251	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Médecin de famille	**42 (47,7)**	12 (30,8)	17 (27,4)	**8 (12,3)**
Médecin généraliste en ville	8 (9,1)	2 (5,1)	3 (4,8)	8 (12,3)
Psychiatre en ville	17 (19,3)	6 (15,4)	10 (16,1)	9 (13,8)
Psychiatre en HIA			2 (3,2)	7 (10,8)
Psychologue en ville	14 (15,9)	8 (20,5)	13 (21)	**22 (33,8)**
Médecin à l'hôpital	1 (1,1)			4 (6,2)
Psychologue à l'hôpital	3 (3,4)	1 (2,6)	7 (11,3)	6 (9,2)
Médecin du personnel hospitalier			13 (21)	2 (3,1)
Personne	**10 (11,4)**	**10 (25,6)**	**10 (16,4)**	**15 (24,2)**

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Motivation du choix de professionnel *(Quelle serait la principale motivation dans votre choix ?)*

294 étudiants ont répondu à cette question, leurs réponses se décomposaient ainsi :

- le fait *de* consulter *une personne qui ne soit pas militaire* était retrouvé dans 29 réponses

La question de la confidentialité, du respect du secret professionnel et de la confiance était décrite dans 27 réponses

-le fait de consulter un médecin qu'ils connaissaient bien comme leur médecin de famille était retrouvé dans 25 réponses

- L'entourage qu'il soit composé de la famille ou des amis proches était évoqué dans 18 réponses
- L'affinité et la bonne relation médecin-malade étaient retrouvées dans 10 réponses
- La proximité du professionnel était choisie dans 9 réponses

1.7 Evaluation de l'épuisement professionnel (analyses uni et multivariées)

1.7.1 MBI à 16 items pour les réponses des étudiants de 1ère et 2ème année

132 scores MBI à 16 items ont pu être calculés, 93 étaient en première année et 39 étaient en deuxième année.

- La catégorie Epuisement Emotionnel (EE) pour l'ensemble des questionnaires A avait pour médiane 13 (IIQ = [10-19]) d'étendue [0-30] sa moyenne était de 14,0, avec un écart type de 7,1.
- La catégorie perte d'empathie ou dépersonnalisation (DP) avait pour médiane 6 (IIQ = [3-10]) d'étendue [0-22] sa moyenne était de 7,3 avec un écart type de 5,41.
- La catégorie Accomplissement Personnel (AP) avait pour médiane 23,5 (IIQ = [18-27]) d'étendue [0-35]. La moyenne de ce score était 22,6 avec un écart type de 6,6.

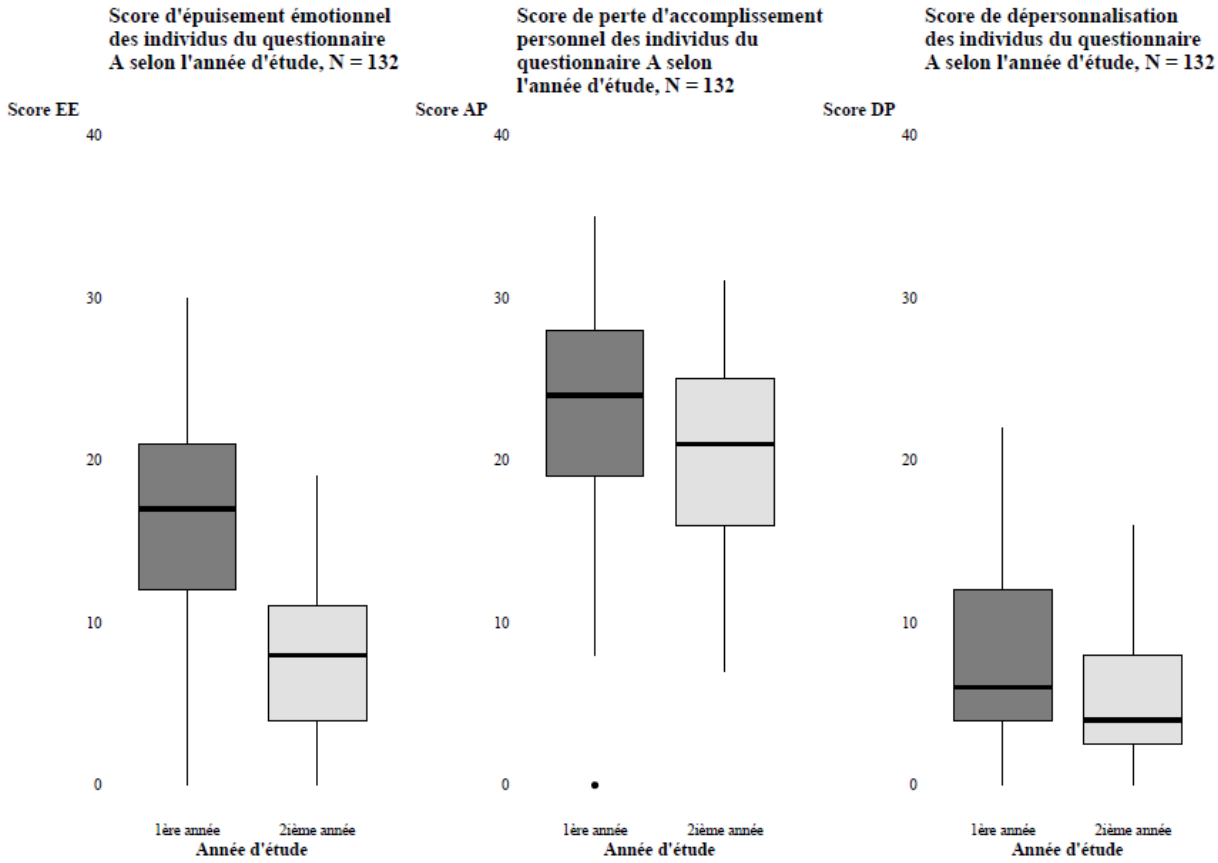
Réponses des étudiants de 1ère année

- La catégorie EE avait pour médiane 17 (IIQ = [12-21]) d'étendue [0-30], sa moyenne était de 16,6 avec un écart type de 6,3 (Figure).
- La catégorie DP avait pour médiane 6 (IIQ = [4-12]) d'étendue [0-22], la moyenne de ce score était 8,09 avec un écart type de 5,6 (Figure).
- La catégorie AP avait pour valeur médiane 24 (IIQ = [19-28]) d'étendue [0-35], sa moyenne était de 23,6, avec un écart type de 6,3 (Figure).

Réponses des étudiants de 2ème année

- La catégorie EE avait pour médiane 8 (IIQ = [4-11]) d'étendue [0-19], sa moyenne était 7,8 avec un écart type de 4,5 (Figure).
- La catégorie DP avait pour médiane 4 (IIQ = [2,5-8]) d'étendue [0-16], sa moyenne était de 5,44 avec un écart type de 4,48 (Figure).
- La catégorie AP avait pour médiane 21 (IIQ = [16-25]) d'étendue [7-31], sa moyenne était 20,2 et pour écart type 6,7 (Figure).

FIGURE 11 : SCORES DES TROIS COMPOSANTES DU MBI – GS (16 ITEMS) POUR LES ÉTUDIANTS DE 1ER ET 2EME ANNÉES



*L'échelle des valeurs des scores est située sur l'axe vertical. La valeur du 1er quartile (25% des effectifs) correspond au trait inférieur de la boîte, la valeur du 2ème quartile (50% des effectifs) est représentée par le trait horizontal à l'intérieur de la boîte, la valeur du 3ème quartile (75% des effectifs) correspond au trait supérieur de la boîte. Les deux « moustaches » inférieures et supérieures représentées par les traits verticaux délimitent les valeurs adjacentes déterminées à partir de l'écart interquartile (Q3-Q1).

1.7.2 MBI à 22 items pour les réponses des étudiants de 4ème et 8ème année

Parmi les 129 questionnaires MBI à 22 items analysés, 62 questionnaires ont été remplis par des étudiants de 4ème année et 67 questionnaires ont été remplis par des étudiants de 8ème année.

- La catégorie EE avait pour médiane 16 (IIQ = [11-25]) d'étendue [1-46]. La moyenne était 18,7 avec un écart type de 10,4.
- La catégorie DP avait pour médiane 9 (IIQ = [4-14]) d'étendue [0-26]. La moyenne était 9,8 avec un écart type de 6,6.
- La catégorie AP avait pour médiane 35 (IIQ = [29-39]) d'étendue [14-48]. La moyenne de ce score était 33,9 avec un écart type de 7,4.

Réponses des étudiants de 4ème année

62 questionnaires MBI à 22 items complets ont pu être analysés.

- La catégorie EE avait pour valeur médiane 14 (IIQ = [9-23]) d'étendue [2-38]. La moyenne était 15,6 avec un écart type égal à 8,8 (Figure 6).
- La catégorie DP avait pour valeur médiane 6 (IIQ = [3-12]) d'étendue [0-26]. Le score moyen était 7,9 et l'écart type était de 6,3 (Figure 6).
- La catégorie AP avait pour valeur médiane 35 (IIQ = [28-39]) d'étendue [17-48]. La moyenne était 33,9, l'écart type était de 7,5 (Figure 6).

Réponses des étudiants de 8ème année

67 questionnaires avec des MBI à 22 items complets ont pu être analysés.

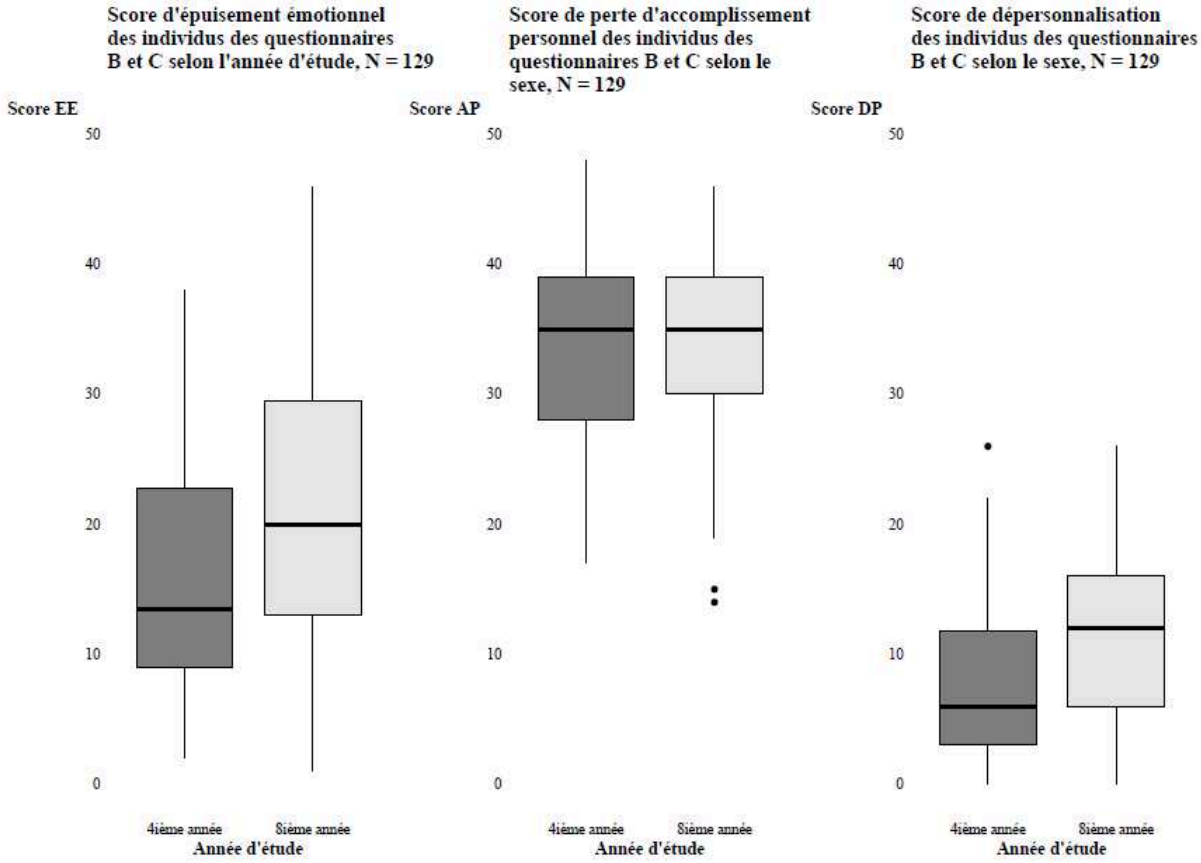
- La catégorie EE avait pour valeur médiane 20 (IIQ = [13-30]) d'étendue [1-46]. La moyenne de ce score était 21,5 avec un écart type de 11,0 (Figure 6).
- La catégorie DP avait pour valeur médiane 12 (IIQ = [6-16]) d'étendue [0-26]. La moyenne était 11,6 avec un écart type de 6,5 (Figure 6).
- La catégorie AP avait pour valeur médiane 35 (IIQ = [30-39]) d'étendue [14-46]. La moyenne était de 33,9, avec un écart type de 7,4 (Figure 6).

TABLEAU 33 : SCORES DES 3 COMPOSANTES DU MBI-HSS A 22 ITEMS POUR LES ETUDIANTS DE 4EME ET 8EME ANNEE

Composantes du burn-out selon Maslach	Ensemble des MBI à 22 items (n=129)	4ème année (n=62)	8ème année (n=67)	p-value
Epuisement Emotionnel (EE)				
EE, Moyenne (ET)	18,7 (10,4)	15,6 (8,8)	**21,5 (11,0)**	0,001
EE, Médiane (IIQ)	16 (11-25)	14 (9-23)	**20 (13-30)**	0,002
Perte d'empathie (DP)				
DP, Moyenne (ET)	9,8 (6,6)	7,9 (6,3)	**11,6 (6,5)**	0,001
DP, Médiane(IIQ)	9 (4-14)	6 (3-12)	**12 (6-16)**	<0,001
Accomplissement Personnel (AP)				
AP, Moyenne (ET)	33,9 (7,4)	33,9 (7,5)	33,9 (7,4)	0,98
AP, Médiane (IIQ)	35 (29-39)	35 (28-39)	35 (30-39)	0,91

*ET : écart type, IIQ : intervalle interquartile, n : effectifs des répondants à la question, p-value : si p≤5% le test est statistiquement significatif, si p≥5% le test n'est pas statistiquement significatif, n: effectif des répondants à la question.

FIGURE 12 : SCORES DES TROIS COMPOSANTES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL SELON MASLACH POUR LES ÉTUDIANTS DE 4EME ET 8EME ANNÉES



*L'échelle des valeurs des scores est située sur l'axe vertical. La valeur du 1er quartile (25% des effectifs) correspond au trait inférieur de la boîte, la valeur du 2ème quartile (50% des effectifs) est représentée par le trait horizontal à l'intérieur de la boîte, la valeur du 3ème quartile (75% des effectifs) correspond au trait supérieur de la boîte. Les deux « moustaches » inférieures et supérieures représentées par les traits verticaux délimitent les valeurs adjacentes déterminées à partir de l'écart interquartile (Q3-Q1).

1.7.3 Analyses bi variées des scores MBI

Pour chaque score du MBI, nous avons réalisé des analyses bi variées afin de quantifier l'association brute entre chaque score et les différentes variables explicatives (**facteurs**),

Par souci de clarté dans la lecture, l'ensemble des résultats de ces analyses bivariées est placée en annexe .

Comparaison des scores MBI selon le sexe des étudiants :

Chez les étudiants de 1ère et 2ème année, il n'existait pas de différence significative entre les hommes et les femmes dans les scores d'épuisement professionnel p>0,05 (tableau)

Chez les étudiants de 4eme et 8eme année, il existait une différence significative entre les hommes et les femmes dans les scores d'épuisement émotionnel p<0.001 (tableau) : les étudiantes présentaient un épuisement émotionnel plus élevé par rapport à leurs collègues masculins

TABLEAU 34 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LE SEXE DES ETUDIANTS

		Sexe		
Scores du MBI-GS	Total (n = 132)	Féminin (n = 71)	Masculin (n = 61)	p-value
EE_16it, Médiane (IIQ*)	13 (10-19)	13 (10-19)	13 (10-19)	0,92
DP_16it, Médiane (IIQ)	6 (3-10)	6 (3-10)	6 (4-11)	0,69
AP_16it, Médiane (IIQ)	23.5 (18-27)	22 (17-27)	24 (20-28)	0,08

.		Sexe		
Scores du MBI-HSS	Total (n = 129)	**Féminin (n = 70)**	Masculin (n = 59)	p-value
EE_22it, Médiane (IIQ)	16 (11-25)	20 (14-29)*	13 (8-22.5)	**<0.001**
DP_22it, Médiane (IIQ)	9 (4-14)	6.5 (4-14.8)	10 (6-13)	0,14
DP_22it, Médiane (IIQ)	9 (4-14)	6.5 (4-14.8)	10 (6-13)	0,14

* IIQ : intervalle interquartile

Comparaison des scores du MBI selon l'année d'étude :

Les trois scores du MBI étaient significativement plus élevés (tableau) pour les étudiants de 1ère année que pour ceux de 2ème année (p <0.001 et p =0,01)

L'épuisement émotionnel et la perte d'empathie s'aggravaient de façon significative entre la 4ème et la 8ème année d'études, tandis que l'accomplissement personnel restait stable

TABLEAU 35 : COMPARAISON DES SCORES EN CLASSES « ECHELLE » DU MBI SELON L'ANNEE D'ETUDE ET PAR TYPE DE QUESTIONNAIRE

		Type de questionnaire			
	Total	A*	B**	C***	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	p-value
Echelle EE					<0,001
Faible	162 (52,3)	113 (66,5)	32 (45,7)	17 (24,3)	
Modéré	110 (35,5)	56 (32,9)	26 (37,1)	28 (40,0)	
Elevé	**38 (12,3)**	**1 (0,6)**	**12 (17,1)**	**25 (35,7)**	
EE, Médiane (Q1-Q3)	16 (11-23)	13 (9-19)	17 (13-24)	23 (17-31)	<0,001
Echelle DP					
Faible	131 (42,0)	73 (43,2)	38 (52,8)	20 (28,2)	
Modéré	102 (32,7)	59 (34,9)	19 (26,4)	24 (33,8)	
Elevé	**79 (25,3)**	**37 (21,9)**	**15 (20,8)**	**27 (38,0)**	
DP, Médiane (Q1-Q3)	7 (4-12)	6 (3-10)	6 (3-11)	11 (6-16)	<0,001
Echelle AP					<0,001
Faible	54 (18,6)	0 (0,0)	28 (41,2)	26 (37,1)	
Modéré	45 (15,5)	4 (2,6)	16 (23,5)	25 (35,7)	
Elevé	**192 (66,0)**	**149 (97,4)**	**24 (35,3)**	**19 (27,1)**	
AP, Médiane (Q1-Q3)	28 (22-34)	24 (19-27)	35 (28-39)	35 (30-39)	<0,001

***étudiants en 1ère et 2ème année**

****étudiants en 4ème année**

***** étudiants en 8ème année**

TABLEAU 36 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON L'ANNEE D'ETUDE

		Année d'étude		
Scores du MBI	Total (n = 132)	1ere année (n = 93)	2eme année (n = 39)	p-value
EE_16it, Médiane (IIQ)	13 (10-19)	17 (12-21)	8 (4-11)	**<0.001**
DP_16it, Médiane (IIQ)	6 (3-10)	6 (4-12)	4 (2.50-8)	**0,01**
AP_16it, Médiane (IIQ)	23.5 (18-27)	24 (19-28)	21 (16-25)	**0,01**
		Année d'étude		
Scores du MBI	Total (n = 129)	4ième année (n = 62)	8ième année (n = 67)	**p-value**
EE_22it, Médiane (IIQ)	16 (11-25)	13.5 (9-22.8)	20 (13-29.5)	**0,002**
DP_22it, Médiane (IIQ)	9 (4-14)	6 (3-11.8)	12 (6-16)	**<0.001**
AP_22it, Médiane (IIQ)	35 (29-39)	35 (28-39)	35 (30-39)	0,91

Comparaison des scores du MBI selon le statut marital :

Il n'existait pas d'association significative entre le fait d'être célibataire ou en couple (tableau) et les scores d'épuisement professionnel, ceci quelle que soit l'année d'étude (p>0,05);

TABLEAU 37 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LE STATUT MARITAL

		Statut marital		
Scores	Total (n = 131)	Célibataire (n = 109)	En couple (n = 22)	p-value
EE_16it, Médiane (IIQ)	13 (10-19)	13 (9-19)	14.5 (10-19)	0,74
DP_16it, Médiane (IIQ)	6 (3-10)	6 (3-10)	7 (5-10)	0,31
AP_16it, Médiane (IIQ)	24 (18.5-27)	24 (19-28)	21.5 (17.5-26.8)	0,31

		Statut marital		
Scores	Total (n = 129)	Célibataire (n = 53)	En couple (n = 76)	p-value
EE_22it, Médiane (IIQ)	16 (11-25)	15 (9-24)	17.5 (11-28.2)	0,1
DP_22it, Médiane (IIQ)	9 (4-14)	9 (5-12)	9 (4-16)	0,91
AP_22it, Médiane (IIQ)	35 (29-39)	36 (29-39)	34 (28.8-38.2)	0,53

<u>Comparaison des scores du MBI selon la consommation d'alcool</u> :

La consommation régulière d'alcool pouvait être associée :

- à une aggravation de l'épuisement émotionnel chez les étudiants 1ère et de 2ème années (p <0.001)
- à une aggravation de la perte d'empathie des étudiants de 4ème et de 8ème années (p=0,01)

TABLEAU 38 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LA CONSOMMATION D'ALCOOL

		Consommation d'alcool*		
Scores du MBI-GS	Total (n = 132)	Faible (n = 70)	Régulière (n = 62)	p-value
EE_16it, Médiane (IIQ)	13 (10-19)	16.5 (11-21)	11.5 (7-15)	**<0.001**
DP_16it, Médiane (IIQ)	6 (3-10)	6 (4-10.75)	6 (3-10)	0,64
AP_16it, Médiane (IIQ)	23.5 (18-27)	24 (18.2-28)	23 (18.2-27)	0,31

Scores du MBI-HSS	Total (n = 129)	Faible (n = 30)	Régulière (n = 99)	p-value
EE_22it, Median (Q1-Q3)	16 (11-25)	16.5 (9.5-25.8)	16 (11-25)	0,89
DP_22it, Median (Q1-Q3)	9 (4-14)	5 (2.25-11)	9 (5-15)	**0,01**
AP_22it, Median (Q1-Q3)	35 (29-39)	35 (28-38.8)	35 (29-39)	0,46

Autres analyses bivariées du MBI :

Analyses bivariées pour Les scores du MBI-GS à 16 items concernant les étudiants de 1ère et de 2ème années

Nous reprenons ci -dessous les autres principaux résultats les plus significatifs et interprétables ;

L'ensemble des résultats est donné dans les annexes :

Le score d'épuisement émotionnel diminuait significativement

- entre la première et la deuxième année d'études (p ‹ 0,001)
- quand le sujet disposait d'assez de temps à consacrer à sa famille (p ‹ 0,001)
- quand le sujet avait la possibilité de pratiquer un loisir (p ‹ 0,001) et quand il pouvait faire du sport

- quand il consommait du tabac (p = 0,009)

Le score d'épuisement émotionnel augmentait significativement lorsque le sujet

- présentait des troubles du sommeil (p ‹ 0,001)
- faisait particulièrement attention à son régime alimentaire (p = 0,02)
- quand il consommait de l'alcool plusieurs fois par semaine (p ‹ 0,001)

Le score de perte d'empathie augmentait significativement **(= l'empathie diminuait significativement)**

- quand la motivation pour entrer dans la carrière de médecine militaire était le hasard

  (p ‹ 0,001)
- quand le sujet était inquiet par rapport à un problème de santé pour un membre de sa famille (p= 0,01) ou pour un proche (p=0,03)
- lorsque le sujet présentait des troubles du sommeil (p ‹ 0,001)
- lorsque le sujet avait pensé aux conduites auto-agressives ou fait une tentative de suicide (p=0,04)

Le score de perte d'empathie diminuait significativement = **L'empathie augmentait significativement**

- quand le sujet avait la possibilité de pratiquer un loisir (p = 0,003)
- quand il pouvait faire du sport (p = 0,01)

L'accomplissement personnel

- diminuait significativement lorsque le sujet avait sauté une classe avant son entrée à l'école de santé (p= 0,01)
- diminuait significativement quand le sujet avait déclaré qu'il allait quitter prochainement le service de santé des armées (p ‹ 0,001)
- augmentait significativement quand le sujet avait déclaré qu'il ne consommait jamais d'alcool (p= 0,02)

<u>Analyses bi variées pour les Scores à 22 items (élèves de 4eme et de 8eme année)</u>

Le score d'épuisement émotionnel diminuait significativement

- quand le sujet était masculin (p ‹ 0,001)
- quand le sujet avait rencontré quelqu'un qui lui avait servi de modèle (p= 0,009)
- quand le sujet considérait qu'il avait assez de temps à consacrer à son entourage (p ‹ 0,001)
- quand le sujet considérait qu'il avait assez de temps pour ses loisirs (p ‹ 0,001)

Le score d'épuisement émotionnel augmentait significativement

- entre la quatrième année d'étude et la huitième année d'études (p= 0,001)
- quand le sujet avait un enfant (p=0,02)
- quand le sujet avait déclaré qu'il pensait souvent à quitter la médecine (p ‹ 0,001)
- quand le sujet avait déclaré qu'il pensait souvent à quitter l'armée (p ‹ 0,001)
- si le sujet consommait de l'alcool plusieurs fois par semaine (p ‹ 0,001)
- si le sujet présentait des troubles du sommeil (p ‹ 0,001)
- s'il avait varié brutalement de poids (p ‹ 0,001)

<u>Le score de perte d'empathie pour les étudiants de quatrième et de huitièmes années</u>

- diminuait significativement quand le sujet avait eu une mention très bien au baccalauréat (p ‹ 0,006)
- augmentait significativement
    - quand le sujet était entré à l'école de santé en raison de problèmes familiaux (p ‹ 0,008)
    - quand le sujet pensait souvent qu'il allait quitter l'armée (p ‹ 0,008)
    - quand le sujet consommait de l'alcool plusieurs fois par semaine (p ‹ 0,001)
    - Quand le sujet avait déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide (p ‹ 0,003)

<u>Le score d'accomplissement personnel pour les étudiants de quatrième et de huitièmes années</u>

- augmentait significativement
    - quand le sujet était masculin (p = 0,004)
    - quand le sujet avait choisi la carrière médicale par vocation (p = 0,01)
    - en l'absence de problèmes de santé familial (p = 0,003)
- diminuait significativement
    - quand le sujet était entré dans la carrière médicale en raison de problèmes familiaux (p = 0,01)
    - quand le sujet pensait souvent à quitter la médecine (p ‹ 0,001)
    - quand le sujet consommait de l'alcool plusieurs fois par semaine (p = 0,03)

TABLEAU 39 : PRINCIPAUX FACTEURS PROTECTEURS ET AGGRAVANTS LES SCORES DU MBI (EPUISEMENT EMOTIONNEL, PERTE D'EMPATHIE, ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL)

Dimensions du MBI	Facteurs protecteurs	Facteurs aggravants
Epuisement émotionnel	Sujet masculin Modèle identificatoire Temps pour famille Pratique d'un sport, loisirs Tabagisme	Sujet féminin Nombre d'années d'études Troubles du sommeil Variation du poids Consommation alcool Etre parent Désir de quitter médecine et l'armée
Perte d'empathie	Pratique d'un sport ou d'un loisir Mention B ou TB au baccalauréat	Motivation =hasard Problèmes de santé dans la famille ou pour un proche Troubles du sommeil Idées suicidaires Consommation d'alcool Désir de quitter l'armée
Accomplissement personnel	Sujet masculin Vocation Pas de problème familial Pas de consommation d'alcool	Saut de classe avant entrée à l'ESA Consommation OH Désir de quitter médecine et le SSA

1.7.4 Analyses multivariées des facteurs associés à l'épuisement émotionnel pour les internes en 8eme année

Il existait une **association entre les troubles du sommeil et épuisement émotionnel** : si cet épuisement émotionnel est mesuré en 3 degrés (faible, modéré, élevé), ce risque était multiplié par 3 de passer d'une classe à l'autre (p=0,001).

Il existait **une association entre le nombre d'heures passées en stage (si celui -ci était supérieur à 50H/semaine) et l'épuisement émotionnel** : si cet épuisement émotionnel est mesuré en 3 degrés (faible, modéré, élevé), ce risque est multiplié par 2,9 de passer d'une classe à l'autre (p=0,01).

Il existait une **association entre la consommation d'anxiolytiques et l'épuisement émotionnel** : si cet épuisement émotionnel est mesuré en 3 degrés (faible, modéré, élevé), cette association était multipliée par 7,69 (1 /0,13) de passer d'une classe à l'autre (p=0,001).

Il existait **une association entre le temps disponible pour l'entourage et l'épuisement émotionnel** : si cet épuisement émotionnel est mesuré en 3 degrés (faible, modéré, élevé), cette association était multipliée par 4,5 (1 /0,22) de passer d'une classe à l'autre (p=0,001).

TABLEAU 40 : RECAPITULATIF DES ANALYSES MULTIVARIEES POUR LE SCORE D'EPUISEMENT EMOTIONNEL DES INTERNES EN 8EME ANNEE

	Epuisement émotionnel			
	Univarié		Multivarié	
	exp(beta)	IC 95%	exp(beta)	IC 95%
Sexe, ref = Féminin				
Masculin	0,40**	(0,20-0,78)	-	-
Années d'étude, réf = B				
C	3,31***	(1,66-6,79)	-	-
Temps entourage, réf = Non				
Oui	0,15***	(0,06-0,33)	0,22***	(0,09-0,50)
Sport, réf = Non				
Oui	0,44*	(0,22-0,87)	-	-
Problèmes de santé, réf = Non			-	-
Oui	3,75**	(1,42-10,18)		
Conso de cannabis, réf = Oui			-	-
Non	2,63*	(1,27-5,62)		
Conso anxiolytique, réf = Oui			-	-

Non	0,05***	(0,01-0,16)	0,13**	(0,03-0,44)
Conso antidépresseur, réf = Oui				
Non	6,90*	(1,19- 54)		
Trouble du sommeil, réf = Non				
Oui	5,15***	(2,46 11,37)	3,04**	(1,35-7,11)
Idées suicidaires ou CAA†, réf = Non				
Oui	2,27,	(0,87-5,88)	-	-
Age, réf < 25				
>= 25	3,22**	(1,61-6,57)	-	-
Nombre d'heures de stage, réf = [0-50[				
>=50	3,55***	(1,78-7,23)	2,9**	(1,34-6,43)
Astreinte, réf = Non				
Oui	2,74**	(1,36-5,64)	-	-
Nombre de gardes, réf = <=3				
>3	2,37*	(1,18-4,82)	-	-
Signif. Codes p-values : 0'*'0,001'**'0,01'*'0,05'.'0,1''1**				
† CAA : Conduites auto-agressives				
	AIC	BIC		
Modèle vide	258,22	263,93		
Modèle complet	206,25	223,36		
Speudo R2 : 0,23				

1.8 Stress professionnel (uniquement pour les élèves de 8ème année)

Crainte de faire une erreur médicale *(Craignez-vous de faire une erreur médicale ?)*

67 étudiants ont répondu à cette question :

Parmi les répondants 13,4% le craignaient rarement, 41,8% le craignaient parfois, 29,9% le craignaient souvent, 14,9% le craignaient tous les jours.

Erreurs dans la prise en charge des patients *(Pensez-vous faire des erreurs dans la prise en charge de vos patients ?)*

67 étudiants ont répondu à cette question :

Parmi les répondants, aucun étudiant ne pensait jamais faire d'erreurs dans la prise en charge de ses patients, 32,8% des répondants pensaient faire rarement des erreurs dans la prise en charge de leurs patients, 56,7% pensaient faire parfois des erreurs dans la prise en charge, 6% pensaient faire souvent des erreurs dans la prise en charge de leurs patients, et 4,5% pensaient en faire tous les jours.

Préoccupation par les patients en dehors du contexte professionnel *(Êtes-*vous *préoccupé(e) par vos patients en dehors du contexte professionnel au cours de rêves ou insomnies ?)*

67 étudiants ont répondu à cette question,

Parmi eux, 14,9% n'étaient jamais préoccupés par leurs patients en dehors du contexte professionnel, 32,8% l'étaient rarement, 35,8% l'étaient parfois, 16,4% l'étaient souvent, et aucun étudiant ne l'était tous les jours.

Préoccupation par les patients plus fréquente en lendemain de garde *(Est-ce le plus souvent le lendemain de garde ?)*

63 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 57,1% étaient plus souvent préoccupés par leurs patients le lendemain de leur garde.

1.9 Craintes liées à un engagement en opérations extérieures

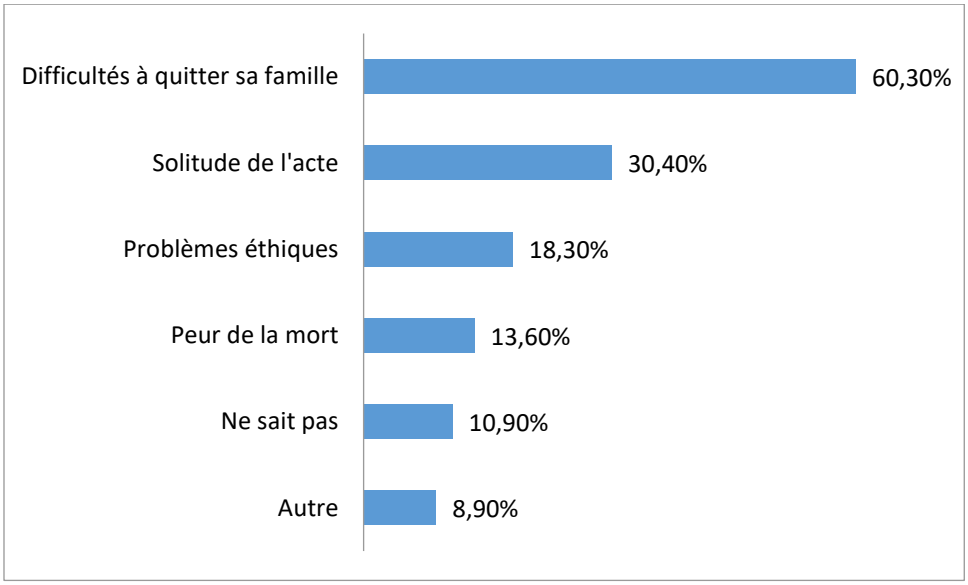
(Quelles seraient pour vous *les craintes/les difficultés les plus importantes de votre futur engagement en opérations extérieures?) (Figure et Tableau)*

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question

Le nombre de répondants était 257 étudiants

- 155 étudiants ont répondu « Difficultés à quitter votre famille », soit 60,3%
- 78 étudiants ont répondu « Solitude de l'acte », soit 30,4%
- 47 étudiants ont répondu « Problèmes éthiques en ce qui concerne les blessés au combat », soit 18,3%
- 35 étudiants ont répondu « Peur de la mort », soit 13,6%
- 28 étudiants ont répondu « Ne sait pas », soit 10,9%
- 23 étudiants ont répondu « Autre », soit 8,9%

FIGURE 13 : CRAINTES EN VUE D'UN DÉPART EN OPÉRATIONS EXTERIEURES



.* n: effectif des répondants à la question (n=257)

TABLEAU 41 : CRAINTES EN VUE D'UN DEPART EN OPERATIONS EXTERIEURES SELON L'ANNEE D'ETUDE

Craintes OPEX* **N=257**	1ère année (A) n** (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Quitter famille	43 (47,0)	23 (60,5)	45 (72,6)	44 (65,7)
Pb éthiques	16 (17,8)	11 (28,9)	9 (14,5)	11 (16,4)
Peur mort	**5 (5,6)**	**4 (10,5)**	**12 (19,4)**	**14 (20,9)**
Solitude	**20 (22,2)**	**8 (21,1)**	**20 (32,3)**	**30 (44,8)**
Ne sait pas	**18 (20)**	**2 (5,3)**	**5 (8,1)**	**3 (4,5)**

** n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

1.10 Suggestions et propositions de prise en charge

La question suivante a été posée aux étudiants : « Pensez-vous que les mesures suivantes auraient un intérêt pour prévenir le syndrome d'épuisement professionnel et/ou pour vous aider dans votre parcours ? »

Mise en place d'une consultation dédiée à l'épuisement professionnel dans chaque hôpital :

259 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 67,6% étaient en faveur de la mise en place d'une consultation dédiée au burn-out dans chaque hôpital militaire (Tableau).

Mise en place de Groupe de paroles de type Balint

258 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux, 62,8% ont répondu que la mise en place de groupes de parole de type Balint pourrait les aider (Tableau).

Mise en place d'un planning avec horaires de présence *(uniquement pour les élèves de 4ème et 8ème année))*

127 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux, 63,8% étaient en faveur de l'aménagement d'un planning avec horaires précis (Tableau).

-Service téléphonique anonyme d'aide psychologique *disponible 24h/24*

259 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux, 44,8% étaient en faveur de la mise en place d'une ligne d'aide psychologique téléphonique 24h/24 (Tableau).

Mise en place d'une formation dédiée au burn-out à l'université

259 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 43,2% étaient en faveur de la mise en place d'un module/cours à la faculté (Tableau).

Attribution d'un tuteur à chaque élève

258 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 43% étaient en faveur de l'attribution d'un tuteur (Tableau).

TABLEAU 42 : PREFERENCES DE PRISE EN CHARGE SELON L'ANNEE D'ETUDE

Propositions	1ère année (A) n (%)	2ème année (A) n (%)	4ème année (B) n (%)	8ème année (C) n (%)
Consultation dédiée à l'hôpital, n=259				
Non	26 (28,3)	9 (23,7)	16 (25,8)	33 (49,3)
Oui	**66 (71,7)**	**29 (76,3)**	**46 (74,2)**	**34 (50,7)**
Groupe Balint, n=258				
Non	29 (31,5)	9 (23,7)	19 (30,6)	39 (59,1)
Oui	**63 (68,5)**	**29 (76,3)**	**43 (69,4)**	**27 (40,9)**
Ligne téléphonique, n=259				
Non	37 (40,2)	23 (60,5)	33 (53,2)	50 (74,6)
Oui	**55 (59,8)**	**15 (39,5)**	**29 (46,8)**	**17 (25,4)**
Tutorat, n=258				
Non	50 (54,3)	23 (60,5)	42 (68,9)	32 (47,8)

Oui	**42 (45,7)**	**15 (39,5)**	**19 (31,1)**	**35 (52,2)**
Enseignement dédié, n=259				
Non	50 (54,3)	17 (44,7)	33 (53,2)	47 (70,1)
Oui	**42 (45,7)**	**21 (55,3)**	**29 (46,8)**	**20 (29,9)**
Horaires, n=127				
Non			27 (45)	19 (28,4)
Oui			**33 (55)**	**48 (71,6)**

*n: effectif des répondants à la question. Les données sont des effectifs (avec pourcentages)

Le décret du 26 février 2015 et la qualité de vie des internes *(Pensez-vous que le décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes va changer la qualité de vie des internes) (Uniquement pour les étudiants de 8ème année))*

67 étudiants ont répondu, parmi eux 23,9% étudiants pensaient que le décret va améliorer la qualité de vie des internes, alors que 43,3% pensaient que ce décret ne va pas améliorer leur qualité de vie. 32,8% ne savaient pas.

Respect du temps consacré à la formation pendant l'internat *(avec respect des deux demi-journées dédiées à la formation universitaire)(Uniquement pour les étudiants de 8ème année))*

67 étudiants ont répondu à cette question, parmi eux 92,5% suggéraient que le respect du temps consacré à la formation aurait un intérêt pour prévenir le syndrome de burnout.

Suggestions faites par les étudiants :

44 étudiants ont répondu à cette question les différents thèmes des réponses étaient les suivants :

- Pouvoir bénéficier de plus de vacances était mentionné dans 11 réponses
- Etablir une meilleure communication entre commandement militaire/ faculté universitaire pour obtenir une meilleure organisation ou un aménagement des plannings était évoqué dans 8 réponses
- Bénéficier du repos de garde était évoqué dans 7 réponses
- Appliquer le décret relatif au temps de travail des internes était mentionné dans 7 réponses
- Une meilleure compréhension par l'encadrement et obtenir une meilleure considération des contraintes militaires et universitaires des étudiants était évoqué dans 6 réponses
- Respecter les horaires de stages lors de l'externat était mentionné dans 5 réponses
- Changer le système de la PACES était mentionné dans 5 réponses

2 RESULTATS DE L'ENQUETE QUALITATIVE

2.1 Participants

29 participants ont été interrogés, 2 participants ont bénéficiés d'un deuxième entretien, soit un total de 31 entretiens de recherche. Le tableau ci-dessous résume le nombre des participants selon la spécialité médicale ou hospitalière et le sexe.

TABLEAU 43 : REPARTITION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE QUALITATIVE SELON LE SEXE ET LA SPECIALITE

effectifs	participants	étudiants avant internat	IMG*	ISH**
HOMMES	18	2	11	2
FEMMES	11	3	9	2
TOTAL	29	5	20	4

**ISH = interne de spécialité hospitalière **IMG = Interne de médecine générale*

TABLEAU 44 : REPARTITION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE QUALITATIVE SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LA SPECIALITE

PARTICIPANT NUMERO ORDRE	Année d'étude	H /F	Nombre d'entretiens	EXTERNE/ INTERNE	Spécialité IMG/ISH	REMARQUES Spécialité/civil ou militaire
PART 1	4° année	H	1	EXTERNE		militaire
PART 2	4° année	H	1	EXTERNE		militaire
PART 3	2°année	H	1			militaire
PART 4	2°année	H	1			militaire
PART 5	9°année	F	2	INTERNE	IMG	militaire
PART 6	7°année	F	1	INTERNE	ISH	psychiatre militaire
PART 7	7°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 8	8°année	H	1	INTERNE	ISH	psychiatre civil
PART 9	9°année	H	2	INTERNE	IMG	militaire
PART 10	9°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire

PART 11	8°année	H	1	INTERNE	IMG	DESC urgences militaire
PART 12	8°année	H	1	INTERNE	ISH	Médecine interne militaire
PART 13	9°année	F	1	INTERNE	IMG	DESC URGENCE militaire
PART 14	9°année	F	1	INTERNE	ISH	ANESTHESIE REA militaire
PART 15	9°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 16	5°année	F	1	EXTERNE		Civile
PART 17	9°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 18	9°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 19	9°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 20	9°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 21	9°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 22	8°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 23	8°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 24	8°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 25	9°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 26	8°année	H	1	INTERNE	IMG	DESC URGENCE militaire
PART 27	9°année	F	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 28	8°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire
PART 29	8°année	H	1	INTERNE	IMG	militaire

H = homme F= femme

ISH = interne de spécialité hospitalière IMG = Interne de médecine générale

2.2 Résultats

Le texte obtenu au cours des entretiens a été codé dans le logiciel Excel 2013 (tableau et annexes), découpé en fragments, (dont certains seront repris ad integrum pour ceux insérés dans la discussion générale) puis réarrangé en catégories pour faire ressortir les thèmes.

2.2.1 Thématiques identifiées

Les thématiques suivantes ont été identifiées :

- antécédents
- processus « devenir médecin »
- processus « devenir militaire »
- conséquences

Ces thèmes ont été organisés en concepts puis une association entre ces items a été établie jusqu'à la proposition d'une théorie explicative donnée dans la figure n°14

Cette théorie explicative sera reprise, détaillée et complétée tout au long de la discussion générale.

TABLEAU 45 : THEMATIQUES IDENTIFIEES SELON LA THEORISATION ANCREE

Antécédents
idéal
Identification
Éloignement volontaire du contexte familial
Problèmes de santé familiaux

Processus « devenir médecin »
Importante capacité de travail
Patience
Humilité
Adaptabilité
Science et médecine
Hiérarchie médicale et paramédicale
Relation entre savoir et pouvoir
Temps long pour les études
Temps court pour être formé en pratique

Temps court pour s'occuper des patients
Inadaptation de l'aide proposée
Confrontation précoce à la mort
Secret/ non-dit /confidentialité
Inégalité de formation suivant les facultés
Exigence des patients
Méthodologie d'apprentissage inadaptée

Processus « devenir militaire »

Autonomie
Excellence
Séjours à l'étranger/Projection en missions extérieures
Culture militaire
Besoin de faire du sport
Normes / formatage /classement
Acquisition des codes militaires
Hiérarchie militaire- classement
Influence négative du groupe
Expérience positive des anciens
Entraide, solidarité, connaissance dans le groupe
Différences de vécu homme/femme
Difficultés de communication dans le SSA
Soutien institutionnel positif
Vie en groupe
Besoin d'ouverture
Formation militaire insuffisante
Formation technique insuffisante
Activités spécifiques (expertise,opex…)

Conséquences

Manque d'expérience
Solitude dans le travail
Stress, anxiété
Insécurité
Maltraitance envers les patients
Maltraitance/tensions interpersonnelles
Maltraitance des étudiants
Absence de demande d'aide
Risque d'épuisement
Incertitude par rapport à l'avenir
Instabilité personnelle
Besoin de reconnaissance
Besoin d'ouverture
Regrets / remords
Risques liés aux OPEX

2.2.2 Théorie explicative

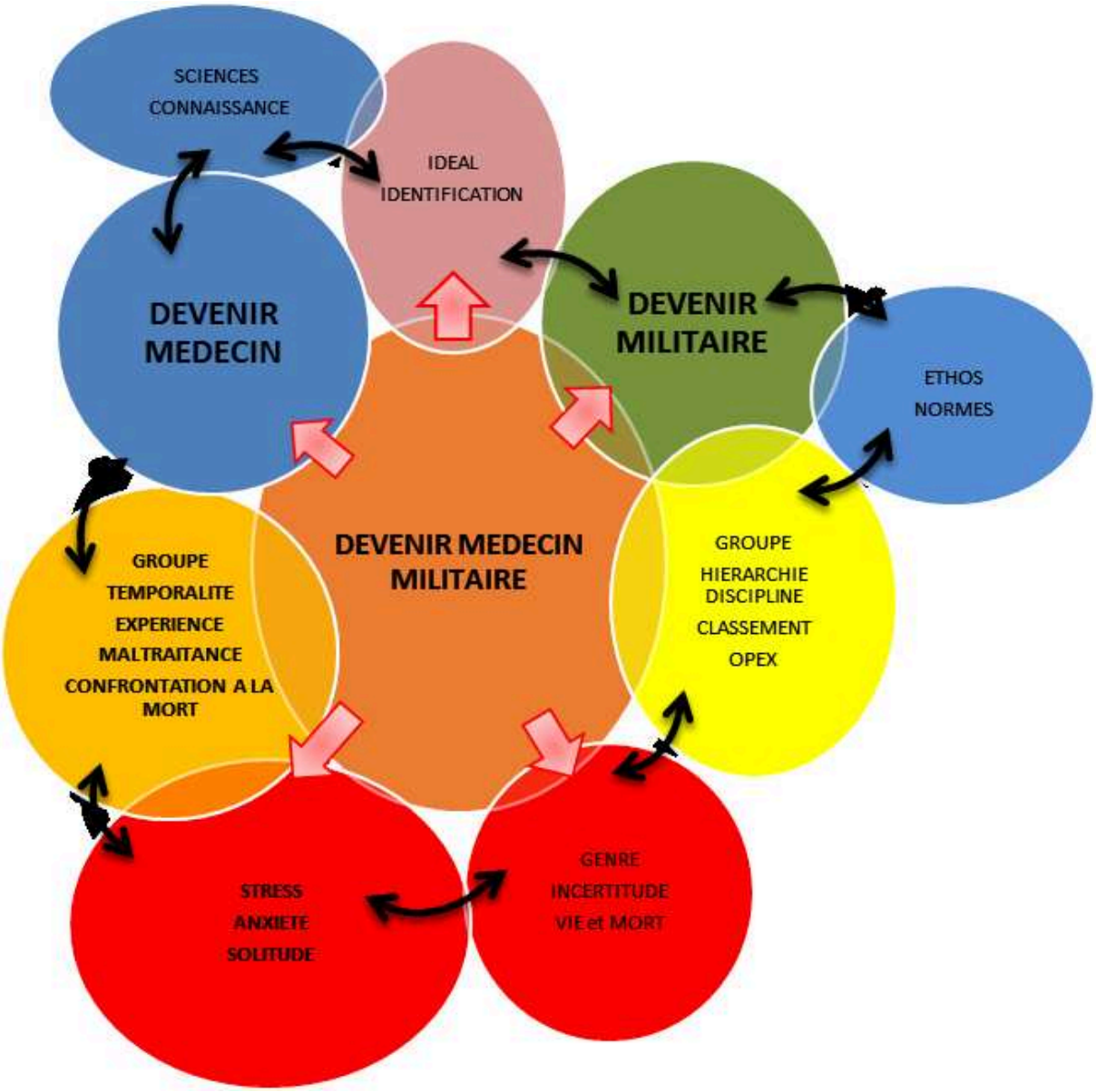
Rappelons que la théorisation n'est pas définie ici comme une théorie générale, mais comme une formulation provisoire qui permet de comprendre la complexité des phénomènes rencontrés tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique.

Cette théorisation s'inscrit totalement dans le concept systémique de causalité circulaire pour lequel chaque « phénomène » est pris dans un jeu complexe d'implications mutuelles d'actions et de rétroactions» [Mucchielli, 1996, p.248]. Il ne s'agit pas seulement d'une boucle de rétroaction dont on peut saisir la source, mais bien d'une boucle circulaire dont on ne peut pas distinguer le commencement.

FIGURE 14 : THÉORIE EXPLICATIVE « DEVENIR MÉDECIN MILITAIRE »

Nous formulons la théorisation de notre analyse par théorisation ancrée ainsi :

Devenir médecin militaire implique des antécédents personnels marqués par l'idéal et l'identification ; il s'agit d'être à la fois d'être médecin mais aussi militaire dans une temporalité contrainte marquée par l'apprentissage parfois inadapté de la connaissance scientifique médicale et d'un éthos militaire, où l'influence des groupes est fondamentale ; les tensions entre savoir et pouvoir sont marquées, surtout dans la violence de la confrontation à la mort. Le ressenti varie entre les hommes et les femmes mais l'association des normes et des injonctions militaires au mode de vie médical entraine pour une globalité des sentiments négatifs d'anxiété, de solitude et d'incertitude majeure envers l'avenir



DISCUSSION MÉTHODOLOGIQUE

Ce chapitre spécifique de discussion méthodologique a pour objet d'exposer les atouts de notre étude à travers sa thématique mais aussi la méthode employée, et de détailler ses limites. Il précède la discussion générale qui permettra d'exposer l'ensemble de la démonstration de la thèse.

1 Les forces de l'étude

1.1 Des thématiques au cœur de l'actualité

1.1.1 Le syndrome d'épuisement professionnel

Dans la littérature internationale, le nombre de publications recensées à partir de la base de données NCBI Pubmed sur la thématique de l'épuisement professionnel (burnout) n'a cessé de croître depuis le début des années 1980, comme l'indique la figure ci-dessous.

Pour l'année 2016, on recense dans cette base de données 906 publications comportant le terme burnout

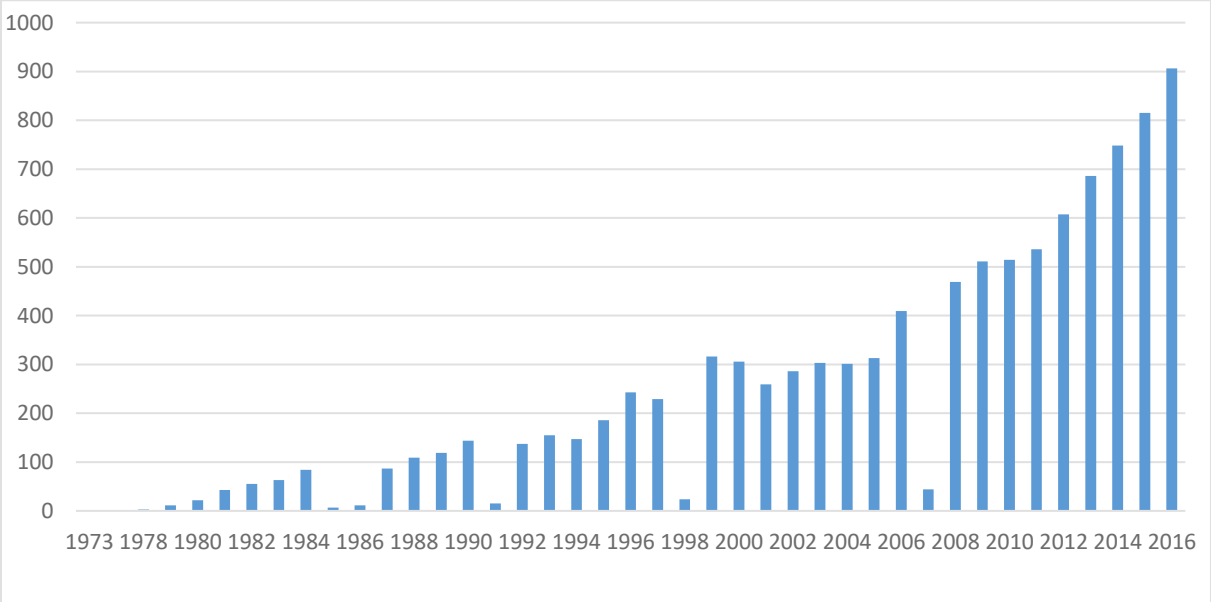


FIGURE 15 : ÉVOLUTION CHRONOLOGIQUE DU NOMBRE DE PUBLICATIONS SUR LE THEME DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

l (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=burnout consultée le 22/04 /2017)

En France, cette problématique est de plus en plus abordée dans les médias et relayée par les instances gouvernementales depuis quelques années ; en mai 2015, le ministère du travail français, a publié un guide d'aide à la prévention du syndrome d'Epuisement professionnel [31] ; par ailleurs, l'Académie de Médecine a fait paraitre en février 2016 un rapport afin de préciser les limites de la réalité du concept de burnout, rappelant que ce terme ne peut actuellement être un diagnostic médical mais soulignant que des actions sont à entreprendre, notamment en recherche afin d'établir des critères cliniques précis et identifier les mécanismes physio- et psychopathologiques ; ceci afin de mettre en œuvre des d'actions de prévention et une thérapeutique adaptée de l'épuisement professionnel. L'académie de médecine souligne aussi la nécessaire et urgente collaboration entre les dirigeants d'entreprises ou d'institutions diverses et la médecine du travail afin que soit mise en œuvre une démarche transversale, coopérative et coordonnée de prévention des pathologies mentales liées au travail. [Olié J.P., Legeron P., 2016]

Certains politiciens, dans le cadre de l'élection présidentielle de mai 2017, avaient également intégré ce thème dans leur programme et souhaitaient que le burnout fasse partie des politiques de prévention et qu'il figure à terme dans les tableaux de maladies professionnelles. A la fin du mois de mai 2017,alors que notre travail était en voie d'achèvement, la haute autorité de santé HAS publie une fiche mémo sur le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout et son rapport d'élaboration, dont les recommandations visent à définir le syndrome d'épuisement professionnel de façon à améliorer son repérage, sa prise en charge et l'accompagnement des personnes lors de leur retour à l'activité professionnelle.[32]

1.1.2 La santé des soignants

En Europe, une grande étude de prévalence avait été réalisée dès 2004 auprès de 1393 médecins ; cette étude avait révélé que près de 43 % des interrogés présentaient un score élevé d'épuisement émotionnel, 35 % présentaient un score élevé de perte d'empathie et 39 % montraient une perte d'accomplissement personnel [Soler et Al., 2008].

L'association européenne pour la santé des soignants[33] a pour objectifs de mettre en commun les compétences et expériences des médecins européens, explorer comment la relation entre leurs identités personnelles et professionnelles affectent leurs pratiques mais également comment ils peuvent prendre soin d'eux-mêmes tout en assumant leurs responsabilités professionnelles. Cette association organise des congrès de façon annuelle ou bisannuelle dans l'ensemble de l'Europe depuis 2004, dont l'un deux s'est déroulé à Paris pour la première fois les 24 et 25 avril 2017, avec le soutien du ministère de la santé français.

[31] ANACT, INRS, Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du travail social. Guide d'aide à la prévention Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir. Mai 2015. [en ligne]. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf. Consulté le 13 mars 2016.

[32] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754961/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge et https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201705/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf consulté le 23 mai 2017

[33] EAPH - European Association for Physician Health

La santé des soignants et le soin aux professionnels de santé sont des thématiques de plus en plus abordées en France, même si l'on peut constater par rapport à l'Europe un retard dans la recherche et dans les actions de prévention de plus d'une dizaine d'années ;

Didier Truchot a été l'un des pionniers dans la recherche sur la santé des soignants, publiant plusieurs études sur le burnout des médecins libéraux et généralistes en bourgogne en 2001, puis en Champagne-Ardenne en 2003 et enfin dans le Poitou-Charentes en 2004 ; 47 % des médecins présentaient selon ses travaux un syndrome d'épuisement professionnel [Truchot, 2001-2003-2004]

En 2007, Éric Galam effectuait une enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux d'Ile-de-France qui confirmait un niveau similaire d'épuisement professionnel [Galam, 2007]

C'est aussi Éric Galam qui a mis en place en 2015-2016 le diplôme interuniversitaire DIU « soigner les soignants » en partenariat avec la faculté de Paris Diderot et l'université de Toulouse ; les objectifs de ce DIU sont les suivants[34] :

- Connaître les principales pathologies rencontrées par les médecins et les soignants.
- Maîtriser les spécificités du dépistage et de la prise en charge des pathologies des professionnels de santé. S'acclimater aux problématiques rencontrées par les soignants en position de malades et à celles de ceux qui sont amenés à les soigner.
- Connaître et identifier les facteurs de risques dans l'exercice professionnel libéral, salarié ou spécifique à la formation des jeunes médecins qui peuvent conduire au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres pathologies liées.
- Savoir identifier les liens entre la santé des soignants et la qualité des soins délivrés au patient. Intégrer la santé des soignants dans une politique de gestion des risques pour le patient.
- Connaître les particularités de la prise en charge d'un médecin ou d'un soignant ; savoir identifier les représentations qu'un médecin ou un soignant a de son métier. Savoir le convaincre et l'accompagner dans une prise en charge adaptée.
- Connaître les problématiques de la gestion par un soignant de sa propre santé et de son positionnement par rapport à celle de ses proches
- Connaître et savoir mobiliser les systèmes d'aide et d'entraide disponibles pour les professionnels libéraux et pour les professionnels salariés.
- Savoir mettre en œuvre une politique individuelle et collective de prévention de l'épuisement professionnel dès les études médicales, tenant compte des évènements personnels et familiaux de l'existence, des difficultés liées au vieillissement, au mode d'exercice et aux contraintes « administratives », au risque de violence et d'erreur médicale…
- Savoir utiliser l'expérience des structures existantes en France et à l'étranger.
- Savoir construire un réseau de prise en charge à l'échelle locale en identifiant les personnes et structures – ressources présentes

Plusieurs structures associatives ont aussi vu le jour depuis quelques années en France afin de répondre aux demandes de prise en charge des professionnels de santé, parfois réticents à un accueil dans les mêmes établissements qui reçoivent leurs propres patients ; ces associations répondent précisément au besoin d'anonymat des praticiens en difficulté, proposent une communication par Internet ou une écoute téléphonique bienveillante et une orientation vers la structure adaptée.On

[34] Source : http://www.medecine.univ-paris-diderot.fr/index.php/formation-continue/du-di/liste-des-du-et-diu/item/485-soigner-les-soignants consulté le 30/04/2016

peut citer l'association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML), l'association pour les soins aux soignants (APSS), le collège français d'anesthésie réanimation(CFAR), l'association médecin organisation travail-santé (MOTS) et la plus récente l'association soins aux professionnels de santé(SPS) ; l'ensemble des cordonnées de ses associations sera repris en annexe

Dans la fiche mémo parue en mai 2017, la HAS consacre un paragraphe spécifique sur les particularités des soignants qui souligne la prise en compte des nombreuses données récentes :

« Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou *en formation* sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc.) »

1.2 Une population originale

En France, un nombre restreint de chercheurs ont étudié la santé psychique et évalué le risque d'épuisement professionnel des étudiants en médecine, alors que les données de la littérature internationale sont abondantes ; les données concernant la santé des soignants militaires en France sont inexistantes à ce jour, en dehors d'une thèse d'exercice menée sur une population d'internes [Maloudi, 2014] ; nous avons mené notre étude conjointement avec celle d'Elisabeth Lorrain en 2016 [Lorrain, 2016]

Notre thématique ainsi que la population d'étude- composée de plusieurs années charnières dans le cursus - permet d'avoir un aperçu global et diachronique de l'ensemble de la population des étudiants en médecine de la première année à l'internat et mettre en évidence les différentes difficultés rencontrées tout au long du parcours.

Le taux de réponse de 83,20% global est très bon, témoignant de l'intérêt suscité par ce travail auprès des étudiants. Cependant pour les étudiants de 4ème année le taux de réponse de 67,27% est moins important. Le taux inférieur de questionnaires rendus pourrait être lié au fait que les étudiants interrogés en amphithéâtre étaient pour certains encore en stage à l'hôpital ou retenus en cours à l'université et n'étaient donc pas présents lors du recueil.

1.3 Une méthodologie mixte

En France, les études qualitatives sont peu fréquentes comparées aux études quantitatives ; les travaux utilisant une méthodologie mixte sont encore plus rares, en particulier dans les disciplines médicales alors qu'elles sont largement utilisées en Amérique du Nord, spécifiquement dans les disciplines des sciences sociales et humaines qui bénéficient d'une longue tradition en matière de recherche qualitative, datant du début du XXème siècle ; Depuis les années 1980,les méthodologies qualitatives font l'objet d'un intérêt croissant pour les chercheurs en sciences humaines et sociales ainsi qu'une augmentation des parutions et des publications dans ce domaine.
Cette approche qualitative combinée à une méthode quantitative classique nous a semblé la plus pertinente pour différentes raisons : d'abord, la recherche qualitative s'intéresse à « l'analyse de cas

concrets dans leur temporalité et leur particularité singulière, tels qu'ils se manifestent à travers l'expression des individus et de leurs activités en situation contextualisée [Flick, 2009] « Qualitative research is the best means of explaining a number of singular facts peculiar to human beings and social systems which other methods cannot reach »[Mays N, 2006]
L'induction analytique est aussi une des stratégies de validation théorique très prisée parce que la recherche du « cas négatif » est privilégiée dans la formulation d'une explication, selon un procédé consistant à confronter constamment l'explication de phénomènes aux cas qui défient ou qui dévient de cette explication.

C'est donc tout l'intérêt de la démarche inductive de théorisation ancrée pour notre thématique de recherche, qui concerne des étudiants en médecine militaires recrutés et sélectionnés sur des critères d'excellence, formés, entraînés et qui pour autant présentent des symptômes de souffrance psychologique. Selon l'induction analytique, les cas négatifs doivent être obligatoirement pris en compte : soit ils apparaissent non pertinents face au phénomène étudié, alors l'explication demeure inchangée, soit ils remettent en cause le modèle ou la théorie qui devront alors être reformulés [Paillé, 1994]
Cette méthodologie présente également une communauté de postulats fondamentaux communs partagés avec la méthode clinique en psychologie définie en France, en particulier ses outils méthodologiques sont liés à l'appréhension de situations concrètes singulières. Le travail s'effectue sur des récits, textes ou données visuelles recueillis en situation et enregistrés. L'importance est donnée au langage en tant que médiateur de l'expérience humaine, enfin est prise en compte la place du chercheur et de ses postulats dans le travail de recherche :
Dans toutes les recherches qualitatives le chercheur doit s'attacher à faire preuve de réflexivité. [Tong et Al., 2012] Enfin, l'induction peut être considérée comme une interaction entre les données du terrain et l'interprétation du chercheur qui même s'il essaie de mettre ses références de côté, perçoit le terrain à travers le filtre de sa sensibilité théorique. Il est donc impératif d'expliciter «la relation entre les intuitions du chercheur (faites de savoirs antérieurs et de références à des théories existantes) et les suggestions qui proviennent des données de terrain» [Guillemette, 2006, pp.44-45].

Pour autant, les méthodes qualitatives ont pu faire font l'objet de critiques, en particulier en ce qui concerne le manque d'explications des procédures de validation, le manque de rigueur de l'échantillonnage, le manque de fidélité et de constance des données, le manque de reproductibilité mais aussi les difficultés de comparaison avec d'autres travaux et donc de généralisation. Ces critiques sont souvent fondées sur le doute quant aux critères de sa scientificité, en raison notamment de la multiplicité des méthodes employées (phénoménologie, grounded theory, théorisation ancrée …), du jargon et des préférences propres à ces différentes techniques, mais aussi du recours à des échantillons non représentatifs, du recueil et de l'analyse subjective des données ; plusieurs auteurs ont donc développé des grilles de lecture afin de guider les chercheurs qui utilisent les techniques qualitatives ; une équipe Suisse de chercheurs en psychologie de la santé a ainsi recensé 133 grilles d'évaluation des recherches qualitatives [Santiago-Delefosse et Al,2015]
Dans ces différentes grilles, on retrouve une très grande diversité des termes utilisés par les auteurs pour décrire leur travail et leur conception des critères, parfois il existe aussi une confusion des niveaux épistémologiques, théoriques et méthodologiques sous-tendue par des bases théoriques et philosophiques, ce qui aboutit à une complexité épistémologique et à des différences paradigmatiques.

Nous pensons qu'on ne peut ni on ne doit évaluer les recherches qualitatives de la même manière que les recherches quantitatives, cependant, sous peine d'être une activité « nébuleuse », nous estimons que toute théorie pertinente doit pouvoir s'énoncer clairement, être évaluée et comprise par un public interdisciplinaire ; comme nous sommes nous- mêmes de formation médicale et que notre population d'étude concerne aussi des (futurs) médecins nous avons donc choisi d'utiliser la grille de Côté et Turgeon, deux chercheurs francophones de la faculté l'université de Laval de Québec, qui ont élaboré et validé une grille de recherche qualitative appliquée à la médecine ; cette grille est fondée sur la structure habituelle des articles médicaux et comporte 12 énoncés regroupés en 5 sections (introduction, méthodes, résultats, discussion et conclusion) que nous reproduisons ci-après [Côté L, Turgeon J., 2002 et 2005]

TABLEAU 46 : GRILLE COTE-TURGEON=GRILLE DE LECTURE CRITIQUE D'UN ARTICLE DE RECHERCHE QUALITATIVE EN MEDECINE

L'introduction
1. la problématique est bien décrite en lien avec l'état actuel des connaissances
2. La question de recherche est clairement énoncée et pertinente pour une recherche qualitative
Les méthodes
3. Le contexte de l'étude et le rôle du chercheur sont clairement décrits (par exemple : le milieu dans lequel se déroule l'étude, les biais)
4. La méthode est appropriée à la question de recherche
5. la sélection des participants est justifiée
6. Le processus de recueil des informations est clair et pertinent
7. L'analyse des données est crédible
Les résultats
8. Les principaux résultats sont présentés de façon claire
9. Les citations favorisent la compréhension des résultats
La discussion
10. Les interprétations des résultats sont vraisemblables et novatrices
11.Les limites de l'étude sont présentées
La conclusion
12. La conclusion présente une synthèse de l'étude et des pistes de recherche sont proposées

Cette grille -construite comme un plan de recherche reprend des critères représentatifs de la recherche quantitative mais transposés sur le plan qualitatif – elle nous a guidée, mais sans nous enfermer dans un cadre épistémologique trop contraint car nous pensons que les critères de

scientificité sont toujours le fruit d'une construction sociale résultant d'un rapport de force entre les chercheurs au sein de chaque domaine scientifique et entre les domaines. Les critères que nous définissons conviennent à un moment donné et pour une communauté de chercheurs. L'analyse par théorisation ancrée tire toute sa légitimité de sa propre méthodologie, avec la spécificité que les réponses sont intrinsèques à la démarche d'analyse. Elle n'en est pas moins rigoureuse[35], elle déplace le moment de son auto-évaluation qui n'est pas terminal, comme dans la plupart des méthodes, mais continu. Au lieu de chercher à répondre à une série de critères prédéfinis, l'analyse par théorisation ancrée s'astreint tout au long de sa formalisation à une réflexion critique et une démarche éthique.

2 Les limites de l'étude

2.1 Puissance de l'étude

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été calculé préalablement, en effet les catégories d'étudiants étudiés ont été choisies par année d'étude. Le nombre d'étudiants par promotion étant fixe et ne pouvant être augmenté, ce calcul n'a pas été réalisé avant l'étude.

L'effectif de notre population a pu induire un manque de puissance dans l'étude. :Si le nombre de sujets inclus avait été supérieur, certaines analyses statistiques auraient probablement été plus significatives et auraient modifié les résultats en particulier dans la recherche des objectifs secondaires de l'étude à partir des analyses multivariées

En ce qui concerne la comparaison des scores du MBI selon la consommation d'alcool :

La consommation régulière d'alcool pouvait être associée de de la perte d'empathie des étudiants de 4ème et de 8ème année (p=0,01); ce résultat a cependant été obtenu à partir d'un groupe de taille faible et en regroupant plusieurs modalités de consommation d'alcool (*Regroupement des modalités « jamais » avec « moins d'une fois par semaine » et de la « modalité une fois par semaine » avec « plusieurs fois par semaine » pour augmenter la taille des groupes)

Il faudra définir pour cette étude dans un groupe contrôle à partir d'un ensemble d'individus non militaires et/ou non étudiants en médecine, et comparer nos résultats. Ces travaux complémentaires sont en cours dans le cadre de deux thèses d'exercice pour l'obtention du doctorat en médecine que nous dirigeons, en particulier :

- Une étude observationnelle descriptive du syndrome d'épuisement professionnel des praticiens hospitaliers militaires français (Lang Pierre Nicolas)
- Une étude de cohorte rétrospective, quantitative sur les événements de santé touchant les médecins généralistes militaires au cours de leurs 3 premières années d'exercice. (Marie Milet)

[35] O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med. 2014;89(9):1245-1251.

2.2 Elaboration du questionnaire

2.2.1 Sur la forme

Le questionnaire a nécessité en moyenne 30 minutes pour être complété.

Il était composé de nombreuses questions et d'une échelle MBI elle-même composée de 16 ou 22 items. Au total, le questionnaire A était composé de 67 questions, le questionnaire B est composé de 72 questions et le questionnaire C est composé de 85 questions. Ceci a pu entrainer des erreurs lors du remplissage du questionnaire ou une lassitude à la fin du questionnaire occasionnant des échelles du MBI incomplètes ou mal remplies.

2.2.2 Sur le fond

Certaines questions auraient pu être formulées de manière plus précise (par ex en ce qui concerne l'histoire personnelle (profession des ascendants) ;Il a pu exister une ambiguïté concernant les questions sur la santé « au cours des 12 derniers mois » (et non pas sur l'ensemble de la vie), en particulier pour celle sur le recours ou non à un psychiatre ou un psychologue

Les questions sur le rapport aux écrans étaient trop nombreuses et non validées pour l'évaluation des addictions sans substance

Nous aurions pu utiliser l'Échelle épidémiologique de mesure des usages problématiques de jeux vidéos chez les adolescents : La Game Addiction Scale (GAS), dite échelle de Lemmens est une des rares échelles de mesure de l'addiction aux jeux vidéo validée pour les adolescents.[Lemmens,2009]

Il s'agit davantage d'un instrument de mesure épidémiologique que d'un outil L'échelle comporte 7 questions appelant à une réponse de jamais, presque jamais, parfois, souvent, très souvent

- avez-vous pensé toute la journée à jouer à un jeu vidéo ? (Prégnance)
- avez-vous passé un temps de plus en plus important sur les jeux vidéo ? (Tolérance)
- avez-vous joué à un jeu vidéo pour oublier la vraie vie / la vie réelle ? (Modification de l'humeur)
- est-ce que d'autres personnes ont tenté sans succès de réduire votre temps de jeu ? (Rechute)
- vous êtes-vous senti(e) mal lorsque vous étiez incapable de jouer ? (Évitement)
- vous êtes-vous disputé(e) avec d'autres (famille, amis) à propos de votre temps passé à jouer aux jeux vidéo ?
- avez-vous négligé d'autres activités importantes (école, travail, sport) pour jouer aux jeux vidéo ?

On présume d'un niveau d'usage problématique de jeux vidéo voire d'une addiction chez les adolescents joueurs (jouant à des jeux vidéo) qui répondent « parfois », « souvent » ou « très souvent à au moins quatre de ces questions.

Afin de préciser les associations avec l'épuisement professionnel, il aurait pu être associé au MBI des questionnaires spécifiques tels que le Beck Dépression Inventory BDI, Hospital Anxiety Depression scale HAD, Hamilton Anxiety Rating scale HARS, Depression Anxiety Stress Scales DASS, CAPS Clinician Administered PTSD Scale… ou PCLS / Posttraumatic stress disorder Checklist Scale (Echelle de l'état de stress post-traumatique)

Après la réalisation de notre étude, une équipe de franco américaine a publié un outil spécifique testé, validé et possédant de très bonne qualité psycho-métriques : Internal Medicine Residency Stress Scale IMRSS, fortement corrélé avec l'épuisement émotionnel et l'anxiété. [Myszkowski et Al, 2016]Ce questionnaire très rapide est recommandé pour évaluer de façon trimestrielle les éléments qui ont pu stresser l'interne au cours des trois derniers mois précédant le questionnaire

2.3 Temporalité de l'étude

- **Sur le plan quantitatif**, les internes ont été interrogés en quatrième semestre d'internat :

des contraintes administratives et logistiques nous ont permis d'interroger des internes de quatrième semestre alors que nous souhaitions initialement interroger des internes de deuxième semestre, moins expérimentés et donc soumis à davantage de stress professionnel. En deuxième semestre les internes de médecine générale sont en stage hospitalier et supportent une charge de travail plus importante.

Les internes interrogés en quatrième semestre sont plus expérimentés ; de plus les internes de médecine générale venaient d'effectuer leur stage de médecine ambulatoire de niveau 1, stage réputé moins fatiguant. De ce fait, les résultats quantitatifs ne sont peut-être pas représentatifs du vécu des internes moins avancés dans leur internat

- **L'enquête quantitative a été réalisée au mois de juin 2015**

Idéalement, notre étude aurait dû être menée avant la fin de l'année universitaire, en automne ou en hiver. En effet pour les étudiants de deuxième et quatrième année, l'étude a été menée alors que l'année universitaire était terminée et les étudiants déjà en vacances. Il en est de même pour les étudiants de 1ère année qui avaient déjà passé l'ensemble des épreuves du concours de la PACES. Cela a pu augmenter le biais de mémorisation, car les étudiants n'étaient plus soumis à la pression et aux contraintes de l'année universitaire. Les résultats auraient pu être différents et plus représentatifs si l'étude avait été menée quelques mois auparavant, en effet certains auteurs [Bellini, 2002] montraient que les internes présentaient moins de symptômes de stress et d'anxiété en juin qu'en septembre.

- **Réalisation des analyses multivariées**

Compte tenu des délais nécessaires pour la réalisation de ces analyses, nous avons choisi de privilégier des analyses des facteurs associés à la dimension d'épuisement émotionnel des internes de 8° année.

Cependant ces limites de l'analyse quantitative ont pu être pondérées par la réalisation d'entretiens de recherche qualitatifs sur une période de 18 mois (mars 2015 à aout 2016).

2.4 Les biais

- **Biais de sélection :**
  - Un biais d'intérêt a pu être induit car les étudiants avaient un intérêt à participer à cette étude destinée à comprendre leur état de santé et à améliorer leur bien être
  - Un biais de recrutement a pu être induit par le fait que les investigateurs se sont déplacés ; de plus les étudiants ont été regroupés en amphithéâtre, ce qui a pu augmenter le taux de réponse.

- **Un biais d'investigation** lié aux conditions de l'étude a pu être créé, en effet les étudiants ont répondu aux questionnaires dans des amphithéâtres, proches entre eux et n'avaient que peu de temps dans leur emploi du temps pour répondre aux questions, ce qui a pu introduire des erreurs dans les réponses données (parentalité et MBI mal remplis) des réponses collectives, et/ou des omissions volontaires pour des raisons de confidentialité

- **Biais de mémorisation** :
  Compte tenu du mode de réalisation des auto-questionnaires, était possible une sous-déclaration volontaire ou involontaire dans les questions sur la consommation de produits addictifs au cours des 12 derniers mois, les nombres d'heures de travail, les jours de vacances et toutes les autres questions quantitatives où aucun chiffre n'était suggéré.

- **Biais d'analyse** :
  28% des MBI n'ont pas pu être analysés pour les étudiants de 1ère année, 20% pour les étudiants de 2ème année, 16% pour les étudiants de 4ème année et 9% pour les internes de 8ème année, Ces chiffres sont importants et ont pu influencer les résultats de l'étude. L'épuisement émotionnel des élèves a pu influer sur la qualité de remplissage des questionnaires.

- **Biais de confusion :**
  Les facteurs de confusion sont liés à l'exposition à la maladie étudiée ; ce sont des biais secondaires à une erreur d'appréciation de l'association entre facteur étudié et maladie lié à l'absence de prise en compte d'un facteur dit de confusion...La présence de facteur (s) confusionnel(s) est très fréquente dans l'analyse des questions portant sur le bien- être et la détresse psychologique ;

  Nous avons noté un facteur de confusion dans les analyses bi-variées : nous montrons que le score d'épuisement émotionnel augmentait significativement quand le sujet souhaitait quitter l'armée ($p < 0,001$) ; on peut ici se demander si ce facteur est la cause ou conséquence de l'épuisement émotionnel.

2.5 Les qualités psychométriques de l'échelle MBI

Nous avons utilisé le questionnaire MBI car il s'agit du questionnaire le plus utilisé, la comparaison des résultats avec les autres études est donc plus aisé. Le choix de cette échelle implique que nous avons accepté le modèle du burn-out selon Maslach.

L'échelle MBI est en effet l'instrument d'évaluation le plus souvent utilisé pour mesurer la sévérité du burnout, selon trois dimensions [INRS, 2012] : l'épuisement, la perte d'empathie, la réduction du

sentiment d'accomplissement personnel; ces dimensions sont indépendantes entre elles et il est erroné comme on a pu le constater dans de nombreuses études de faire la somme de chaque dimension pour évaluer globalement le burnout et indiquer un pourcentage global de burnout au sein d'une population

De plus, compte tenu de la multiplicité des symptômes qu'il comporte, le syndrome d'épuisement professionnel ne permet pas de poser un diagnostic clinique [Olié J.P.,Legeron P., 2016]

2.5.1 Les critères de validité du MBI

Le MBI possède une bonne validité de structure externe convergente, qui permet de tester si les réponses des patients interrogés par MBI concordent avec celles obtenues par d'autres méthodes (par exemple, appréciation portées par des tierces personnes) [INRS, 2012], ce critère a été établi pour les trois échelles du MBI.

Le MBI a aussi une bonne validité factorielle (reposant sur l'analyse factorielle) confirmée pour ses 3 versions [Malasch, 1996].

Une vérification empirique a été effectuée des liens existants entre burnout et antécédents ou conséquences du stress [Pezet-Langevin, 2002]. Il s'agit de la validité critériée concomitante, validité obtenue lorsqu'un nouvel instrument est fortement corrélé avec un autre instrument qui mesure le ou les mêmes concepts.

La validité de structure externe divergente permet l'estimation de la validité d'un outil de mesure, en étudiant l'absence de corrélation entre le score d'un domaine donné du questionnaire et une autre mesure, qui d'après les hypothèses d'études, ne peut avoir de lien théorique avec ce domaine. Plusieurs travaux laissent planer un doute sur la validité discriminante ou divergente du MBI, montrant une association positive entre burnout et dépression.[Mc Knight, 1995] Cependant les travaux de Bakker [Bakker et Al, 2000] ont montré que dépression et burn-out ont une étiologie différente, partageant l'épuisement émotionnel mais différents au niveau étiologique et évolutif.

2.5.2 La fidélité

Un questionnaire est fidèle ou stable s'il donne des résultats comparables dans des situations comparables.

La fidélité test/retest évalue pour un même échantillon de sujets, la constance des résultats dans le temps. Les 3 versions du MBI ont également une bonne stabilité temporelle. [Malasch, 1996].

La consistance interne évalue l'homogénéité entre les différentes dimensions du test. Elle est évaluée à l'aide des alphas de Cronbach, ils permettent l'estimation de la fidélité du score à un test. Dans la version française, les coefficients alphas de Cronbach sont satisfaisants pour les composantes de l'épuisement émotionnel EE et pour l'accomplissement personnel AP, mais *la fidélité est insatisfaisante par cette même méthode pour la composante de perte d'empathie* DP. Il s'agit d'une particularité française due à une sémantique et une culture différente ainsi que le faible nombre

d'items dans cette sous-catégorie. Les versions américaines, anglaises et allemandes du MBI obtiennent des coefficients alphas de Cronbach satisfaisants pour les trois composantes. [INRS, 2012],

2.5.3 La sensibilité

Il s'agit de la capacité du test à détecter les cas d'une maladie en identifiant comme malades ceux qui ont la maladie.

Si l'on regarde la distribution des scores obtenue par la sous -catégorie DP, en version française cette composante manque de sensibilité car la distribution ne suit pas la loi normale. [INRS, 2012]

Même si le MBI est un outil de mesure fiable, valide, reproductible, il possède donc des limites qui sont celles du concept avec lequel il partage la même définition. Les signes cliniques du syndrome recouvrent plusieurs nosographies diagnostiques : troubles de l'adaptation, troubles anxieux, somatisations, troubles dépressifs. Lorsque l'on mesure l'épuisement professionnel, on mesure ces symptômes qui ne sont pas spécifiques. De plus le MBI permet grâce à des scores avec des bornes mais sans dire à quels types de symptômes et d'état d'épuisement elles correspondent. Les bornes n'ont pas été fixées par des études cliniques, mais de façon arbitraire. En effet Maslach et Jackson ont séparé leur échantillon de 11067 personnes en 3 tertiles équivalents : les 33,3% qui ont des scores les plus élevés représentent les scores de la fourchette élevée, le deuxième tiers la fourchette moyenne et le tiers restant le niveau faible [Lidvan- Girault N., 1996]. Les normes sont donc théoriques et non pas cliniques, et de plus ont été instaurées pour une population d'américains. Les différences culturelles sont telles aujourd'hui qu'on peut se demander si ces scores sont superposables d'un continent à un autre. *L'absence de corrélation clinique avec les bornes des scores est donc la principale limite et il n'existe donc pas la corrélation entre degrés de gravité et gravité clinique. Cependant le MBI possède une bonne validité et fidélité*

La corrélation des trois dimensions du burnout entre elles a été remise en cause par les métas analyses de Lee et Aschforth [Lee RT, Ashforth BE, 1996] et celle de Lourel : celle-ci souligne le fait que l'Accomplissement Personnel n'est pas toujours objectivement corrélé à l'Epuisement émotionnel et à la perte d'empathie. [Lourel, 2007]

Le questionnaire a été créé en version anglophone, et la validation de la traduction française a été faite non pas sur une population française mais sur une population canadienne. De plus, seule la version MBI-HSS a été évaluée dans sa traduction française [INRS, 2012]. La traduction utilise des expressions peu courantes dans la langue française comme par exemple : «je me sens vivifié (e) », «je me sens ragaillardi (e) », certains étudiants ont pu être déroutés devant ces phrases. Dans le questionnaire A, nous avons dû légèrement modifier l'intitulé d'une question en l'adaptant à notre étude : « je sens que j'apporte une contribution importante à mon entreprise» à « je sens que j'apporte une contribution importante au Service de Santé des Armées ».

Il existe d'autres questionnaires explorant d'autres dimensions du burnout, mais aucun de ces outils ne permet un diagnostic clinique : on peut citer le Burnout Measure de Pines, le Oldenourg Burnout Inventory, le Shirom Melamed Burnout Measure et le Copenhague burnout Inventory (CBI):

Développé par une équipe danoise en 2005 [Kristensen et Al, 2005] son l'objectif était d'évaluer la composante centrale c'est-à-dire le sentiment de fatigue et d'épuisement mais aussi les facteurs étiologiques du travail et de la relation d'aide. Le CBI est composé de trois échelles, le burnout personnel (ressenti), le burnout lié au travail et enfin le burnout lié à la relation d'aide ; plus le score est élevé plus le burnout est important ; il a été utilisé dans l'enquête SESMAT [Estryn-Behar, 2008] menée sur une population de 4800 médecins hospitaliers européens de toutes spécialités, cette enquête révélait une situation préoccupante pour les médecins exerçant à l'hôpital avec un taux moyen de burnout élevé établi à 23,1 % ; les taux de burnout les plus élevés étaient retrouvés chez les médecins urgentistes et chez les psychiatres

Conclusion et Perspectives

D'autres études seront donc nécessaires dans différents champs de recherche afin de compléter notre travail, certains travaux sont en cours, d'autres sont à mettre en œuvre, ceci dans le but de :

- établir des critères cliniques précis pour l'épuisement professionnel grâce à une étude randomisée avec groupe contrôle
- identifier plus précisément les mécanismes physiopathologiques et psychopathologiques de l'épuisement professionnel, en particulier au niveau de l'exploration de l'axe hypothalamo-hypophyso-adénocorticotrope (HHA), des anomalies fonctionnelles du système immunitaire, de certains facteurs trophiques
- développer les investigations en neuroimagerie structurale et fonctionnelle

DISCUSSION GÉNÉRALE

1ERE PARTIE : LES ENJEUX DU DEVENIR MÉDECIN

« La notion de cet idéal qu'est le normal s'est confondue avec l'état antérieur euphorique du sujet qui venait de tomber malade ….la seule pathologie constatée alors était une pathologie de sujets jeunes[36] »

Péquignot H., initiation à la médecine, Paris, Masson, 1961

Dans une perspective à la fois descriptive, ontologique et étiologique, nous suivrons tout au long de cette discussion générale le plan classique d'une observation médicale, étayant notre propos par les données des analyses quantitatives et celles de la théorisation ancrée.

Dans le déroulé des chapitres qui vont suivre, il s'agit de proposer une perspective, une compréhension de la mise en place de la personnalité, du moi de ces sujets, étudiants en médecine militaires ; mais aussi à travers cette construction psychique débutante chercher quels pourraient être les soubassements de la « maladie du médecin », son mode d'installation mais aussi ses facteurs déclenchants.

Nous nous efforcerons donc d'éclairer ce que sont ces jeunes gens, en particulier quels sont leurs antécédents, mais aussi leur mode de vie et leurs symptômes.

Intéressons-nous en premier lieu aux données de l'interrogatoire et de l'anamnèse, observées sous un angle à dominante psychodynamique et philosophique.

1 Chapitre I : Antécédents personnels et familiaux

1.1 La constitution de l'idéal

Avant d'être médecin militaire, prédomine le « devenir médecin » ; cet élément est confirmé par la catégorisation centrale de notre théorie explicative (cf.tableau 44 et figure 14) ; c'est ce que rapporte cet étudiant : « au cours des études le côté militaire est très peu présent car on est baigné dans le médical... tout simplement parce qu'on n'a pas le temps et en plus les études se complexifient et s'alourdissent. »**[PART 28]**

Souvent ces enfants qui souhaitent devenir médecins ont été des « enfants sages », excellents[37] élèves voire premiers de classe depuis la toute petite enfance, remarqués à l'école pour leur sérieux scolaire. [PART4] : « j'ai toujours aimé travailler et j'ai toujours aimé beaucoup l'école en primaire je ne voulais pas aller en

[36] Péquignot H., initiation à la médecine, Paris, Masson, 1961

récréation, je voulais toujours travailler…. »: 60,4 % des étudiants de notre population ont obtenu une mention Très bien au baccalauréat [Tableau 12] ; les filles sont en tête avec 66,5% de mentions TB contre 47% pour les garçons ; 23,8% ont sauté une classe avant d'obtenir ce résultat [Tableau 13]

Cela étant, être un bon élève n'est pas forcément un indice fiable de bonne santé mentale ;Schmidt souligne la nécessité d'un espace de liberté pour le développement de la créativité et du moi de l'enfant, sous l'attention des parents mais sans leur intrusion permanente ; dans certaines configurations familiales, la réussite scolaire de l'enfant occupe une telle place centrale, maintenant l'enfant dans une position passive, sans possibilité d'expression de sa personnalité propre, ce qui est pour lui source d'anxiété et potentiellement d'effondrement ultérieur tant les motions pulsionnelles ont été maintenues clivées, occasionnant parfois un fonctionnement en faux self. [SCHMIDT, 2003]

G.Bleandonou nous apporte une approche psychanalytique des enfants doués **[Bleandonu G., 2006]** en insistant sur le fait que la « douance » peut être le signe de capacités naturelles mais parfois aussi d'un « forçage », terme qui désigne en botanique la culture des plantes que l'on fait pousser en dehors de leur milieu ou de leur saison naturelle.: « les enfants auxquels on ne laisse aucune autonomie dans leur domaine de prédilection cessent de poursuivre l'excellence dès qu'ils peuvent se soustraire à l'emprise parentale » ; de la même façon, même si elle la favorise, cette réussite initiale ne présage en rien de la réussite ultérieure dans les études [Miller K,2009], [Kim KJ, 2012]

Dans le domaine médical, Maranda et Al.[38] montrent dans la troisième partie de leur ouvrage comment l'identité des médecins se constitue pendant toute la vie des individus à partir d'une construction idéologique fondée sur le culte du succès." Depuis l'école c'est l'apprentissage de la culture de l'endurance qui est à l'œuvre" (page 58), culture alimentée par le prestige d'une profession valorisée et utile. » C'est un constat fait dans de nombreux pays où les jeunes apprentis médecins sont parfois repérés, triés, motivés, formés à la science médicale le plus tôt possible [Van Der Meer JW, 2005]

Ces enfants, souvent hyper adaptés aux exigences de l'école et aux attentes de leurs parents mettent alors en place progressivement un **«** idéal du moi médical » ;

Arrêtons-nous un instant sur ce concept, qui nous apparait particulièrement éclairant en clinique :

Le concept d'idéal du moi, ou « Ich idéal » apparait pour la première fois en 1914 dans l'article de Freud intitulé « Pour introduire le narcissisme » dans le recueil La vie sexuelle. ([Freud, 1914] Freud décrit l'idéal comme une formation intrapsychique qui vient se placer à côté du moi auquel celui-ci se mesure, et qui permet de mettre en lumière l'écart existant entre ce que le sujet a, ce qu'il a réalisé, et ce qu'il voudrait être, avoir et accomplir ; Pour Freud l'origine de l'idéal du moi est narcissique, il en donne une explication p 98 : « c'est à ce moi idéal que s'adresse maintenant l'amour de soi dont jouissait dans l'enfance le moi réel... (L'homme) ne veut pas se passer de la perfection narcissique de son enfance... »... s'il n'a pas pu la maintenir, car, pendant son développement, les réprimandes des autres l'ont troublé et son propre jugement s'est éveillé, il cherche à la regagner sous la nouvelle forme de l'idéal du moi. Ce qu'il projette devant lui comme son idéal est le substitut du narcissisme perdu de son enfance."

Entièrement dépendant de l'objet primaire, l'être humain étant incapable de subvenir à ses propres besoins dès la naissance, c'est l'objet qui constitue le premier idéal du moi, prenant son origine dans la projection de la toute-puissance narcissique primitive. Le renoncement à la toute-puissance est rendu possible grâce au

[38] MARANDA, M.F., M.A. Gilbert, L. St-Arnaud et M. Vézina (2006).La détresse des médecins: un appel au changement. PUL, 152 p

déplacement du narcissisme primaire vers l'idéal du moi, dans un processus fondamentalement spécifique à l'être humain puisqu'il l'empêche de répondre à autre chose qu'à la seule_satisfaction pulsionnelle. C'est grâce à cet écart qui subsiste entre le moi et l'idéal du moi que sont possibles les acquisitions de l'évolution. Dans leur vocabulaire de la psychanalyse [39] J. Laplanche et J. B. Pontalis notent que l'idéal du moi serait pour Freud "l'instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leur substitut et aux idéaux collectifs. Pour Freud, l'idéal du moi représente un progrès supplémentaire dans le développement du moi- désignant les représentations culturelles, sociales, les impératifs tels qu'ils sont transmis par les parents. Dans le texte de 1914,Freud écrit : « si l'on considère l'attitude de parents tendres envers leurs enfants, on est obligé d'y reconnaître la reviviscence et la reproduction de leur propre narcissisme qu'ils ont depuis longtemps abandonné ». [40]

Sans encore utiliser le terme de surmoi caractéristique de la deuxième topique, Freud parle d'une instance psychique particulière qui aurait pour fonction la tâche suivante [41]: « veiller à ce que soit assurée la satisfaction narcissique provenant de l'idéal du moi, et qui, dans cette intention, observe sans cesse le moi actuel et le mesure à l'idéal ». Il propose d'identifier cette instance à la conscience morale ; par contre dans l'essai intitulé « le moi et le ca », Freud ne fait pas encore de distinction entre surmoi et idéal du moi, pour lui le surmoi englobe la fonction de l'idéal en plus d'être une fonction interdictrice [42]. Pendant une dizaine d'années, « surmoi » et « idéal du moi » ne seront pas deux entités distinctes pour Freud. En effet, Freud mentionne pour la première fois le surmoi (Über-Ich) dans son article «Le Moi et le ça », de 1923, et il n'établit une claire distinction par rapport à l'idéal du moi que dans Les nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, précisément dans la 21° Conférence : bien que cette instance soit toujours rattachée au surmoi ; il identifie ce dernier comme :"Le porteur de l'idéal du moi, auquel le moi se mesure, à quoi il aspire, dont il s'efforce de satisfaire la revendication d'un perfectionnement toujours plus avancé."[43] [Freud, 1933]

Pour résumer la pensée freudienne, l'idéal du moi constitue en tant qu'instance différenciée un modèle auquel le sujet cherche à se conformer, correspondant à des exigences extérieures. Le surmoi aurait davantage pour le sujet valeur de juge, même si l'idéal du moi serait surtout un substitut du narcissisme infantile perdu - l'héritier du narcissisme primaire - alors que le surmoi serait l'héritier du complexe d'Œdipe. l'investissement scolaire étant corrélé à l'intensité de la sublimation de la pulsion œdipienne, à l'effacement du réveil pulsionnel de la puberté et au surinvestissement d'une l'activité intellectuelle, les résultats de notre recherche évoquent d'emblée chez la plupart de ces enfants un idéal du moi très développé, au regard d'un surmoi particulièrement sévère ; nous y reviendrons dans la suite de cet exposé.

[39] Paris, PUF, 1967
[40] p.99
[41] id.p.99
[42] p91
[43] ibid p91

1.2 Différentes modalités de l'idéal médical

1.2.1 Un idéal vocationnel prééminent

La vocation à devenir médecin concerne plus de 69 % des étudiants de notre population (Tableau 14) Au cours des entretiens de recherche, la thématique de l'idéal est mise en évidence très fréquemment (cf tableau 44)

Voici ce qu'évoquent deux étudiants par rapport à la question de la vocation et de l'idéal [PART6] :

*« **FR :** Comment avez-vous connu l'école de santé?*

***PART 6 :** Moi j'ai connu l'école de santé par une amie de ma mère dont la fille était déjà à santé navale, j'avoue que je n'avais jamais vu l'école, je ne connaissais pas trop le contexte, je m'étais fait une idée par rapport aux médecins militaires qui faisaient des missions humanitaires... des mission humaines mais aussi on va dire des missions patriotiques; mais comme je n'avais personne dans le milieu du service de santé, j'avais plutôt une image du métier et je n'en voyais pas forcément la réalité et ça on le découvre quand on arrive à l'école ; c'était mon idéal à moi !*

***FR :** Pourquoi vous êtes-vous lancée dans cette filière ?*

***PART 6 :** En fait de je voulais faire médecine et je me suis dit que le métier de médecin militaire me donnerait pas mal de casquettes factuelles mais aussi peut être un peu de piment dans les activités... »*

Cet autre étudiant nous précise « j'avais l'impression que ça me donnerait la possibilité de faire de la médecine générale autrement, ailleurs que dans un cabinet de ville... » [PART19]

Selon la définition du dictionnaire Larousse, la vocation est la destination d'un être, ce vers quoi sa nature ou le destin semblent l'appeler, une inclination ou un penchant particulier pour un certain genre de vie ; d'un point de vue théologique ce serait aussi l'acte par lequel Dieu prédestine tout homme à un rôle déterminé qui constitue sa fin personnelle.

Dans sa thèse de philosophie, LE TAILLENDIER pense que ceux qui se sentent « faits pour ça » depuis l'enfance ne sont pas très nombreux. [**LE TAILLENDIER, 2015]** Les médecins qui « se consacrent » corps et âme à leur métier ne le sont pas plus. En témoignent les déserts médicaux de nombreuses régions françaises, où les patients mettent parfois des mois à obtenir un rendez-vous spécialisé et font plusieurs dizaines de kilomètres pour rencontrer un médecin généraliste débordé et vieillissant. [**BLOY G.,2010]** Certains seraient encore des « passionnés », mais l'investissement personnel et le don de soi serait selon ces auteurs de plus en plus rares, et même si la filière médicale reste de nos jours l'une des plus convoitées dans les affectations post-baccalauréat, l'heure n'est plus où la profession qui serait le tout de la vie, et les praticiens souhaitant travailler en groupe et bénéficier d'une temporalité d'existence plus régulière que leurs ainés.

La vocation médicale serait-elle donc réservée à une élite, à quelques élus et les étudiants en médecine militaires ne font-ils pas figure d'exception dans un monde où la vocation serait en berne ?

Faisons d'abord un petit détour historique pour mieux appréhender comment a évolué la vocation médicale au fil des âges : A partir du 19e siècle, même si les progrès de la science sont déjà conséquents, l'influence de l'église reste très marquée : la vocation médicale est alors présentée aux jeunes étudiants en médecine comme issue du modèle clérical et les professionnels de l'époque assimilent assez facilement les deux sacerdoces [**GUILLEMAIN** H., 2009] Dans le médecin de campagne, Balzac écrit en 1833: " le médecin à cheval, le corps penché, la tête inclinée pour résister plus aisément à la tourmente, parcourt silencieusement les campagnes désertes avec dieu seul pour témoin de son sacrifice et de ses labeurs.". Dans la deuxième moitié du 19e siècle, ce discours religieux sur la vocation médicale faiblit en intensité, les médecins demandant à ne plus être considérés comme des missionnaires laïques, taillables et corvéables à merci, à rentrer dans le droit commun et à ce qu'on envisage leur profession non comme un sacerdoce mais comme une profession ordinaire, ayant ses exigences et méritant un salaire. Ce n'est plus alors le médecin de campagne de Balzac mais plutôt le docteur Pascal d'Emile Zola qui se dessine. A la fin du 19e siècle et au début du 20e, la tradition de la vocation médicale perdure, même si la dimension sacerdotale s'affaiblit. Le concept même de « vocation » renvoie à ce passé religieux dont la profession ne veut plus faire mémoire. L'appel de la Bible est une voix divine, la consécration s'adresse aux prêtres et aux religieux qui se donnent à Dieu. Cette période est marquée en parallèle par une véritable révolution scientifique : les découvertes de Pasteur apportent enfin la preuve matérielle de l'existence des germes sans lesquels aucune maladie infectieuse ne saurait surgir; le monopole médical de la guérison s'affirme progressivement. En parallèle et à partir des années 1870, un service médical de nuit apparaît à Paris puis dans les grandes villes de France. Il faudra cependant attendre le milieu du 20e siècle, pour assister à la généralisation des gardes de nuit dans l'ensemble de la France notamment dans les campagnes. [**LOUVEL K., 2008**]La professionnalisation et la technicisation contribue ainsi progressivement à la confiance accrue des patients dans l'efficacité thérapeutique des médecins et finalement à un affaiblissement progressif de sa dimension sacerdotale et religieuse.

Même s'il existe un changement de forme, nous pensons comme [**LE TAILLENDIER, 2015]** que cet idéal de vocation médicale pourrait être une évolution de la vocation religieuse ; car il n'est pas sans rappeler l'idéal de perfection de l'argument ontologique : la perfection attribuée à Dieu a été utilisée pour démontrer comme argument de son existence : dès le XI ème Siècle **Saint Anselme**[44] avance que tout homme possède l'idée d'une chose dont rien ne peut être pensé plus grand. Pour lui, si l'on ne peut avoir aucune intuition de ce qui correspond à l'idée de Dieu alors on peut supposer que l'idée de Dieu correspond à un existant (quelque chose qui existe). **Saint Thomas d'Aquin**[45] reprend ensuite cet argument et **René Descartes** [46] affirme « […] je ne puis concevoir Dieu sans existence, il s'ensuit que l'existence est inséparable de lui, et partant qu'il existe véritablement: non pas que ma pensée puisse faire que cela soit de la sorte, et qu'elle impose aux choses aucune nécessité ; mais, au contraire, parce que la nécessité de la chose même, à savoir de l'existence de Dieu, détermine ma pensée à le concevoir de cette façon. »

C'est donc bien sur ces fondements historiques imprégnant notre culture occidentale -même si de nombreux philosophes, en particulier Kant- ont présenté différents arguments de réfutation, que l'idéal de la perfection médicale peut se mettre en place, cet état d'accomplissement moral et spirituel auquel l'être humain serait destiné, état de liberté totale et de félicité absolue auquel l'homme ne pourrait accéder que par un travail constant sur sa pensée, ses paroles et ses comportements. Cet idéal de perfection se construit parfois au

[44] Saint Anselme, Proslogion, trad. B. Pautrat, Garnier Flammarion, 1993
[45] Thomas d'Aquin, Somme théologique, les Éditions du Cerf, 1999
[46] René Descartes, Méditations métaphysiques, GF Flammarion, 1992.

détriment de la personnalité authentique: certains sujets mettent en place un « faux -self » mécanisme de défense qui s'établit sur la base d'identifications et qui vise à protéger le « vrai self ». L'individu peut, par sa réussite scolaire et académique, aborder autrui et cacher sa vraie personnalité ; il se construit une personnalité « conforme » aux attentes familiales et sociétales. Intégrant très tôt les idéaux parentaux, l'enfant accueille en lui en quelque sorte en lui en quelque sorte une « greffe d'inconscient » des aspirations de ses parents, fondée sur le Don[47] par ceci de leur désir : « Tu seras médecin mon fils ». Ce Don devient alors une dette à honorer à l'égard des parents. A plusieurs reprises dans son œuvre, Lacan a mis en perspective ces deux notions du Don et de la dette d'un point de vue anthropologique et clinique comme deux termes corrélés voir synonymes et articulés avec la genèse du surmoi : Le surmoi s'inscrit comme sujet héritier, en particulier dans le séminaire *la relation d'objet*, il dit : « Autrement dit (...) derrière ce que [l'homme] donne il y a tout ce qui lui manque - Ce qui fait le don, c'est que le sujet sacrifie au-delà de ce qu'il a. »

1.2.2 D'autres modalités de l'idéal : altruisme et dévouement

Dans notre étude**,** plus de 60 pour 100 des étudiants (sans différence significatives entre les hommes et les femmes) considéraient l'altruisme et le dévouement comme les compétences les plus importantes pour devenir médecin… **(Figure 4)**

le mot altruisme provient du latin « alter » signifiant « autre » et désigne le souci désintéressé du bien d'autrui[48] ; le terme est employé pour la première fois en 1852 par Auguste Comte [DIXON T. 2012] dans le *Système de politique positive* : « vivre pour autrui, devient ainsi le résumé naturel de toute la morale positive, dont la biologie doit déjà ébaucher le principe universel, mieux dégagé alors des diverses influences perturbatrices ».

C'est bien cette définition que reprend le serment d'Hippocrate, véritable postulat de l'altruisme médical et dont voici quelques extraits issus du texte le plus récent proposé en 2012 par le conseil de l'ordre des médecins [**ANNEXE**] :

« [...] Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. [...]

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. [...]

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. [...]

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

[47] Séminaire de Jacques Lacan, *la relation d'objet, 1956*
[48] Définition du dictionnaire de Français Larousse

L'étymologie[49] du mot « dévouement », n'est pas très éloignée du mot vocation, mais aussi dévotion. A l'origine, Il s'agissait du fait de vouer aux dieux quelqu'un ou quelque chose en tant que victime expiatoire et par analogie le fait de sacrifier sa vie, de consacrer son existence à une cause, à une œuvre qui demande le don total de soi, ce qui n'est pas sans rappeler le dévouement à la patrie présent dans l'engagement militaire. Par extension c'est aussi une Disposition à servir, une aptitude à se dévouer avec plus ou moins d'abnégation. On Soigne donc un patient avec dévouement

« C'est dans l'action, dans le don de soi, dans l'abnégation et le dévouement, qu'on trouve la vraie récompense, la santé physique et morale, le véritable bonheur ». [50] Dit Martin du Gard

Il y aurait donc dans ce Don de soi la promesse du bonheur de la félicité et de la santé pour soi-même et pour les autres, ce qui permettrait en somme d'atteindre La perfection suprême renvoyant ici de nouveau à l'argument ontologique.

Pour autant, ces données viennent à l'encontre de l'interprétation égoïste des conduites humaines qui tient une place prédominante dans tous les domaines de la psychologie et de l'anthropologie modernes depuis plus de trois siècles [**DESCHAMPS J-F., 2012**]. Les moralistes du 17e siècle utilisaient déjà l'argument selon lequel l'altruisme authentique est difficile à imaginer au vu de la seule conduite extérieure des individus. C'est ainsi qu'ils montraient l'impossibilité d'apporter la preuve de conduites authentiquement désintéressées. La conception de l'homme comme un individu calculateur qui cherche en toutes circonstances à maximiser la satisfaction de ses intérêts ou à promouvoir ses préférences constitue aussi le paradigme prédominant dans les sciences humaines contemporaines, particulièrement en psychologie, en sociologie et en économie. L'égoïsme est l'axiome fondamental de toute tentative de compréhension des conduites humaines. De la même manière les théories du lien social[51] admettent un principe fondamental : la satisfaction de nos propres intérêts sous-tend toute action fut-elle en apparence la plus désintéressée possible. En parallèle, John Rawls, [**RAWLS J., 1971**] dans sa théorie de la justice, fait état d'un contrat entre des individus mutuellement indifférents les uns aux autres. L'anticipation de récompenses, personnelles ou sociales, le désir d'échapper aux condamnations de notre conscience ou de celle d'autrui, ou encore la volonté d'éviter les sentiments d'anxiété que produit le spectacle de la détresse sont présentés comme des raisons véritables et le but ultime de conduites qui ont l'apparence de l'altruisme mais dont la nature est en réalité égoïste.[**TERESTCHENKO,2004**] Ainsi selon l'égoïsme psychologique, il n'existe aucun comportement fut- il apparemment désintéressé et altruiste qui ne puisse ultimement être rapporté à l'intérêt ou bénéfice du sujet

Dès lors, pourquoi et en quoi le jeune médecin militaire échapperait-il à cette « règle» de l'égoïsme psychologique? Ne serait-il pas simplement influencé par la soif du gain, la reconnaissance sociale ou la recherche de la gloire?

Plusieurs études concernant l'existence d'un véritable altruisme ont alimenté le débat en psychologie sociale durant les trois dernières décennies. En particulier, C.D. Batson a pu montrer qu'il existe un véritable altruisme. [BATSON, 1989] Dans son modèle que nous transposons à l'acte médical visant à guérir le patient, Batson ne conteste nie la réalité ni l'importance des motivations égoïstes, mais il fait place à une voix complémentaire, dans laquelle la perception du besoin d'autrui suscite une réponse émotionnelle de

[49] Centre national des ressources textuelles et lexicales (CNRTL)
[50] Martin du Gard, Jean Barois, 1913, p. 224.
[51] Guchet Xavier, « Théorie du lien social, technologie et philosophie : Simondon lecteur de Merleau-Ponty. », *Les Études philosophiques* 2/2001 (n° 57), p. 219-237

préoccupation empathique, cette réponse entraînant une motivation altruiste à diminuer le problème de l'autre personne, cette dernière se traduisant par une aide visant à être efficace. De même, des travaux plus récents [DESCHAMPS, 2012] - réalisés à partir d'une mesure des activités de bénévolat – complètent le modèle de Batson en suggérant qu'il pourrait exister un altruisme authentique fondé sur des valeurs personnelles.

Ces valeurs, définies selon Rokeach (1973, p.5) en tant qu'entités intrapsychiques et qu'il convient de distinguer des valeurs socioculturelles, mises en avant par certaines institutions ou les médias, comme « une croyance qu'un certain type de comportement est à privilégier », ont été regroupées dans la théorie de Schwartz dont les données obtenues ont été recueillies entre 1988 et 2002 dans 233 échantillons de 68 pays appartenant à tous les continents et validées de manière empirique[Schwartz, 2006]. Il s'agit d'un système de 10 grandes catégories ou valeurs-types fondamentales : autonomie, stimulation, hédonisme, réussite, pouvoir, sécurité, conformité, tradition, universalisme et bienveillance, qui décrit en outre les relations de compatibilité et d'antagonisme que ces valeurs entretiennent les unes avec les autres, en d'autres termes la structure des valeurs. Cette structure provient du fait que lorsque l'on agit selon une valeur, quelle qu'elle soit, cela a des conséquences qui entrent en conflit avec certaines valeurs et sont compatibles avec d'autres. Par exemple, la recherche de la réussite entre la plupart du temps en conflit avec les valeurs de bienveillance.

En effet, la quête du succès personnel a tendance à entraver les actions visant à améliorer le bien-être de ceux qui auraient besoin de notre aide. Mais rechercher à la fois la réussite et le pouvoir est généralement compatible. La quête de la réussite personnelle a tendance à renforcer et à être renforcée par des actions destinées à conforter la position sociale du sujet et son autorité sur les autres. Dans le même sens, les valeurs de tradition sont compatibles avec les valeurs de conformité. Toutes deux impliquent que l'on réponde à des attentes extérieures. On voit bien que cette théorie récente de psychologie sociale rejoint les concepts de l'idéal du moi et du surmoi telles que les a présentés Freud en début de 20e siècle.. Plus récemment encore, le philosophe et essayiste V. CESPEDES s'interroge sur la question de l'idéal social : près de 28 % des sujets de notre étude avaient voulu faire médecine pour avoir une belle carrière et un bon salaire (figure 2). L'ambition serait-elle alors forcément égoïste ? Je cite ici Vincent CESPEDES [CESPEDES V. 2013] :« Le mot « ambition » est philosophiquement excitant. Il glace d'effroi façon danger, et brûle vif façon désir. Il terrifie et il fascine. Il évoque pêle-mêle les conquérants sanguinaires de la guerre et les grands visionnaires de la paix ; les courtisans du Prince, s'arrachant des miettes de pouvoir, et les courtisans au cœur pur, en quête du Baiser. Il fusionne la morale et la géopolitique, la mégalomanie des hauteurs et la stratégie des profondeurs, la folie et l'intelligence extrêmes, la liberté et le destin. Il donne le vertige – Icare plongeant aveuglément dans le Soleil. Il donne la nausée – came infâme des âmes monstrueuses. Mais il donne aussi un courage et une persévérance inouïs, de la suite dans les idées et les actes, un irrépressible espoir qui force l'admiration »

Comme le rappelle le mythe d'Icare, y aurait-il un danger dans l'ambition démesurée, quel serait le prix à payer, l'enjeu psychique de cette réussite sociale et personnelle ?

1.3 Le concept de surmoi culturel

De même qu'on peut rendre compte du sérieux scolaire par la sévérité du surmoi de l'enfant, liée à l'intensité de la sublimation de la pulsion œdipienne, de même, la fascination pour la médecine, (le concours de l'internat a été institué comme pour les Grandes Écoles et les lycées d'excellence par Napoléon en 1802),

le prestige social qu'on lui attache, pourrait s'expliquer par le concept freudien de surmoi culturel. Ce concept démontre comment les cultures exigent de l'individu un renoncement pulsionnel toujours plus grand et des idéaux de plus en plus élevés. Les civilisations, selon Freud, se construisent sur le même modèle que l'individu [Freud, 1929]: les crises historiques traversées laissent pour séquelles une identification aux personnes tuées. Les Grandes Écoles dont fait partie l'École de Santé de Lyon ont été créées au décours de la Révolution Française, qui a aboli la noblesse d'Ancien Régime. L'élaboration du traumatisme collectif s'est ainsi traduite par la création d'une nouvelle aristocratie, fondée sur le mérite. Entrer en médecine aurait selon nous une forte valeur symbolique, de l'ordre de la destinée, du désir d'appartenance à cette noblesse d'État, pour consolider le mythe familial ou le réparer de ses échecs.

Dans Malaise dans la civilisation, Freud énonce deux origines du surmoi : surmoi d'origine parentale et Kultur- Überich, surmoi culturel, surmoi civilisationnel qui a une double portée, à la fois interdicteur et protecteur : « La culture maîtrise donc le dangereux plaisir–désir d'agression de l'individu en affaiblissant ce dernier, en le désarmant et en le faisant surveiller par une instance située à l'intérieur de lui- même, comme par une garnison occupant une ville conquise » [Freud,1929]

Au cours de sa conférence, « La décomposition de la personnalité psychique »,[52] Freud affine la notion de Surmoi collectif qui se détache des objets parentaux primaires pour s'accorder à une éthique culturelle. "Au cours du développement, le Surmoi adopte aussi les influences des personnes qui ont pris la place des parents, donc des éducateurs, des maîtres, des modèles idéaux. Il s'éloigne normalement de plus en plus des individus parentaux originaires, il devient pour ainsi dire plus impersonnel [53].

La notion de Surmoi culturel repose sur l'hypothèse phylogénétique de l'individu : « L'humanité ne vit pas entièrement dans le présent ; dans les idéologies du Surmoi, le passé continue à vivre, la tradition de la race et du peuple, qui ne cède que lentement la place aux influences du présent, aux nouvelles modifications : aussi longtemps que passé et tradition agissent à travers le Surmoi, ils jouent dans la vie humaine un rôle puissant, indépendant des conditions économiques ». Cette portée phylogénétique, prisée par Freud, participe d'une vision du développement de la psyché individuelle en parallèle avec l'histoire de la civilisation. Le Surmoi culturel de Freud reposerait donc sur l'hypothèse d'une mémoire phylogénétique de l'individu.

De même, pour Philippe Gutton, la famille est aussi le parangon initial du collectif *:* « Le résultat du travail de l'enfance est d'abord le surmoi, travail essentiellement intersubjectal parent–enfant dans lequel on devrait inclure… le surmoi groupal en particulier familial ». [Gutton, 2002] ; le Surmoi est ainsi mandant de l'altérité parentale au cours de l'enfance, c'est une instance porteuse plus particulièrement de l'autre en soi, des autres en soi.

« A contrario, le sujet qui rencontrera des difficultés au niveau de l'installation et de l'internalisation du Surmoi, connaîtra des déboires quant à la possibilité de témoigner à ses pairs de ses vertus et humanités [54] ». Ainsi Surmoi individuel et valeur culturelle ne sont pas dans des rapports étanches qui les isolent l'un l'autre ; ils se stimulent mutuellement et potentialisent les forces qui les animent[55] "écrit A. Green s'appuyant sur les pensées développées par Cornelius Castoriadis dans *Les figures du pensable*. Effectivement C. Castoriadis fait part des difficultés que rencontre la psyché dans son parcours de

[52] Freud, 1933, Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, 1984, p 80 – 110
[53] Freud, 1933, Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, 1984, p 90

[54]Les carrefours du labyrinthe, Tome 6 : Figures du pensable (Ed Poche) de Cornelius Castoriadis p 102
[55] Idem p 224

socialisation. Face à cette souffrance provoquée par la socialisation, la psyché cherchera toujours à retrouver un idéal monadique connu au premier temps de sa vie. C'est dans l'extension à une communauté, groupe, clan, nation, que la clôture initiale permettra un retour à la toute–puissance perdue de la monade psychique : nous citons « Les tendances destructrices des individus s'accordent admirablement à la quasi-nécessité pour l'institution de la société de se clore, de renforcer la position de ses propres lois, valeurs, règles, significations comme uniques dans leur excellence et les seules vraies, par l'affirmation que les lois, les croyances, les dieux, les normes, les coutumes des autres sont inférieurs, faux, mauvais, abominables, diaboliques. Et cela à son tour est en harmonie complète avec les besoins de l'organisation identificatoire de la psyché de l'individu. Car, pour celle-ci, tout ce qui se trouve au-delà du cercle des significations qu'elle a si péniblement investies au long de son chemin vers la socialisation est faux, mauvais, a-sensé [56] ».

Cette assertion démontre la fragilité du Surmoi individuel qui résiste mal aux contaminations collectives et familiales. Se départir d'un Surmoi culturel porterait à mal la psyché individuelle au point de conduire à un défaut d'identification à l'humanité.

1.4 Des mécanismes identificatoires

Dans notre étude plus de 32% des étudiants déclarent qu'un processus identificatoire a été déterminant dans le choix de la carrière médicale car « ils ont rencontré quelqu'un qui leur a servi de modèle » (tableau 14) ; Au cours des entretiens de recherche, la thématique de l'identification est aussi apparue centrale également (annexe)

Pour autant, l'identification semble peu opérer dans le cercle familial proche car seulement 14 % des étudiants ont eu un ascendant médecin au premier ou deuxième degré.

1.4.1 Définition freudienne du concept d'identification

Nous allons approfondir à partir des écrits Freudiens la notion d'identification dans son articulation à la formation du moi du jeune médecin. Nous appuierons notre propos essentiellement sur le chapitre VII de psychologie des foules et analyse du moi [Freud, 1921], et sur l'enseignement de Jean-Daniel Nasio des concepts cruciaux de la psychanalyse. [Nasio J.D., 1988]

On le sait, l'état de fusion narcissique primitive dans lequel vit le fœtus in utero persiste un certain temps après la naissance mais ne résiste pas longtemps à l'épreuve de réalité. C'est ainsi que les instances psychiques se différencient tandis que l'enfant acquiert les fonctions du moi. L'identification peut-être un des premiers mécanismes de constitution du « moi médecin » sur le modèle de l'autre. Lorsqu'il est employé couramment dans le langage commun, ce terme désigne la relation entre deux personnes différentes liées par rapport d'identification selon lequel la première personne, déjà bien individualisée, adoptera progressivement les traits de la seconde. La psychanalyse a permis de proposer une appréhension radicalement opposée de la compréhension de la relation identificatoire, que nous allons détailler et qui

[56] ibid p 190

nous permettra du point de vue freudien de mieux comprendre l'édification du « moi médecin ».

En guise de préalable, distinguons avant tout l'identification de l'imitation, comme l'écrit Freud en 1899 : « l'identification n'est donc pas simple imitation, mais appropriation à cause d'une étiologie identique ; elle exprime un tout comme si et a trait à une communauté qui persiste dans l'inconscient. »[**FREUD, 1899**] Les enfants qui « jouent souvent au docteur » dans la petite enfance ne deviendront donc pas forcement médecins à l'âge adulte, il s'agit avant tout d'une découverte du corps, notamment dans la dimension de la découverte sexuelle. En l'occurrence, les enfants reproduisent aussi des rôles d'adultes qu'ils connaissent et le médecin occupe une place toute particulière auprès de l'enfant, notamment parce que ses parents le respectent et l'écoutent. C'est alors intégrer dans leur jeu une des situations les plus signifiantes qu'ils voient pratiquer par les adultes [**CLAVREUL J.**, 1978[57]]

Freud a détaillé ce terme plus avant dans Psychanalyse des masses et analyse du moi [Freud, 1921], entamant son chapitre 7 portant sur « l'identification » [58] : Le moi se constitue sur le modèle de l'autre, par le processus de l'assimilation par le moi d'un trait ou de la totalité d'un autre." Loin de relier deux individus distincts, l'un devenant l'autre, l'identification se produit au contraire dans l'espace psychique d'un seul et même individu. La modification freudienne du schéma habituel de l'identification porte donc sur un point essentiel : l'espace où se trouve contenu le schéma"[J.D.Nasio, 1988]. L'identification a donc lieu seulement entre deux instances inconscientes, c'est un processus de transformation effectué au sein même de l'appareil psychique. Ainsi en clinique, le phénomène identificatoire est toujours indirectement perceptible et ne se présente pas à partir d'éléments de ressemblance ou de mimétisme. « *L'enjeu freudien de la mise en place de ce concept d'identification concerne précisément le processus inconscient accompli par le moi lorsque celui -ci se transforme en un aspect de l'objet* ». [J.D.Nasio, 1988].

1.4.2 La première identification totale du moi

La première identification totale du moi avec l'objet total, désignée dans l'œuvre de Freud sous le nom d'**identification primaire**, constitue une sorte de préalable mythique, une allégorie fondamentale de la façon dont se transmettraient de génération en génération, au-delà des limites des hommes, la force de la vie, la libido immortelle. L'objet total de cette identification primaire est le père mythique de la horde primitive que les fils dévoreront jusqu'à devenir chacun un père. Ainsi en 1913, Freud écrit dans Totem et Tabou [**FREUD,** 1913]: l'aïeul violent était certainement le modèle envié et redouté de chacun des membres de cette association fraternelle. Or, par l'acte de l'absorption, ils réalisaient leur identification avec lui, s'appropriaient chacun une partie de sa force. Dans Totem et Tabou, Freud a adopté à travers cette fiction théorique l'hypothèse Darwinienne de la horde primitive, voyant dans chaque individu la survivance de l'homme primitif de même que celle de la horde dans toute foule humaine : même si cette approche demeure essentiellement mythique, ne renvoyant à aucun fait clinique direct, on peut tenter de transposer cette hypothèse freudienne autant contestée que géniale à notre population d'étudiants en médecine militaires :

Dans ce premier type d'identification, antérieure à l'œdipe, le père fonctionne comme idéal et c'est l'expression première d'un lien affectif à une autre personne : citons Freud : « l'identification est connue de la psychanalyse comme la manifestation la plus précoce d'une liaison de sentiment à une autre personne. Elle joue un rôle dans la préhistoire du complexe d'Œdipe. Le petit garçon fait montre d'un intérêt particulier

[57] p. 100
[58] P. 167-174

pour son père, il voudrait et devenir et être [médecin ou militaire] comme lui, venir à sa place en tous points. Il fait du père son idéal. Ce comportement n'a rien à voir avec une position passive ou féminine envers le père (et envers l'homme en général)... Il se concilie très bien avec le complexe d'Œdipe qu'il aide à préparer... » Cette première forme d'identification ne relève ici pas de la pathologie mais se présente comme un processus originaire structurant[59]

1.4.3 L'identification partielle au trait de l'objet

Cette identification du moi à un trait bien discernable d'un être disparu auquel nous avons été profondément attachés peut se répéter tout au long de la vie avec le même détail de toute la série des objets aimés, désirés et perdus rencontrés au cours de l'existence. Dans la clinique, c'est comme si on s'identifiait avec tel ou tel détail toujours retrouvé dans chacun des partenaires rencontrés :

« L'identification a pris la place du choix d'objet et le choix d'objet a régressé jusqu'à l'identification » ; ici l'identification est seulement partielle et n'empreinte qu'un trait à l'autre. « Il est facile d'énoncer en une formule la différence entre une telle identification au père et un choix d'objet portant sur le père. Dans le premier cas le père est ce qu'on voudrait être, dans le second ce qu'on voudrait avoir. Et ce qui fait donc la différence, c'est que la liaison s'attaque au sujet ou à l'objet du moi. » Et Freud ajoute alors : « dans les circonstances de la formation de symptômes, donc du refoulement, et de la domination des mécanismes de l'inconscient, il arrive souvent que le choix d'objet redevienne identification, donc que le moi fasse siennes les propriétés de l'objet. » Autrement dit, l'attachement œdipien à l'objet reflue à cette forme primitive d'attachement plus narcissique, l'identification dans lequel le moi absorbe les propriétés de l'objet aimé.

Freud a également décrit un troisième type d'identification, qui pourrait être retenu de la constitution du moi médecin : dans cette modalité, quelque chose de commun est perçu avec un autre qui n'est pas l'objet des pulsions sexuelles. Alors l'identification est fondée sur la possibilité de se mettre dans une situation identique. Il peut s'agir par exemple d'une rencontre en lien avec le milieu médical au cours duquel « l'un des moi a perçu dans l'autre une analogie significative sur un point »; ainsi une interne éclate en sanglots à l'annonce du décès brutal de son patient ; un autre étudiant apprend la nouvelle alors qu'il travaille dans un autre service et manifeste la même réaction. Il se forme une identification sur ce point. Et, sous l'influence de la situation pathogène, cette identification se déplace, devenant le symptôme que l'un des moi a produit. L'identification par le symptôme devient ainsi l'indice d'un lieu de recouvrement des deux moi, qui doit être maintenu refoulé.

Pour conclure, on peut souligner le rôle essentiellement conservateur de l'identification dans le but de maintenir la relation à l'objet perdu, identification permettant le renoncement à l'objet tout en garantissant sa pérennité sous l'apparence de l'abandon et du détachement. Il s'agit d'une identification secondaire et partielle parce qu'elle suppose une modalité primaire et vient remplacer un investissement d'objet. Freud insiste sur son caractère partiel et emploie l'expression « einziger Zug » pour montrer que dans cette régression du choix d'objet à l'identification, la transformation du moi n'est que partielle et se fait sur la base du trait unique qui sert de support métaphorique ou métonymique au rapport affectif (haineux ou amoureux).

[59] Freud S. *chapitre VII de psychologie des masses et analyse du moi, PUF, p.42*

Ces différentes modalités pourraient être résumées par un aphorisme selon lequel sur le plan libidinal, « *l'objet que je ne peux avoir je le deviens* »

1.5 Des compétences scientifiques et humanistes

Il existait dans notre étude une différence importante pour ce qui concerne la nécessité évoquée de compétences scientifiques avec près de 45,6 % des réponses chez les hommes contre seulement 21,5 % chez les femmes (figure 4).

Chez les étudiantes, le dévouement et l'altruisme sont considérées comme des qualités plus importantes par rapport aux compétences scientifiques (28,5% des réponses dans chaque proposition), alors que chez les garçons les compétences scientifiques semblent s'inscrire en plus des qualités de dévouement et d'altruisme (figure 4).

Ces résultats interrogent en premier lieu la différence homme-femme dans l'appréhension scientifique de la médecine :

C'est donc le différentiel de la relation des hommes et des femmes à la scientificité de la médecine qu'il nous faut interroger, en particulier le rapport des femmes au savoir scientifique et médical.

De nombreux préjugés concernant les capacités scientifiques des femmes dominent encore, comme en témoigne une enquête récente[60] menée par la Fondation L'Oréal sur 5000 européens et montrant que pour 67% des Européens, les femmes n'ont pas les capacités requises pour la science de haut niveau. Les femmes souffriraient « d'un manque de persévérance, d'esprit rationnel, d'esprit pratique, de rigueur, d'esprit scientifique et d'esprit analytique ». « Seulement 10% des interrogés considèrent d'ailleurs que les femmes ont surtout des capacités pour la science ». Les Chinois ont des perceptions à peu près équivalentes. De fait, les femmes constituent généralement une minorité des chercheurs du monde[61]. Dans cette enquête, les femmes ne sont pas moins sexistes que les hommes lorsqu'il s'agit d'apprécier les aptitudes et les carences des membres de leur sexe ; elles se tournent donc naturellement vers un choix professionnel [Ferriman K, 2009] conforme à la philosophie morale dominante .

Dans le domaine du soin médical en particulier, on admet généralement que ce dernier comporte deux dimensions essentielles, correspondant en anglais à deux mots différents : *cure* et *care* [PACHOUD B., 2010]; Si ces deux termes peuvent être traduits en français par le mot soin, le *cure* correspond à l'acte thérapeutique visant à lutter contre la maladie et à contribuer à la guérison, tandis que le *care* renvoie plutôt à la notion de prendre soin et de l'attention portée à autrui. Ainsi, la plupart des praticiens masculins choisissent de préférence des spécialités orientées vers le « cure » telles que la chirurgie ou la réanimation, disciplines qui comportent de nombreux gestes curatifs et techniques alors que les femmes s'orientent préférentiellement vers des disciplines davantage tournées vers le Care comme la médecine du travail ou la Médecine générale[62]. Alors que la technicisation des actes de soin est croissante, il existe une tendance générale à déléguer les actes du Care à des catégories de personnel moins formés, parfois moins rétribués ou moins valorisés, ce qui pose implicitement la question de la valeur accordée aux actes du Care ; C'est précisément cette position morale qui a été critiquée depuis les années 80 notamment dans travaux de

[60] « Les femmes et la science : les préjugés ont la vie dure ». www. sciencesetavenir.fr"(consulté le 17 septembre 2015)
[61] BULLETIN D'INFORMATION DE L'ISU (Institut de statistiques de l'Unesco) NOVEMBRE 2015, N°34
[62] Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015 (statistiques INSEE, 2015)
cf. Tableau http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp consulté en ligne le 03/04/2016

Carole Gilligan [Gilligan, 1982] et de Joan TRONTO [Toronto, 1993] qui, à partir de considérations initialement féministes, ont remis en question l'idéologie et le rationalisme des postures éthiques dominantes en proposant une « éthique du Care » reconnue comme ayant une valeur équivalente aux théories utilitariste ou kantienne.

Nos résultats interrogent aussi et surtout l'épistémologie de la médecine : quelles relations la médecine entretiendrait-elle avec la scientificité ? La médecine est-elle une science et en d'autres termes, faut-il être absolument scientifique pour devenir médecin ? Ce débat est en réalité très ancien puisque les grecs distinguaient dans l'antiquité trois états possibles pour décrire une discipline : une simple pratique (empirera), un savoir-faire (techné), un savoir (épistémè). La médecine est longtemps demeurée une discipline empirique et technique, et c'est seulement à partir de la fin du 19e siècle qu'elle est devenue progressivement une science dite « expérimentale ». Claude Bernard, véritable fondateur de la médecine scientifique, écrit en 1865 dans les premières pages de son ouvrage « Introduction à l'étude de la médecine expérimentale »[63] : « la médecine scientifique ne peut se constituer, ainsi que les autres sciences, que par voie expérimentale, c'est-à-dire par l'application immédiate et rigoureuse du raisonnement aux faits que l'observation et l'expérimentation nous fournissent. La méthode expérimentale, considérée en elle-même, n'est rien autre chose qu'un raisonnement à l'aide duquel nous soumettons méthodiquement nos idées à l'expérience des faits. Le raisonnement est toujours le même, aussi bien dans les sciences qui étudient les êtres vivants que dans celles qui s'occupent des corps bruts. Mais, dans chaque genre de science, les phénomènes varient et présentent une complexité et des difficultés d'investigation qui leur sont propres. C'est ce qui fait que les principes de l'expérimentation, ainsi que nous le verrons plus tard, sont incomparablement plus difficiles à appliquer à la médecine et aux phénomènes des corps vivants qu'à la physique et aux phénomènes des corps bruts. Claude Bernard souligne d'emblée la difficulté d'appréhender la médecine uniquement selon des critères uniquement scientifiques ;

Pour autant, si l'on revient dans le monde contemporain, près de 98 pour 100 [64] des étudiants réussissant le concours de première année de médecine sont issus de terminale scientifique ; c'est aussi avec un baccalauréat de la Série S et une mention qu'on a le plus de chances de réussir en PACES[65] (1ère année commune aux études de santé). Les compétences scientifiques des étudiants sont un atout pour assimiler le programme essentiellement composé de sciences « fondamentales » (biologie, physique, chimie, pharmacologie…), de sciences médicales (anatomie, histologie, embryologie, physiologie…). Pendant les études de médecine, ce programme scientifique est prépondérant tandis que les sciences humaines comptent seulement pour quelques dizaines d'heures de cours dans l'ensemble de la scolarité au regard de plusieurs centaines dans les autres matières. [ANNEXE]Indéniablement, la médecine est une discipline qui entretient des rapports étroits avec la science. [66]De nos jours, la médecine fondée sur les preuves appelée communément « Evidence Based Medecine » ou EBM fonde la plupart des pratiques médicales occidentales, en appuyant la prévention et le traitement des maladies sur les preuves les plus solides possibles et non plus sur les constats, les préjugés, les habitudes des médecins. L'un des principaux apports de l'EBM consiste dans la hiérarchisation des niveaux de preuves, c'est à dire le classement du meilleur au moins bon des types de preuves de l'efficacité d'un traitement. De la même façon, les symptômes des maladies sont aussi pour la plupart parfaitement identifiés et regroupés en syndromes; les étudiants -avant de poser un diagnostic- doivent établir des scores de probabilité de telle ou telle maladie à partir de la constatation de tel ou tel symptôme et sont formés à ce type de raisonnement tout au long de leurs études ; les traitements quant à eux sont testés lors d'essais randomisés en « double aveugle » avant d'être autorisés à être mis sur le

[63] Introduction à l'étude de la médecine expérimentale, 1865.Réed. Champs, Flammarion
[64] Site de l'ONISEP, www.onisep.fr, consulté le O1 janvier 2015
[65] Site de l'université Paris V, 2015
[66] Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865), édition en ligne

marché et les prescripteurs doivent suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour prescrire l'une ou l'autre thérapeutique.

La médecine entre donc dans le schéma classique associant observation, hypothèse, expérience, théorie(ce qui est censé définir la scientificité) et tente d'interpréter de façon mécaniste le corps humain, réduit à un objet idéal que l'on peut à loisir démonter et recomposer grâce aux nouvelles techniques d'imagerie qui ne cessent de se perfectionner[POTIER, 2013]. La médecine occidentale contemporaine est donc une médecine fondée essentiellement sur des savoirs scientifiques.

Pour autant, cette médecine fondée sur les preuves, ne peut sans doute pas se réduire ou s'adosser à un savoir idéal, dont l'exactitude parfaite (dans le sens où le seraient les mathématiques) pencherait du côté de la seule rationalité, selon caricature excluant le sensible, l'imaginaire, l'inexactitude ; comme l'attestent les nombreux écrits de la littérature française et étrangère, on peut aussi être médecin et littéraire : Dès le 16e siècle dans Gargantua, François Rabelais, médecin et traducteur de textes médicaux, évoque le corps, la vie organique, ses fonctions naturelles d'alimentation à l'excrétion. Louis Ferdinand Céline, depuis sa plus tendre enfance, a aussi ressenti ce profond désir intérieur de soulager la souffrance des autres : « c'est que la vocation littéraire, je l'avais pas du tout. Je considérais le métier littéraire comme une chose tout à fait grossière, prétentieuse, imbécile (...) Alors que j'ai toujours eu la vocation médicale... Oh, profonde... ». [67]Autre exemple de la société occidentale contemporaine, les futurs étudiants en médecine de Kansas City dans le Missouri suivent d'abord un cursus de quatre années d'université avant de débuter leurs études médicales : lors de leur admission ils se voient remettre en cadeau de bienvenue un ouvrage intitulé « on Doctoring-Stories,Poems, Essays » (sur le soin) qui est une anthologie de textes littéraires traitant de la maladie, des soins, de la vie à la mort. Cet ouvrage contient des textes de Borges, de Kafka, de Tchekhov, de Pablo Neruda, de Conan Doyle, de la bible et de bien autres auteurs. Le responsable de cet enseignement explique que ce livre est offert aux étudiants : « parce que l'on apprend bien plus sur le soin dans la littérature que dans les *livres de pathologie où l'on n'apprend que la médecine » ;* plus proche de nous, un enseignement[68] en philosophie de la médecine est proposé depuis quelques années par Céline Lefève aux étudiants de la faculté de médecine Paris Diderot ; les objectifs sont multiples mais il s'agit avant tout pour d'inscrire les savoirs et pratiques de la médecine dans l'histoire sociale, des idées et des sciences, de les aider à comprendre l'évolution des conceptions de la santé et de la maladie et du statut du patient jusqu'à la période contemporaine, et enfin d'initier les étudiants aux corpus, concepts et méthodes propres aux sciences humaines

Dès l'introduction de sa thèse de philosophie, Georges Canguilhem remarque : « nous attendions précisément de la médecine une introduction à des problèmes humains concrets. La médecine nous apparaît et nous apparaît encore, comme une technique ou un art au carrefour de plusieurs sciences plutôt que comme une science proprement dite. » [69] Considérant donc la médecine non pas tant comme une science mais plus comme une technique d'instauration ou de restauration du normal, même si celle-ci peut utiliser des méthodes scientifiques.

Malgré l'emprise actuelle des sciences exactes, la médecine reste aussi un savoir-faire, une « technê **»,** dans le sens où le médecin par sa connaissance des sciences biologiques fondamentales serait en mesure d'agir avec efficacité sur l'humain tout comme l'ingénieur par sa connaissance des lois de la mécanique et de la physique calcule avec précision la trajectoire du satellite qu'il envoie en orbite. Le but du médecin n'est pas

[67] Entretien avec J. Guenot et J. Darribehaude in Cahiers Céline II, Paris, Gallimard, p. 177

[68] UFR de médecine Paris Diderot : UE 7: Santé, société, humanité : Module «Epistémologie, histoire et philosophie de la santé, des soins et des sciences» Responsable: Céline Lefève (MC, Département HPS)

[69] Canguilhem G., le Normal et le pathologique, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique »(1943), Paris, PUF, 2005 p.7

d'établir les lois de la biologie, mais de les reconnaître et de les utiliser ; le philosophe Michel Serres [SERRES, 2006] résume ainsi les aptitudes des praticiens de la médecine : « les médecins doivent développer et entretenir parallèlement deux têtes : l'une, scientifique, l'autre empirique. Cette exigence résulte de la nécessité de solliciter à la fois la raison et l'expérience, d'appréhender tout autant le général et le particulier, la notion stable et la mouvance de la singularité, la maladie et la personne souffrante ». C'est donc là précisément l'originalité de la démarche médicale car l'intersubjectivité entre le praticien et son patient lui donne une place à part dans le champ des sciences, constituant « l'immense problème de la philosophie médicale," de la structure du pathologique mariant l'objectivité et la subjectivité.

Canguilhem écrit encore à ce propos : « on peut pratiquer objectivement, c'est à dire impartialement, une recherche dont l'objet ne peut être conçu et construit sans rapport à une qualification positive et négative, dont l'objet n'est donc pas tant un fait qu'une valeur »[70].

Nous reviendrons sur cet aspect et développerons ce point fondamental dans la suite de notre travail

Conclusion

Ce chapitre - rédigé à travers un prisme historique, philosophique et psychanalytique - a permis d'esquisser la mise en place de la personnalité de ces jeunes médecins militaires ; leurs antécédents mettent en évidence la primauté de l'idéal dans ses dimensions vocationnelle et altruiste, au regard d'un surmoi individuel et culturel probablement très sévère ; finalement cet idéal serait peu éloigné de la perfection ontologique, cet état d'accomplissement moral et spirituel auquel l'être humain ne pourrait accéder que par un travail constant sur sa pensée et ses comportements.

Les processus identificatoires en majorité à distance du cercle familial proche sont aussi à l'œuvre de manière importante dans le développement du sujet, dans un rôle essentiellement conservateur afin de maintenir le lien à l'objet perdu ; les sujets masculins soulignent enfin davantage que les femmes la nécessité de compétences scientifiques pour apprendre et exercer la médecine, ce constat épistémologique nous a permis de commencer à appréhender l'originalité de l'art médical, occupant une place à part dans le champ des sciences par le mariage permanent de l'objectivité et de la subjectivité ; cette problématique sera développée dans la suite de ce travail ; pour continuer à mieux comprendre la configuration psychique de ces étudiants, nous allons aborder à présent dans un deuxième chapitre leur mode de vie tout au long du parcours académique.

[70] Canguilhem G., le Normal et le pathologique, « Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique »(1943), Paris, PUF, 2005 p.7

2 Chapitre II : Le mode de vie médical

« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse, le jugement difficile »

Hippocrate, Aphorismes, 1, Littré IV, p. 459

Même si les antécédents personnels sont à l'œuvre, « on ne nait pas médecin » et « on ne peut apprendre rapidement la médecine »[71] : Les études médicales sont classiquement considérées comme les plus longues et les plus difficiles ; la médecine doit s'apprendre pendant au minimum sur neuf années consécutives dans le cas d'un médecin généraliste, treize années dans certaines spécialités très techniques ; elles s'achèvent par la soutenance de la thèse de doctorat afin d'obtenir le titre de docteur en médecine et être autorisé à exercer; avant cela, un long chemin attend les étudiants, semé de plusieurs obstacles dont le concours de première année et celui de l'internat en 6eme année ; à travers la description détaillée du cursus académique et pratique, ce chapitre a pour but de donner une perspective globale du mode de vie des étudiants en médecine, commun à tous, civils ou militaires ; dans cette description, il s'agit de mettre en évidence la culture et les codes spécifiques du monde médical, mais aussi les particularités et conséquences de l'apprentissage de cette profession qui confronte inéluctablement le jeune adulte à la prise en charge des symptômes et de la maladie - mais aussi et surtout de l'être humain malade.

2.1 Une temporalité contrainte

2.1.1 Un cursus long et exigeant

« *on ne s'en rend pas compte tout de suite mais on a des études très longues, rythmées par des objectifs à court ou moyen termes que sont les examens ou les concours … les choses ont déjà beaucoup changé depuis le début de mes études il y a 9 ans,»[Part 14] « je ne suis pas sûr qu'à 18 ans on ait conscience de la longueur des études… moi mes 18 ans je ne les ai pas vu passer j'étais en train de travailler le concours de première année et ça a été pareil pour beaucoup d'autres moments où je n'ai pas pu partir en vacances avec les copains civils parce que j'étais de garde ou d'astreinte à l'hôpital … » [Part 15]« le plus difficile dans les études c'est qu'on n'en voit pas la fin… il n'y a pas de fin en fait, mais je crois que c'est la médecine en général …. la fin c'est quand on arrête et quand on voit à quel âge les médecins prennent leur retraite !... il y toujours autant de travail » [Part 7] Et cet autre étudiant rapporte : « Le plus difficile c'est que les études sont très longues ; on voit par exemple tous nos copains en écoles de commerce qui partent en stage et qui ont terminé leurs études alors que nous jusqu'en sixième année on est des rats de bibliothèque* » [Part 23]

[71] **Alexandre Klein**, « « On ne peut apprendre rapidement la médecine » », *Le Portique* [En ligne], 4-2007 | Soin et éducation (II), mis en ligne le 28 juin 2007, consulté le 16 avril 2016. URL : http://leportique.revues.org/1011

L'ensemble des étudiants interrogés est unanime : les études sont particulièrement longues et contraignantes : La PACES - première année commune aux études des santé -débute le cursus de médecine après le baccalauréat, cette année conduit les étudiants aux 4 filières médicales – médecine, dentaire (odontologie), pharmacie ou maïeutique (sage-femme) – au terme d'un concours très sélectif commun aux études de santé et son fameux numerus clausus. Ce terme latin correspond au nombre de places ouvertes à ce concours national, fixé annuellement, et conjointement, par les ministres de l'Enseignement supérieur et de la Santé. En 2016, 12945 places72 étaient mises en jeu… Le taux de réussite moyen dans les universités s'élève autour de 19 %73 mais varie beaucoup en fonction des universités. Chaque établissement se voit attribuer son propre numerus clausus, déterminé non pas en fonction des effectifs de la faculté mais selon les besoins en médecins de la région où l'étudiant effectue ses études. À effectif égal, certaines universités se révèlent donc plus sélectives que d'autres. Les étudiants militaires de l'école de santé sont tous inscrits pour leurs premiers et deuxièmes cycles à faculté de médecine de Lyon répartis à parts égales dans deux UFR Lyon sud et Lyon Est.

Si Les étudiants civils (tout comme les militaires qui suivent à la faculté un parcours strictement identique) assistent à un nombre raisonnable d'heures de cours par semaine au cours de la PACES, ils doivent fournir en revanche un travail personnel considérable ; le programme volumineux essentiellement composé de sciences « fondamentales » (biologie, physique, chimie, pharmacologie…), de sciences médicales (anatomie, histologie, embryologie, physiologie…) demande de nombreuses heures hebdomadaires de travail personnel.

Pour les étudiants militaires, dès la fin la fin du mois d'août les élèves de première année sont préparés pendant plus de dix jours à l'entrée dans le monde universitaire, à la réalité de la faculté : il s'agit de leur faire acquérir la méthodologie nécessaire pour réussir le concours et renforcer leurs connaissances dans certaines matières enseignées la faculté. Un soutien à cet enseignement universitaire est assuré ensuite au cours de l'année avec notamment la répétition des cours, des explications individualisées, des contrôles supplémentaires réalisés souvent le week-end, et aussi sur des examens blancs qui ont lieu à l'école, s'appuyant en première année sur des professeurs détachés de l'éducation nationale, puis dans les années supérieures sur des praticiens de toutes les disciplines du service de santé en ce qui concerne le soutien à la préparation à l'ECN.

Les critères de réussite en PACES

Ce soutien académique est efficace puisque plus de 50 % des élèves militaires réussissent le concours de première année d'études médicales dès la première tentative. [74] Pour autant, peu d'études à ce jour ont étudié les critères de réussite en PACES. L'université de Lorraine a réalisé en 2010 une étude sur la promotion d'étudiants ayant suivi la PACES avec pour objectif principal d'étudier le lien entre la réussite au concours et certaines conditions d'études.

Cette étude a concerné 2072 étudiants sur les 2234 inscrit en PACES en 2010-2011…

Les principaux résultats étaient les suivants :

La population de la PACES était majoritairement féminine (63,7%), pourtant les garçons étaient en moyenne mieux classés que les filles.

---

[72] Source http://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Les-etudes-medicales/Les-etudes-de-medecine consulté en ligne le 16 Janvier 2015

[73] Source http://www.letudiant.fr/examen/concours-sante/paces-le-classement-des-facs-de-medecine/classement-des-paces-ou-reussit-on-le-mieux-le-concours-de-medecine.html, consulté en ligne le 13/04/2016

[74] Source : direction des études de l'Ecole de Santé des armées de Lyon (2016)
L'école de Santé des armées ; http://www.esa.sante.defense.gouv.fr/(page consultée le 13/04/2015)

Les 2/3 des étudiants étaient primants c'est à dire inscrits pour la première fois en PACES (65,4%), mais ce sont les doublants/triplants qui avaient 2,2 fois plus de chance de figurer dans les admis au concours.

Près de la moitié des étudiants (49%) avaient un temps de trajet domicile-site d'étude raisonnable, compris entre 15 et 30 minutes. les résultats démontraient toutefois que le lieu d'étude n'impacte pas la réussite. En revanche, le type d'hébergement était un critère différenciateur. Les étudiants vivant en logement particulier (soit 52% des répondants) réussissaient, en moyenne, légèrement mieux que ceux domiciliés chez leurs parents ou familles et beaucoup mieux que ceux hébergés en résidences universitaires ou foyers.

Sans surprise, les dispositifs d'aide à la réussite (tutorat associatif, prépas privées) influaient donc le succès. Un étudiant inscrit dans aucune de ces formules n'avait donc aucune chance de se classer parmi les premiers. A l'inverse, un étudiant inscrit en tutorat associatif ou en prépa privée avait 15 fois plus de chance de figurer dans le premier groupe et 43 fois plus s'il suivait conjointement les deux formules. Ces résultats doivent cependant être modérés car ces démarches individuelles témoignent aussi d'une motivation certaine, facteur de succès.

Dans le cadre spécifique du tutorat associatif, plusieurs enseignements, parfois surprenants, se dégageaient. D'une part, l'investissement des étudiants dans le tutorat associatif était globalement très inégal. D'autre part, l'assiduité dans la durée restait un critère majeur de réussite. Les étudiants ayant assisté à toutes les colles, ou presque, avaient 4,7 fois plus de chances de figurer dans le 1er groupe que ceux moins assidus.

Finalement les résultats de cette étude confortaient le fait que le système de soutien académique et d'encadrement mis en place à l'école de santé des armées est très efficace pour obtenir la réussite au concours de première année de médecine ; les étudiants civils l'ont bien compris eux aussi et appliquent ces dispositifs d'aide pour réussir au concours.

<u>Une méthodologie d'apprentissage et d'évaluation des connaissances parfois inadaptée</u>

Tout au long des études, en dehors des stages à l'hôpital, l'approche reste très théorique, beaucoup de connaissances sont à restituer ad integrum, cette méthodologie d'apprentissage et d'évaluation était unanimement contestée par les étudiants de notre population (cf. résultats des analyses qualitatives)

La Sélection se fait en fin de 1er semestre, en décembre le plus souvent ; une 1re partie du concours est organisée, durant 1 ou 2 jours. Les étudiants ayant réussi cette étape doivent se positionner sur le(s) concours qu'ils présenteront à la fin du second semestre, pour les étudiants militaires, seuls les concours de médecine ou de pharmacie peuvent être envisagés. La majorité des cours reste commune ; l'autre est spécialisée en médecine, odontologie, pharmacie ou maïeutique. Il existe des possibilités de réorientation dès le début du 2e semestre ou en fin d'année en cas d'échec ou de volonté de changer de voie.

Comme le décrit cette étudiante. « On vit au jour le jour et on essaie de se reposer quand on peut et parfois on n'a pas le temps de prendre assez de recul par rapport à ce qu'on va faire plus tard… au début j'étais noyée sous la vague ; par moment on craquait tellement on avait de travail...au bout de trois mois j'étais complètement lessivée» [Part 17]

A la fin de l'année, la 2de partie du concours mêle épreuves communes et épreuves spécifiques. Le nombre de places par spécialités est fixé, réparti sur les différentes universités. La sélection est toujours sévère, avec des nuances selon les facultés et les spécialités et il faut donc être classé en "rang utile". Le classement au concours de chaque filière dépend des différents coefficients du tronc commun et des résultats aux épreuves spécifiques : il y a 4 classements distincts. Ceux qui échouent peuvent se réorienter c'est ainsi que la plupart des étudiants se tournent vers le paramédical ou vers des diplômes d'un domaine proche (biologie notamment).

Depuis 2014, plusieurs universités ont mis ou vont mettre en place de nouveaux accès aux études médicales, en adaptant notamment des licences pour permettre des entrées en 2e ou 3e année des études médicales. Différents projets sont lancés, par exemple à Clermont-Ferrand 1, une L2 ou une L3 sciences pour la santé renforcée de modules pourra mener à une 2e année d'études médicales ; à Paris 5, Paris 7, Paris 13 et Saint-Étienne, beaucoup de L2 ou L3 renforcées de modules pourront mener à une 2e année d'études médicales

Les 2e et 3e années de médecine : l'entrée en matière

Cette étudiante poursuit : « ensuite il y en a d'autres qui continuent à bosser comme des malades en 2° et 3° année et craquent quand ils deviennent externes car il y a une charge non négligeable qui pèse sur nous ; en parallèle des stages il faut qu'on avance les cours et en plus il y a la fatigue des gardes… » [PART 16]

En 2e et 3e années, même si le concours est dépassé, les études restent très chargées et se répartissent entre cours magistraux, travaux pratiques, études dirigées et stages. Les programmes comportent essentiellement des enseignements de sémiologie, physiologie, anatomie et microbiologie... Les premières notions de pathologie, de pharmacologie ou de bactériologie apparaissent. S'y ajoutent des enseignements optionnels : philosophie des sciences, anglais médical, histoire de la médecine ou informatique médicale, mais les sciences humaines tiennent finalement une place minime dans les programmes, variable selon les facultés (quelques dizaines d'heures en moyenne au regard de plusieurs centaines pour les autres disciplines) ; Les étudiants suivent aussi des stages cliniques d'initiation, notamment le stage infirmier, pendant l'été suivant la PACES.A noter que depuis 2011, le diplôme de formation générale en sciences médicales sanctionne la 1re partie des études de médecine (DFGSM). Délivré à l'issue de 6 semestres de formation (incluant les 2 premiers semestres de la PACES), il est reconnu au niveau licence

Cet élève de 2° année [PART 3] explique son ressenti : *« en deuxième année on a plein de temps libre mais du coup on ne sait pas comment le gérer et on n'est pas efficace on ne fait pas grand chose de constructif ; on a plein de projets en début d'année et on se dit qu'on va remettre ça au lendemain et finalement on perd un peu notre année je pense et c'est un peu dommage... ».*

***FR**: Et à la faculté comment ça se passe en deuxième année?*

***PART 3** : On a eu un stage de sémiologie mais qui n'est pas très bien fait ; finalement on n'a pas vu de patients pendant le stage c'est un peu médecin-dépendant si le médecin ne veut rien nous faire faire,on ne fait rien ! Et on a des cours magistraux auxquels peu de personnes assistent. ça m'a pas empêché d'avoir mon année grâce aux ronéos qui sont bien faites !*

On a aussi des TD qui sont plus ou moins intéressants, il y en a certains qu'on subit ;

Comme finalement rien n'est organisé en deuxième année par rapport à la première année où tout était cadré et encadré, c'est à nous de nous organiser et on n'est pas très bon pour ça! Du coup on travaille les examens deux semaines avant et on ne retient pas bien les choses, c'est deux semaines qui ne sont pas très agréables ça c'est moins bien »

Les 4e, 5e et 6e années de médecine : l'« externat »

Cette étudiante raconte :

« ... il y en a beaucoup qui craquent en quatrième année ; par contre d'autres travaillent plus ou moins et ont une vie très décalée entre les soirées et l'alcool ; ceux- là disent « non mais quand je serai externe je serai vraiment docteur et ils se trompent car on ne sait presque rien et on risque de faire pas mal d'erreurs ; donc il y a beaucoup de gens qui craquent en 4° année .... » [PART 16]

En effet, durant les trois années communément appelées l'externat, les étudiants ne travaillent encore qu'à temps partiel à l'hôpital et ont des responsabilités limitées, même s'ils prennent en charge des malades notamment pour apprendre à réaliser des observations médicales complètes selon une démarche très standardisée et codifiée ; on se reportera au plan de l'observation médicale donné en annexe 14 ; Le programme s'articule autour des pathologies, de leur thérapeutique et de leur prévention. Les enseignements sont organisés par modules thématiques, le plus souvent, en lien avec les stages : par exemple, cardiologie/pneumologie/réanimation. La pratique clinique occupe de plus en plus de temps, comportant des stages à mi-temps le matin à l'hôpital et un total de 25 gardes à effectuer. A la fin de la 6e année, l'étudiant obtient le DFASM (diplôme de formation approfondie en sciences médicales) qui sanctionne la 1re partie des études de médecine, reconnu au grade de master. Sur le plan académique, ces 3 années denses permettent d'acquérir une formation médicale complète et de se préparer à l'autre concours majeur, véritable barrage des études de médecine : les épreuves classantes nationales (ECN), clé d'entrée vers l'internat.

L'internat de médecine

Une étudiante explique comment elle s'est préparée pour l'internat : : *« c'est sur plusieurs années ; j'avais commencé à y penser dès la fin de la troisième année : on se prépare car on commence à réviser des matières qu'on va passer et qui sont susceptibles de tomber à l'internat ; dès cette période on est sensibilisé à cette façon de travailler, presque « formatés » ; et les études de médecine c'est ça : on apprend des automatismes, finalement on apprend des procédés mais parfois au détriment de la réflexion médicale ; c'est dommage du coup, je le ressens beaucoup plus.... Dans les difficultés après... On est très systématique puisque déjà en première année on fait tout en QCM. On apprend à hiérarchiser les choses au détriment de tout ce qui est le travail rédactionnel, le relationnel, le lien, la façon de se présenter : finalement on devient des machines à mot clés! [Rires] »*

En fin de 6e année, pendant 2 jours, les étudiants en médecine passent les ECN (épreuves classantes nationales)75. Chacun a une place mais, pour avoir le choix de sa spécialité et du lieu où ils vont exercer, les étudiants doivent être classé parmi les meilleurs. Six ans après la PACES, les étudiants en médecine se mesurent donc les uns aux autres une seconde fois pour l'ECN. En jeu, 8.000 postes d'internes à se partager par ordre de classement. Pour les étudiants civils, un classement parmi les 500 premiers à l'ECN est l'assurance d'obtenir la spécialité et la ville de formation de son choix. Pour les étudiants militaires, classés sur les mêmes listes, les règles sont différentes puisque le nombre de spécialités offertes et les choix d'affectation sont à part et réduits ; nous reviendrons sur ces différences dans la deuxième partie de ce travail.

Après le concours de l'ECN, l'internat dure de 3 à 5 ans. L'étudiant effectue au moins 6 stages semestriels et suit parallèlement des enseignements théoriques (séminaires, cours mensuels…). Enfin, il prépare une thèse d'exercice. Pour obtenir le DE de docteur en médecine et s'installer, il faut valider les stages, le DES (diplôme d'études spécialisées) de la discipline suivie et soutenir sa thèse.

De nombreux étudiants soulignent les incohérences des méthodologies actuelles d'apprentissage de la médecine surtout jusqu'à la fin du second cycle, privilégiant au moment des concours et des examens les connaissances théoriques complexes et peu utiles dans la pratique médicale en dehors de certaines spécialités. Ainsi, notamment pour les médecins généralistes, des pans entiers de la médecine sont délaissés tels que la médecine du sport, la réanimation, la dermatologie et la psychiatrie alors que ces spécialités

[75] http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid87546/reforme-du-troisieme-cycle-des-etudes-medicales.html:

occupent une large place dans les consultations de médecine générale [PART7, 8, 9] en témoignent ces étudiants :

« De la P1à la D4 on apprend un milliard de choses inutiles et pas applicables en pratique, en plus au moment des concours on a un sentiment d'injustice entre Paris et la province... » [Part 13]

« Si on nous demandait d'apprendre un dictionnaire de cuisine pour l'ECN, on le ferait ! Le seul objectif c'est le classement » [Part 7]

« Les cours qu'on nous donne pendant l'internat devraient être une mise en pratique des connaissances, comment fait-on en pratique …? » [Part 15]

« La maquette qu'on nous propose en médecine générale n'est pas optimale en particulier pour les médecins généralistes le stage de médecine polyvalente est inadaptée... On y apprend juste la méthodologie de l'interne appliquée à chaque service; par contre les six mois de stage aux urgences sont très intéressant et très formateurs... Il est vrai cependant que la faculté nous apprend à réfléchir quand on est en difficulté, le problème c'est qu'on doit le formaliser dans les traces d'apprentissage ce qui représente un travail considérable »[PART 28]

Tous ces éléments,- le formatage de l'observation médicale, la faible part des sciences humaines au cours des études, la sélection faite lors des concours et des examens essentiellement par une capacité d'apprentissage par cœur- Interrogent sur la possibilité laissée aux étudiants de continuer à penser par eux-mêmes, à s'interroger sur leur pratique, à prendre du recul par rapport aux enjeux éthiques de leur profession. *« J'ai le sentiment de vivre avec la pression permanente de la fac, une sorte d'épée de Damoclès au-dessus de la tête, en quelque sorte une guerre d'usure... et les seniors nous répètent sans cesse que de leur temps c'était encore pire » [PART9]*

Pour autant, vient d'aboutir au printemps 2017 une réforme profonde du 3° Cycle des études médicales en cours depuis plus de dix ans, dont l'idée de fond était d'améliorer la formation théorique et pratique des internes ; cette réforme majeure avait été officialisée par la parution d'un décret au journal officiel le 25 novembre 2016 (annexe 11) puis a été publié le au journal officiel par le ministère de la Santé le, l'arrêté « relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine ».la publication de ce texte, résultat de plusieurs années de discussions et d'élaborations. Intervient alors qu'une partie des internes continue à considérer cette réforme comme « bâclée ». L'intersyndicale national des internes (ISNI)[76] avait lancé à appel à la grève illimitée le 18 avril 2017 et remarquait que cette publication ne tenait nullement compte « des demandes des universitaires, enseignants, hospitaliers, libéraux et des étudiants des différentes spécialités ». Ces revendications portaient notamment sur durée de certains DES particulièrement techniques (cardiologie, néphrologie et hépato-gastro-entérologie), le statut de la phase 3 de l'internat et l'adoption de mesures transitoires. Pour ce syndicat d'internes, la réforme est « d'inspiration comptable » car elle restreindrait la durée réelle de la formation des praticiens. A noter que les internes militaires, en raison de leur statut général, ne sont pas autorisés à faire partie de ces syndicats et par la même n'ont pas le droit de grève.

Cette position n'était cependant pas partagée par tous les représentants des enseignants et internes. L'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG)77 tout en reconnaissant quelques lacunes avait salué chacune des étapes de la refonte, se félicitant des « nettes

[76] http://www.isni.fr/ site consulté le 10 mai 2017
[77] https://www.isnar-img.com/ : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (site consulté le 10 mai 2017)

avancées pédagogiques » obtenues. « Après plus de dix ans de réflexion, l'internat est –il enfin réformé, permettant une meilleure formation pour les médecins et donc de meilleurs soins aux patients ?

2.1.2 Une lutte permanente contre le temps

2.1.2.1 Une charge de travail considérable

Les étudiants en médecine, en particulier à partir de l'externat, cumulent les stages hospitaliers, les impératifs universitaires et académiques, les gardes, la préparation du concours de l'ECN :

Ces étudiants rapportent :

« *On doit enchaîner la Fac, l'hôpital, les cours à l'école du val de grâce, les gardes et les astreintes et qui plus est on est toujours en sous-effectifs dans les services : c'est un équilibre un peu trop fragile [Part 11] et celui-ci : on nous demande beaucoup, beaucoup trop ; dans les services en tant qu'internes on n'a jamais d'horaires* »

[Part 10]

« C'est vrai que depuis que j'ai commencé médecine j'ai peu de place pour les loisirs... Quand les diplômes seront bouclés, on aura peut-être un peu plus de temps? Le métier est quand même très prenant surtout quand on est spécialiste, il y a beaucoup d'exigences; en tant que médecin généraliste d'unité, je pense que les horaires de travail seront mieux respectés qu'à l'hôpital et c'est une sécurité de savoir qu'on peut rentrer chez soi le soir à heures régulières » [Part 29]

Ainsi témoigne cette étudiante : « j'aime ce que je fais, donc ça ne me dérange pas de travailler beaucoup et d'être en privation de sommeil … beaucoup de gens travaillent la P1 comme des malades juste après le lycée et n'ont pas découvert la vie… » [Part 16]

Mais aussi cette autre étudiante :

Évaluer la charge de travail est complexe car il s'agit d'un ensemble de tâches cliniques et administratives à réaliser dans un temps plus ou moins contraint et dépendant de la capacité du sujet à prioriser et à effectuer ces actions ; cependant, afin d'estimer la charge de travail des étudiants de quatrième et de huitième année, nous avons calculé le nombre d'heures de travail effectuées par semaine en cumulant les heures passées en stage, celles consacrées aux travaux universitaires ainsi que les gardes et les astreintes : ainsi les étudiants de quatrième année travailleraient 75,3 heures par semaine et les internes de huitième année 76,5 heures par semaine ; nous pensons que ces chiffres sont minimisés car les étudiants de notre population constitués d'une majorité d'internes de médecine générale venaient d'effectuer un stage chez le praticien en ambulatoire et bénéficiaient d'une formation à l'école du val-de-grâce au moment du recueil des données ; il ne s'agissait donc pas de leurs conditions de travail habituelles en stage hospitalier

Autre remarque, ces résultats sont très éloignés des 48 heures prônées dans le décret sur le temps de travail des internes paru en 2015 même si ce sont davantage les capacités de formation et d'encadrement par les médecins séniors qui sont remises en cause par les étudiants (Cf. tableau N° 23 et annexe N° 13). J'avais le stress du temps même si le travail de traces écrites est intéressant, la forme est très lour*de alors que le fond serait passionnant si on en avait le temps. On nous demande tellement qu'on finit par rendre un travail qui pourrait être intéressant inintéressant... En ce qui concerne le décret sur le temps de travail des internes, le temps passé l'hôpital ne m'a jamais posé de problème ! Pour se former il faut bien passer du temps à*

l'hôpital, c'est une histoire d'équilibre et ça ne m'a jamais dérangée de finir tard si j'ai appris plein de choses... [Part 27]

A titre comparatif, malgré la Directive européenne sur le temps de travail des internes, le temps de travail déclaré dans l'enquête publiée en ligne le 24 juin 2016 par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur la santé des étudiants et jeunes médecins reste très majoritairement supérieur à 48 heures hebdomadaires : 39,95% des répondants déclarent travailler entre 48 et 60 heures, 16,04% entre 60 et 70 heures, et 8,65% plus de 70 heures par semaine. Or le lien entre le temps de travail et la qualité de l'état de santé est puissant, quelles que soient les cohortes examinées.

Maranda et AL soulignent tout particulièrement l'écart existant entre l'organisation prescrite du travail et les situations réelles d'exercice. L'activité de ces professionnels de santé s'inscrit de manière structurelle dans un « temps pressurisé », construit sur le mode de la surcharge et de l'urgence permanentes, au sein duquel il leur revient de composer avec les demandes pressantes de patients qui doivent de toute façon attendre [MARANDA, 2016]

voici quelques phrases recueillies parmi les étudiants interrogés qui témoignent de ces contraintes temporelles et de l'évolution des attentes des patients : *« pour les patients aux urgences, leur attitude a bien changé, même en quelques années :, on devient en quelque sorte des prestataires de service »[PART10], « c'est comme s'ils venaient chez Mac Do, ce qui compte pour eux c'est d'abord de savoir quand ils seront sortis des urgences même si le délai moyen d'attente est de 6H, ils veulent quand même être sortis au bout de deux heures »[PART7]*

2.1.2.2 Savoir et pouvoir : le temps de l'expérience

De nombreux étudiants soulignent les tensions entre l'acquisition d'un volume considérable de connaissances, et le ressenti d'un manque d'expérience, en particulier dans la réponse à apporter aux demandes des malades ou dans la confrontation avec d'autres soignants théoriquement moins qualifiés mais plus expérimentés comme les infirmiers. *« Il y a plein de réflexes qu'on ne connaît que sur le papier et qu'on est incapable de mettre en pratique au début faute d'expérience » [PART10] « en tant qu'interne j'ai un peu plus de réponses aux questions des patients et je peux essayer de leur apporter des solutions... » [Part 12*]

Même si l'enseignement de la médecine est à la fois pratique et théorique et s'inscrit dans la temporalité, l'acte de soigner nécessite un savoir-faire qui ne s'acquiert que par la répétition et l'exercice, mais aussi et surtout par L'expérience. C'est sans doute une des difficultés inhérente à l'apprentissage de la médecine, qui la différencie également des autres disciplines scientifiques. Alexandre Klein dans son article sur l'éducation du sujet et les pratiques corporelles de soins écrit : La médecine est une pratique, « ce n'est pas qu'une science appliquée, un savoir mis en actes par un ensemble de techniques. La médecine est une activité de soins, un ensemble de pratiques qui dépasse la simple union d'un savoir et un savoir-faire » [KLEIN, 2007]

L'analyse globale des entretiens de recherches montre également que les étudiants doivent en faire preuve constamment de grandes qualités on se reportera à **l'annexe n°** 9:

Lors des stages, il s'agit pour eux de s'adapter sans cesse aux changements d'équipes, aux variations de protocoles suivant les spécialités, aux nouvelles pathologies, aux nouveaux malades, aux dysharmonies veille-sommeil en particulier liées aux gardes…

Souvent lors des entretiens, les étudiants décrivent aussi un sentiment d'incomplétude, d'insuffisance qui n'est pas sans évoquer le mythe de Prométhée: Ce titan est connu dans la mythologie grecque pour avoir volé et rendu aux hommes le savoir divin (le feu sacré de l'olympe).En philosophie, le mythe de Prométhée est admis comme métaphore de l'apport de la connaissance aux hommes. Il est aussi évocateur de l'hybris (la force démesurée), la folle tentation de l'Homme de se mesurer aux dieux et ainsi de s'élever au-dessus de sa condition. Ce mythe peut également être mis en parallèle avec le récit biblique d'Adam et Eve, chassés du paradis pour avoir goûté le fruit de l'arbre de la connaissance du Bien et du Mal. On trouve la trace de ce mythe chez de nombreux auteurs qui en font des extrapolations diverses: Sous le nom de « complexe de Prométhée», Gaston Bachelard définit « toutes les tendances qui nous poussent à savoir autant que nos pères, plus que nos pères, autant que nos maîtres, plus que nos maîtres. » Selon ses termes, « le complexe de Prométhée est le complexe d'œdipe de la vie intellectuelle. »[78] Dans « *On achève bien les hommes* », Dany-Robert Dufour fait une large place au concept de néoténie qui renvoie à l'inachèvement de l'homme à la naissance [Dufour, 2005]. La néoténie décrit, en biologie du développement, la conservation de caractéristiques juvéniles chez les adultes d'une espèce. C'est cet inachèvement qui oblige l'homme (au contraire des animaux) a suppléer à ce manque de nature par la culture - ce qui ne manque pas de poser la question de savoir si l'homme n'est pas engagé, via la pensée binaire et les technosciences, dans un processus de transformation de sa propre nature**.** C'est bien ce que résume ce jeune homme **:**

« Être médecin n'est –ce pas juste être humain, et pas toujours avoir l'ensemble des compétences et des réponses techniques face à la pathologie d'un patient … ?»[Part 15]

2.2 Existe-t-il un désir de savoir ?

Au cours de ses études, l'étudiant en médecine élabore ainsi sa propre pensée, sa propre personnalité, confirmant progressivement son identité. L'environnement de l'hôpital, la faculté et le groupe ont un rôle structurant, par l'intermédiaire de l'encadrement par les médecins les plus anciens, de la « seniorisation » réalisant ainsi une « aire transitionnelle à valeur de pare-excitation, et favorisant l'achèvement de la construction de l'identité à l'entrée de l'âge adulte. » [Danon-Boileau, 1998[79]]. Finalement le nouvel étudiant en médecine est invité à un travail de décentration de lui-même qui se traduit par une réorientation libidinale vers un objet de connaissance, c'est à dire la maladie, le corps humain malade. Ce mouvement de décentration obéit à une double problématique : celle de faire face à des réaménagements pulsionnels en lien avec son histoire passée et présente, et celle de les intégrer tout en investissant ce nouvel objet de connaissance. Le savoir médical permettrait ainsi un travail d'élaboration psychique de la pensée, et dans un deuxième temps une restitution et une construction de nouveaux objets.

2.2.1 La pulsion « épistémophilique »

Le rapport au savoir médical, à la connaissance académique place donc l'étudiant dans un processus d'élaboration psychique parallèle au travail de maturation psychique du devenir adulte. L'activité de connaissance pourrait être un processus sous-tendu par une motion pulsionnelle et non pas une simple activité auto- entretenue par l'esprit humain ; Existe-t-il en somme un désir de savoir ?

[78] Gaston Bachelard, la psychanalyse du feu, éditions Gallimard, 1949
[79] p. 89

Freud postule l'existence d'une telle pulsion chez l'être humain et souligne son attraction étonnamment précoce et intense pour la curiosité sexuelle et les interrogations sur les origines de la vie. [Freud, 1915 et 1917, p397] Cette pulsion « épistémophilique » semble présente dès les origines de la vie. Il ne s'agirait pas d'une pulsion autonome, mais de la résultante d'un double mouvement d'emprise sur le monde des objets et de plaisir pris à la vision du monde. Mélanie Klein en 1932 développe l'idée d'une phase féminine à la fois chez le petit garçon et la petite-fille fondée sur une curiosité pour l'intérieur du corps maternel favorisant la constitution d'une intériorité psychique chez les deux sexes ; avant d'être objet isolable d'un monde cohérent, organisé et unifié, les objets du monde sont initialement liés au corps de la mère, partie intégrante de celui-ci et de la personne même de la mère. L'univers maternel apparaît ainsi comme en filigrane derrière toute démarche de connaissance, la relation au corps de la mère constituant ainsi la relation première à la réalité. [Klein, 1932]

Bion en 1962 a également développé l'idée selon laquelle le désir de connaissance représenterait une pulsion à part entière, la pulsion épistémophilique, à côté de des pulsions de haine, d'amour de curiosité ; l'activité liée à l'apprentissage et à l'acquisition des connaissances serait selon lui sous-tendue par cette pulsion [Bion, 1962] dès les premiers mois de la vie par le phénomène d'introjection précoce, nait un conflit oral à partir des objets d'amour – haine et c'est la mère qui suffisamment bonne [Winnicot, 1958] va peu à peu introduire le manque et la désillusion.

La psychanalyse nous suggère ainsi que toute entreprise de connaissance, en même temps qu'elle est acte de perception, est aussi mouvement de prise de possession de l'objet et de plaisir à la vision de celui-ci. La pulsion épistémophilique serait alors une tentative d'emprise sur le monde et, à ce titre, pourrait parfois être marquée par le sadisme, les processus d'envie, les fantasmes de destruction. Par extension, apprendre la médecine pourrait être pour certains étudiants une tentative de posséder à nouveau l'objet et parfois l'ébauche d'un mouvement pour le détruire.

C'est aussi au caractère incertain et ambigu de la maladie du malade que vient se heurter le désir de savoir et de guérir de l'étudiant en médecine : énigme des signifiants verbaux et des messages du patient contaminé par son propre inconscient et dont le sens n'est décryptable d'emblée. On peut donc supposer que la connaissance de la médecine serait sous tendue par des processus pulsionnels inconscients qui unifient, dans une même vision, l'objet de la médecine et le corps maternel.

Cet étayage de la connaissance sur des bases pulsionnelles inconscientes peut avoir pour conséquence la situation traumatique de détresse (Hilflosigkeit) à laquelle est soumise le moi de l'étudiant du fait de la pression pulsionnelle. Dans son intensité et sa violence, le désir de savoir peut assaillir un moi immature dépourvu de moyens de faire face aux tâches et aux ambitions que ne cesse de lui assigner la pulsion. Le rapport au savoir de l'enfant puis de l'étudiant pourra rester marqué par ce sentiment accablant d'être confronté à une tâche impossible, blessure narcissique qui infiltre toute tentative de connaissance du monde, toute démarche scientifique, Ainsi l'exprimait cette étudiante : « le savoir me semble être le pouvoir de faire, le pouvoir de pouvoir [...] il semble que j'en sais juste assez pour être consciente que j'ignore quasiment tout » [PART 16]

2.2.2 Quel est l'objet en médecine ?

Dans le contexte de notre recherche, nous avons choisi d'utiliser ce terme dans un sens très précis qui a parfois occasionné certains malentendus dans les écrits psychanalytiques. En effet, le mot « objet » peut

être employé dans sa définition la plus large, désignant celle de l'autre en tant qu'être aimé, désiré et perdu.[80] Il est important pour continuer de préciser cette définition de l'objet :

Au premier abord, l'objet désigne la représentation psychique inconsciente de l'autre, comprise comme étant la trace de sa présence vivante inscrite dans mon inconscient. Le terme d'objet désigne véritablement une représentation inconsciente préalable à l'existence d'autrui, une représentation déjà là et contre laquelle viendra ensuite se caler la réalité extérieure de la personne de l'autre ou de l'un quelconque de ses attributs vivants. Par exemple, l'autre peut correspondre à une très lointaine évocation de quelqu'un qui n'a peut-être même jamais existé, une évocation ancienne dans l'histoire familiale (en lien avec la médecine, la maladie, la mort,...) qui peut être perçue hors de la conscience et enregistrée à l'insu dans l'inconscient de l'individu. Ainsi l'objet est désiré parce qu'il représente à l'insu du sujet conscient un autre objet antérieurement désiré. L'objet du désir ou de la pulsion n'est donc jamais désirable par lui-même mais toujours en fonction de ce qui l'associe symboliquement à un autre objet. Si donc ce que désire le sujet est toujours ce qui lui manque, ce manque est toujours relatif à une expérience de satisfaction antérieurement vécue, que Freud énonçait de la sorte : « trouver l'objet [sexuel] n'est, en somme, que le retrouver »[81]. Chaque désir du sujet est ainsi conditionné par un désir antérieur, originaire ramenant à l'état de détresse propre au nourrisson (la Hilflosigkeit) ; celui -ci aurait reçu de la mère, notamment du sein maternel, tout ce qui pouvait l'apaiser. Cette idée d'une jouissance originaire et irrémédiablement perdue a été énoncée dans les premières hypothèses de Freud, notamment dans l'Esquisse d'une psychologie scientifique, dans laquelle il désignait du nom de Chose (das Ding)[82] le noyau constant irréductible et inaccessible du sujet. La Chose serait pour le sujet à son insu le reste d'une expérience originaire dans laquelle il ne se distinguait d'aucun objet. Cette idée d'un tel noyau se retrouve aussi dans des textes plus tardifs de Freud où il est question de l'union originaire du Moi et du monde en un même tout indifférencié. (Malaise dans la civilisation, I)

Revenons à la constitution du « moi médecin »: sans qu'il s'en aperçoive un simple détail des récits entendus par exemple au cours d'une conversation familiale relative à un personnage ou une situation en rapport plus ou moins éloigné avec la médecine viendra s'inscrire dans l'inconscient du sujet. Un détail sans importance apparente maintenant isolé et complètement détaché de la figure de l'ancêtre est venu s'emboîter dans le moule d'une représentation inconsciente déjà là. Même si l'histoire de la médecine relate de nombreuses familles de médecins célèbres Hippocrate lui-même aurait appartenu à l'illustre famille des asclépiades des prêtres médecins et était le fils d'un nommé Héraclide, qui se disait descendant d'Esculape (Asclépios), l'objet n'est donc pas le père militaire ou la mère médecin ni l'ancêtre qui avait embrassé la carrière médicale, ni même le détail perçu inconsciemment, mais c'est la représentation déjà présente confirmée par l'inscription inconsciente d'un détail de l'histoire du sujet.

Par la suite, au cours de la démarche médicale apprise par l'étudiant, l'objet est le symptôme ou la maladie, expression du corps ou du psychisme, qui devient pour le médecin un signe à décrypter et une matière à étudier. Le discours médical se l'approprie et le nomme dans son langage propre. Ainsi par l'attribution aux symptômes d'un sens médical, le médecin crée son objet de réflexion, à partir de l'intervention d'une pensée organisatrice, assise sur un savoir, qui l'oriente et l'ordonne en une démarche diagnostique, réduisant le nombre de sens possibles, pour dans le singulier discerner du semblable et retrouver à l'œuvre des lois communes, dans un double mouvement séparateur(un phénomène n'est pas l'autre) et unificateur(à deux phénomènes apparemment différents sont affecté un sens identique)".[Luxereau,2001]

[80] Nasio JD, Enseignement des sept concepts cruciaux de la psychanalyse p. 174.
[81] Freud, 1905, *Trois essais sur la théorie sexuelle*, III, 5 ed folio essais, p164
[82] Brini, Colette. « Das Ding et l'Autre maternel chez Melanie Klein », La revue lacanienne, vol. 9, no. 1, 2011, pp. 183-187.

Dans l'Ordre médical, Jean Clavreul[83] insiste sur le fait que le véritable objet de la médecine est la maladie. « Le savoir médical est un savoir sur la maladie, non sur l'homme qui n'intéresse le médecin qu'en tant que terrain sur lequel évoluent les maladies. » [Clavreul, 1978] le désir du médecin a donc la maladie pour objet, parce que c'est elle qui le constitue comme tel. Les études concernant le terrain sur lequel évolue la maladie, par exemple en anatomie et physiologie humaine, ont été rendues nécessaires par la connaissance de ce terrain. « Mais le lieu où subsiste l'objet n'est pas l'objet. », c'est le discours médical qui constitue la maladie comme cause, à la fois cause de l'intervention du médecin et de la souffrance du malade.

La question est donc de savoir quel est l'objet véritable de la médecine. Depuis les découvertes de Claude Bernard, la médecine s'est structurée à partir d'une approche organiciste. La formation médicale contemporaine en Occident, centrée très largement sur l'étude du sujet biologique au moins dans le premier et deuxième cycle des études médicales, amène les étudiants à « désarticuler » le sujet en divisant ses parties, même s'il existe parfois une certaine protestation de viser son unité. Au cours troisième cycle, c'est plutôt une approche statistique qui prédomine, organisant la santé publique et l'Evidence Based Médecine et permettant une pensée opératoire efficace fondée à la fois sur des moyennes statistiques, sur la démarche qualité et sur l'éducation thérapeutique du patient.

Mais si l'on considère que la médecine est destinée à soigner, qu'est-ce qui demande à être soigné ? S'agit-il du corps en tant que chose physique ou s'agit-il de l'homme lui-même, dont le corps serait marqué par la condition humaine, l'homme qui pourrait souffrir dans son corps mais aussi de lui-même dans son irrémédiable tâche d'exister ?

L'objet du soin médical est bien véritablement l'homme souffrant, à la fois dans son corps, parfois dans ses liens, parfois de lui-même. C'est donc tout l'enjeu pour les médecins en apprentissage de prendre conscience qu'ils sont constamment interpellés par la question de la condition humaine, de la nature de l'homme telle qu'elle se profile à l'horizon de la maladie, mais aussi et surtout de la nature de leur désir inconscient à l'œuvre dans toute rencontre soignante.

2.2.3 Comment le désir du médecin se constitue-t-il ?

Cette question de l'objet engage à présent le difficile problème de la constitution du désir du médecin. Il faut essayer de comprendre le rapport du désir médical à la Chose. Dans son activité désirante, le sujet vise un objet empirique comme désirable parce qu'il en représente symboliquement un autre. Mais aucun de ces objets ne peut permettre de parvenir à la jouissance ultime. C'est ici que l'approche de Lacan, nous éclaire : la Chose[84] n'est précisément pas un objet empirique ni même l'objet d'une expérience originaire ; Lacan comprend la chose comme l'élément qui reste étranger au sujet (l'enfant de l'Esquisse) dans l'expérience qu'il fait de l'autre semblable, celui au contact duquel l'être humain apprend à reconnaître. L'objet recherché, l'objet de la satisfaction est toujours déjà perdu comme tel. Il ne sera jamais retrouvé.[85] Elle est le pur manque, un manque de rien ; le jeune médecin dans sa relation aux malades vise des objets empiriques symboliquement liés les uns aux autres, réalisant la chaîne des signifiants du désir mais Il ne peut accéder à la jouissance ultime, jouir de la chose. C'est pourquoi l'étudiant en médecine est un « sujet-barré- du – désir », sujet parlant aliéné au signifiant puisque son désir est pris dans l'ordre symbolique et qu'il ne peut chercher sa satisfaction que dans des objets empiriques successifs, en réalité les maladies qu'il explore, sans

[83] Clavreul Jean, l'Ordre Médical, Seuil, Paris, 1978, p.100

[84] Dans les années 1959-1960, Lacan dans *Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse* isole « la chose » (Das Ding) dans sa lecture de l'Esquisse, manuscrit écrit en 1895 et jamais publié de la correspondance de Freud avec Fliess

[85] Lacan, Le Séminaire, Livre VII, L'éthique de la psychanalyse, 1959-1960, Paris, Le Seuil, 1986 p. 65.

que jamais aucune d'elles ne lui offre de jouir de la chose. Le problème est donc de savoir comment le pur manque, c'est à dire le rien de la chose peut-être uni à l'objet de la médecine c'est à dire la maladie, pour en faire un objet de désir. Pour que le désir soit possible, il faut donc un élément intermédiaire qui se rapporte à la fois au pur manque de la chose et au contenu empirique de l'objet. C'est cet élément que Lacan appelle « l'objet -petit- a », objet toujours déjà perdu et lié, et non pas identifié à ce qui dans l'ordre empirique est également de l'ordre de la séparation. Il s'agit d'une part du sein et des fèces, et d'autre part du regard et de la voix dont se soutient le nourrisson dans son rapport au monde ; on remarquera que les quatre modalités de l'objet petit a se déduisent strictement de tout ce qui dans la masse du corps fait orifice pour la pulsion. C'est ainsi que les quatre modes de la pulsion orale, anale, invoquante et scopique correspondant aux quatre objets -petit- a (le sein, les fèces, la voix et le regard) mais qui ne sont pas eux-mêmes des objets empiriques que le sujet puisse viser comme tels : le regard est ce qui ne peut pas se voir ; la voix est ce qui ne peut pas se dire, éléments fondamentaux dans la rencontre avec le patient.

Pour résumer l'objet a défini par Lacan permet donc en quelque sorte la médiation entre la Chose, tout en soutenant la dynamique de la pulsion qui se dirige vers les objets empiriques que sont les maladies étudiées par le jeune médecin. Dans son activité désirante, le médecin vise le symptôme comme objet désirable parce que cet objet en représente symboliquement un autre, potentiellement le corps de la mère, auprès duquel il aurait connu une expérience de jouissance originaire et entre-temps perdue. Si l'activité désirante du médecin ne cesse de se porter sur de nouveaux objets empiriques, c'est bien parce qu'aucun d'eux n'est à hauteur de l'horizon ultime du désir : la jouissance comme fusion du sujet et de l'objet dans une présence sans écart, autrement dit jouir de la Chose. [Lacan, 1959-1960]

2.3 Hiérarchie et « a-culturation » de l'étudiant en médecine

L'apprentissage de la médecine n'est pas ordinaire car le monde médical n'est pas un monde ordinaire : Il s'agit à la fois de l'intégration d'un enseignement universitaire polyvalent mais aussi et surtout de l'apprentissage d'un savoir-faire qui s'acquiert progressivement au contact avec les médecins et les patients.

Pendant la durée de leurs études les étudiants vont apprendre non seulement des connaissances théoriques, mais aussi véritablement leur profession au contact des malades, des supérieurs hiérarchiques et des équipes médicales à travers un ensemble de codes, de manières d'être du « personnage hospitalier », en somme une acculturation propre au monde médical, une adaptation de l'individu à la culture médicale environnante.

Tout au long du parcours persistent certaines coutumes plus ou moins différentes selon les facultés et destinées à marquer l'entrée dans les études de médecine, la réussite au concours de PACES ou de l'internat. Par exemple le « baptême » qui vient marquer la réussite au concours et l'entrée dans les fonctions hospitalières, largement ponctuées par le recours à l'alcool, les références au corps et à la sexualité. Le film récent de thomas Lilti, lui-même médecin, montre avec justesse et vérité l'atmosphère si caractéristique des salles de garde, à travers le jeu des acteurs qui parviennent à reproduire devant la caméra les gestes, les paroles si caractéristiques de l'exercice médical.[86]

[86]http://www.lemonde.fr/culture/article/2014/09/02/hippocrate-un-regard-juste-et-drole-sur-l-hopital-public_4480172_3246.html#Y7hEI6OpTCxZduvV.99

Il faut acquérir un savoir dire et un savoir-faire caractéristique du groupe, se conformer à une hiérarchie très codifiée en parallèle de l'assimilation des connaissances théoriques, des gestes techniques, du langage médical complexe, ce qui fait la singularité du cursus médical ; l'un des étudiants interrogé dans notre étude rapporte :

« Il fallait qu'on amadoue l'équipe...pour certains infirmiers c'est difficile de recevoir des consignes de personnes beaucoup moins expérimentées et parfois beaucoup plus jeunes qu'elles... ils nous testent avec plus ou moins de bienveillance mais ça passe si on est poli et respectueux, si on amène les croissants en début de grade aussi... » [PART17]

Anne laure Bloch, neurochirurgien, décrit le monde hospitalier en insistant sur l'idée que le soin prodigué aux patients diverge selon la branche de la médecine concernée : « Dès son entrée dans le monde l'hôpital, chaque jeune et pris en charge par sa corporation, confié à ses aînés qui auront soin de lui transmettre la vision ad hoc qui est celle de la profession… Puis la segmentation se poursuivra Selon la spécialité choisie. Et nous allons voir, que selon que l'on se consacre à la médecine ou à la chirurgie, et même à une spécialité plutôt qu'à une autre, on adhère forcément de près ou de loin à une vision particulière de ce que l'art de soigner doit être. » [**BLOCH, 2009]**[87]

Pour certains étudiants, il peut s'agir d'une « a-culturation » sur le mode privatif, parfois un vécu d'enfermement et de repli dans les études ; je cite cet étudiant qui avait choisi de réaliser un double parcours, non sans difficulté, au sein d'une autre grande école :

« avoir une vie à côté c'est très difficile » [PART16]

« Quand on est à l'hôpital qu'on parle à des gens qui ne parlent que de médecine, J'essaie de voir d'autres personnes, de sortir du milieu, de parler d'autres choses-là par exemple je vais me mettre en colocation avec un élève en quatrième année d'école d'ingénieur ; c'était l'ami d'un ancien santard dans le réseau étudiant ; sortir un peu du milieu... En faisant d'autres choses c'est pour ça j'hésitais à reprendre des cours en parallèle l'année prochaine, des trucs qui ne sont pas médicaux? Des cours en parallèle J'ai commencé à coder car je trouve ça intéressant »

***FR** : un besoin d'élargir ?*

***PART1** : de partir ! On peut pas tout le temps... c'est vraiment réducteur de se cantonner uniquement à la médecine, au monde soignant! Pour moi c'est évident enfin ça l'est pas pour tout le monde... [PART1]*

Historiquement, il existe aussi toujours une suprématie de la médecine hospitalière, malgré la création du DES de médecine générale en 2004 institué en spécialité à part entière : « La nouvelle division du corps médical, à la fois technique et sociale, instaure donc une hiérarchie entre les *spécialités* tout en renforçant l'hospitalo-centrisme » [**BLOY G., 2011]**

C'est bien ce que confirme cet interne :

« On a tendance à dénigrer la médecine générale que ce soit entre nous ou dans les services par les patrons... Le dernier a forcément médecine générale! Et parfois si certains premiers du classement prennent médecine générale certains disent que c'est du gâchis ; il y en a peu aussi qui assument d'être généralistes ; pour moi en tout cas la médecine générale me rassure car tout est possible » **[PART 29]**

« Les médecins généralistes sont formés différemment par rapport aux internes de spécialité ; parfois on est juste là pour faire tourner le service mais ce n'est pas toujours adapté pour notre formation !… c'est

[87] BLOCH AL. Médecine technique, médecine tragique. Le tragique, sens et destin de la médecine moderne. Paris : Seli Arslan ; 2009 p 42-3

compliqué de trouver sa place quand on est médecin généraliste… le patron quand on est arrivé pour notre premier semestre nous a dit d'emblée : vous êtes généralistes, je pense que vous ne l'avez pas choisi, débrouillez-vous pour me montrer que vous valez mieux que ça… on l'impression que les postes de spé partent avant au classement mais ça ne reflète pas forcément les compétences on est tous dans un mouchoir de poche au classement à l'ECN… Tant qu'on est externe on ne voit que la vision hospitalière avec un savoir et des connaissances très importantes pour les spécialistes il y a aussi moins de départ en opex cela donne une qualité de vie » [PART18]

2.4 Maltraitance ordinaire et identification à l'agresseur

En 2008, dans le contexte amélioration des pratiques professionnelles et d'accréditation des établissements de santé, la haute autorité de santé (HAS) a réalisé une étude qualitative fondée sur des témoignages de malades, de proches et de professionnels destinée à interroger la perception des prises en charge, l'expérience des patients au quotidien dans la vie hospitalière, et la mise en œuvre concrète des droits des patients tels qu'ils sont énoncés en particulier dans la loi du 4 mars 2002. [88]

Des patients hospitalisés ainsi que leurs proches y témoignent à la fois de l'humanité des professionnels de santé mais aussi des difficultés rencontrées dans leur prise en charge. Les témoignages sont nombreux concernant des patients qui ont eu le sentiment d'avoir été abandonnés, peu ou mal informés, insuffisamment écoutés. Il s'agit de la maltraitance ordinaire, parfois également qualifié de maltraitance institutionnelle ou passive, absolument à distance d'une maltraitance intentionnelle, exceptionnelle et punissable par la loi.

Au regard de cette étude, nous pensons que la maltraitance concerne aussi les relations inter médicales et interpersonnelles des professionnels de santé, en particulier dans les structures hospitalières comportent une part importante de maltraitance ; Les résultats de notre étude confirment cette hypothèse, en témoignent plusieurs étudiants ainsi que l'analyse globale des entretiens de recherche :

« on avait une chef qui nous rabaissait parfois même devant l'équipe infirmière … » [Part 17]

« J'ai aussi cette capacité à m'adapter mais peut être que j'aime me faire maltraiter ! A l'hôpital on nous demande beaucoup mais j'aime passer du temps la bas sans fuir la vie personnelle... » [PART18]

« on a un souci en médecine, c'est que tout le monde dit qu'il a toujours vécu pire, en particulier les vieux médecins ; et du coup si on a le malheur de se plaindre, ils nous répondent que c'était plus difficile pour eux et qu'eux aussi ont eu une vie très difficile en tant qu'interne … L'hôpital c'est le rendement et du coup il n'y a plus assez de place pour l'humain … Finalement je suis devenue un bon petit soldat car je faisais tout ce qu'on me demandait en temps et en heure »[Part 20]

« Avant les internes ramassaient, donc c'est comme ça ; je suis interne, c'est normal, on ramasse tous ! »[PART10]

« Les anciens nous disent : il faut en chier pendant l'internat pour apprendre plein de choses »

[Part 13]

[88] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915234/fr/etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-octobre-2009

« Notre chef nous disait qu'elle-même avait appris dans la douleur et qu'elle était seule interne pour gérer vingt patients en même temps et que c'est ça qui l'a forgée ; elle ne nous voyait surtout pas comme de futurs confrères... » [Part 17]

Comment comprendre cette maltraitance ordinaire ? Il peut s'agir bien sûr de différents types de maltraitance, liés à des comportements individuels mais aussi à des facteurs institutionnels. Le rapport de véronique Ghadi[89], sociologue en santé publique, nous permet d'articuler la maltraitance ressentie par les patients à celle qui est évoquée par les étudiants dans notre recherche : Le rythme de l'hôpital est imposé aux malades mais aussi aux professionnels de santé eux-mêmes, happés dans un fonctionnement collectif conditionné par la tarification des activités à l'acte (T2A), la temporalité contrainte entraînant un manque de disponibilité en particulier dans certains services tels que l'accueil des urgences, les services de réanimation ou de soins palliatifs. Dans ce contexte, il peut y avoir une absence de réponse ou parfois une réponse inadaptée aux demandes de conseils de l'étudiant en formation confronté à une interrogation par rapport à la prise en charge de son patient, voire dans certains cas des réactions de mépris ou d'ignorance.

Il faut aussi se replacer dans le contexte de la médecine moderne caractérisée par la performance technique, l'obligation de moyens et d'information du patient parfois au prix d'une grande violence à la fois pour le médecin mais aussi pour le patient. Désormais, en particulier depuis la loi Kouchner de 2002, Il existe un ensemble de règles très précises « les bonnes pratiques » qui expliquent aux praticiens ce qu'il faut faire et comment il faut le faire pour prendre en charge les patients, tandis que ces derniers se retrouvent placés dans une position de pseudo-égalité, alors qu'en réalité le malade continue à supporter seul la souffrance infligée par la maladie. La relation médecin malade n'est donc plus duelle mais véritablement dissoute dans un système reposant sur la performance, l'exercice collectif et l'argument juridique, le médecin se trouvant finalement destitué d'une position où son savoir et sa compétence étaient jadis indiscutables ; Les relations soignant soigné, seniors- étudiants se transforment donc en parallèle sur le mode d'un rapport agresseur - agressé. [MERLE –BERAL, 2009]

Le Dr Valérie Auslender - dans sa thèse d'exercice publiée en 2015 réalisée auprès d'une population de 1472 étudiants en médecine - relate qu'ils sont eux-mêmes victimes de violences et de harcèlement en stage : 9% des étudiants en médecine déclarent avoir subi personnellement des violences sexuelles, 24,5% des violences physiques, 34,7% des violences psychologiques et 48,2% des violences verbales. [AUSLENDER, 2015]

Ainsi la nouvelle configuration de la médecine moderne fait subir indéniablement au médecin une attaque de son narcissisme ; les étudiants en situation d'apprentissage peuvent s'inscrire dans une position de dépendance par rapport aux médecins seniors, dont nous pensons qu'elle se déploie selon une réactivation de processus inconscients de régression et d'identification à l'agresseur avec des conséquences variables selon la configuration psychique du sujet, allant de la structuration psychique à destructivité.[90]

[89] Idem

[90] Bertrand Michèle, Bourdellon Geneviève, « L'identification à l'agresseur : argument. », *Revue française de psychanalyse* 1/2009 (Vol. 73), p. 5-10. L'Identification à l'agresseur a été décrite selon des modalités très distinctes d'abord par Ferenczi en 1932 puis par Anna Freud en 1936 ;celle-ci considérait ce concept comme une figure préliminaire du surmoi ;la réaction active et agressive ayant préservé le narcissisme, tandis que dans l'approche ferenczienne fait référence à un traumatisme majeur survenu dans le contexte de relations familiales délétères, le moi peu structuré est totalement passif et la blessure narcissique attaque la cohérence du moi qui se soumet dans un mouvement masochiste

2.5 Une confrontation au corps somatique

Dès les premiers stages hospitaliers, l'étudiant est confronté à l'exposition de l'intimité corporelle du patient, au nom de la nécessité de l'examen clinique et lors de gestes plus ou moins invasifs par exemple en lien avec le recueil des selles, des urines, de sécrétions ou autres liquides physiologiques, imposés parfois aux patients sans explication préalable, dans le contexte d'apprentissage et dans certains cas avec une véritable brutalité[91] ;

Cet externe [PART1] explique :

*« **FR**: pourriez-vous me raconter ce qui vous a le plus marqué depuis que vous êtes en contact avec les patients ?*

***[PART1]** je pense avoir un bon relationnel avec les patients, je discute facilement avec eux, j'essaie de faire très attention de ne pas blesser le patient, d'être trop brusque, comme j'ai déjà vu beaucoup mon père prendre en charge des patients et j'ai vu comme il était avec eux et je sais qu'il n'est pas froid comme certains de mes co-externes ou d'autres médecins, par exemple l'examen gynéco, « mettez-vous à poil... et voilà » et du coup je me voyais mal être comme tous ces médecins qui prennent les patients pour de la merde ; après c'est peut-être idéaliste de dire ça que je finirai jamais comme ça…. »*

Le corps humain malade acquiert alors un nouveau statut sur le plan psychique en devenant corps somatique, par opposition à sa dimension psychique, corps souvent morcelé et réduit au statut d'objet partiel ; il reste pour autant érotisé dans la relation transférentielle et contre transférentielle même si le rapport au corps est désexualisé ;

L'examen clinique peut être évité par les étudiants de manière phobique, choisissant d'exercer des spécialités non cliniques comme la biologie, l'épidémiologie ; en radiologie, certains se retranchant derrière le réalisme d'images tomodensitométriques fournies par les technologies modernes qui permettent de faire l'économie de la parole et des affects. A l'opposé de ces non-dits, d'un relatif culte du secret et du silence au sein de l'atmosphère codifiée des hôpitaux, les rituels carabins - mis en scène dans certaines salles de garde ou lors de moments initiatiques à certaines étapes du parcours de l'étudiant, sacralisent un corps hyper érotisé, alliant exhibitions, obscénité et vulgarité parfois. [GODEAU, 2010]

Les examens para cliniques nombreux et complexes comme la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire, permettent d'obtenir des images de plus en plus sophistiquées, amenant à certains diagnostics et dépistages précoces ; Anne-Marie Merle-Beral et Anne-Marie Rajon pensent que « l'image en médecine est une projection visuelle de l'intime du malade, livré en pleine lumière aux pulsions voyeuristes des médecins » et parlent à l'extrême de « pornographie » puisque selon elles le système de soins actuels autorise à tout voir par la technique et à tout dire par la loi. [MERLE –BERAL, 2009]

[91] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_915234/fr/etude-de-claire-compagnon-et-veronique-ghadi-la-maltraitance-ordinaire-dans-les-etablissements-de-sante-octobre-2009

2.6 Une « dyschronie » de la confrontation à la mort

« La première difficulté c'est la confrontation à la mort des patients… Il y a un peu d'absurde dans ces situations, parfois on a l'impression d'être en complet décalage avec la gravité du moment et l'absurdité de la prise en charge ; c'est l'abord technique et professionnel qui est souvent au premier plan et qui nous oblige à nous distancier par rapport à cette question de la mort... » [Part 21] *« quand on sent que la médecine est dépassée, on essaie que les proches gardent le meilleur souvenir de l'hôpital et des soins qu'on a donnés »[Part 12*]

Au-delà de la grande pluralité d'expériences entre les soignants [AMAR, 2012], les propos de cet étudiant résument le vécu de nombre d'entre eux dans la confrontation quotidienne au fait de la mort des patients, soulignée comme une thématique centrale de nos entretiens de recherche (cf .annexe) ; il pose ici des questions fondamentales dans toute pratique médicale et soignante, en particulier quel sens donner à la mort des patients et comment la supporter dans le quotidien professionnel ?

D'un point de vue philosophique, Éric Fiat [SCHEPENS F. (dir.),2013] analyse la mort comme un événement rare, singulier et surprenant que nombre de médecins risquent de normaliser à force d'y être confrontés. C'est bien ce que suggère cet interne « *on a la vie de patients entre nos mains... En premier semestre j'étais dans un service ou les gens mouraient beaucoup et cela a eu des répercussions sur ma philosophie de vie... Je pense qu'on a tendance à beaucoup trop banaliser la mort et on se rend compte après coup qu'on était dans un stage très difficile. Quand je vois mes autres Co-internes qui ne se posent pas trop de questions, je pense que certains doivent se mentir à eux-mêmes » [PART 29]*

Le discours commun admet aussi pour les médecins la relative familiarité avec la mort qui rendrait son acceptation plus facile ; parallèlement existerait aussi l'idée que la profession médicale - grâce aux connaissances acquises - impliquerait une protection vis-à-vis de la maladie voire de la mort, ce qui pourrait en partie être à l'origine de certaines vocations [Ladevèze,2013], peut- être dans une logique de maitrise inconsciente de la finitude inexorable de l'être humain : c'est ce qui transparait dans les paroles de cette étudiante : *« le plus difficile c'était de ne pas maîtriser les choses et d'être impuissante face à la souffrance de cette patiente qui allait mourir... Comme il y a beaucoup de cancers dans mon entourage peut-être cela m'a donné une expérience supplémentaire… » [Part 24]*

Dans les soins il existe une règle tacite de neutralité émotionnelle face à la mort [Ladevèze,2013] ; la formation initiale des médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes fait l'impasse quasi complète de cette problématique même si dans certains services tels que la réanimation ou les soins palliatifs, la confrontation quotidienne à des personnes à la frontière entre la vie et la mort amène à des réflexions collégiales en particulier quand il s'agit de reconnaître les limites de la médecine et de son pouvoir curatif pour laisser la place à une logique palliative. Mort et médecine ont longtemps paru incompatibles. L'ouvrage collectif de Marie Frédérique Bacqué, tente de répondre à plusieurs de ces questions à travers une approche pluridisciplinaire [Bacqué, 2013]. Catherine Le Grand-Sébille articule ces deux dimensions conjointes dans la confrontation des professionnels de santé à la mort des patients : d'une part la dimension interne et subjective de leur travail et d'autre part la demande de collégialité comme protection face à des situations qui les dépassent. [SCHEPENS F. ,2013]

En particulier, la mort des jeunes adultes et grands adolescents à l'hôpital sont toujours difficiles et conflictuelles pour les professionnels et aussi dans les relations avec les familles des patients :

« Quand j'étais externe en stage à l'institut B. qui traite des sarcomes pour enfants et adolescents, on voyait des patients en grande souffrance avec des cancers extrêmement agressifs ; et on devait répondre aux angoisses des parents qui posaient souvent la question « il en a pour combien de mois ? », alors qu'on n'était

qu'externe on devait donner des nouvelles à ces parents qui étaient en demande d'information et on était très mal à la l'aise … J'aurais apprécié plus d'accompagnement dans ces moments- là de la part des internes ou des seniors … Rétrospectivement, depuis que je suis interne, j'essaie d'être vigilant à mon tour avec les externes mais c'est vrai qu'on n'a pas toujours le temps... »

[Part 12]

Comme cela ressort particulièrement de ce témoignage et comme le décrivent Redinbaugh E et Al. en 2003, pour ces étudiants, c'est en réalité la question posée de l'identification au symptôme et de la potentialité « dyschronique » de leur propre mort ; la plupart d'entre eux ont un vingtaine d'années, n'ont pas été confrontés au décès d'un de leur proche car ils font partie d'une génération dont les ascendants ont une espérance de vie très importante.

Dans cette exposition en première ligne, des mécanismes de défense sont mis en place par les étudiants en médecine pour une prise de distance physique et psychique par rapport aux corps des morts ; dès les premières confrontations en particulier au cours des travaux pratiques d'anatomie sur cadavres, les modalités de défense peuvent être l'humour noir, le cynisme, l'obscénité permettant aux professionnels de santé la distanciation par rapport aux patients décédés. [GODEAU, 2007] Pour autant, l'étudiant en médecine confronté à la mort du patient est autorisé implicitement à voir le corps mort - mais sans injonction de deuil puisqu'il n'y a pas de lien objectal. Cet accès au corps mort, sans le surgissement de la douleur en lien avec la perte de l'objet aimé et de ce qu'il était, interroge à nouveau sur un fantasme médical archaïque à travers une « expérience du voir », Je cite Laurie Laufer : « C'est au visible caché, à la pudeur et à la honte que se noue la question de voir le corps du mort, d'aller voir du côté du fantasme lié au mort. C'est dans cette perspective que la mort [....] peut provoquer l'exploration de l'archaïque et du primitif ? [....]La possibilité de réaliser ses désirs liés aux fantasmes de la sexualité infantile ne serait-elle pas alors au centre de la question qui articule fantasme, [mort] et désir ? L'expérience du voir est une des expériences au cœur de l'expérience infantile : N'a-t-on pas entendu que « la curiosité est un vilain défaut » ? La formule produit le fantasme de ce qu'il y a à voir : du corps dans ce qu'il a de plus dévoilé, son rapport à la mort et au sexe. » [Laufer, 2006]

Conclusion

Durant les longues années de son parcours académique, et surtout dès son immersion à l'hôpital et sa rencontre avec les patients, l'étudiant en médecine se conforme donc aux codes d'un monde médical et hospitalier hiérarchisé, où règne parfois une maltraitance « ordinaire », souvent corrélée à des phénomènes d'identification à l'agresseur ; l'injonction permanente de lutte contre les limites de sa propre temporalité domine ; l'endurance devient l'idéologie défensive de la profession médicale ; en contrepartie l'autorisation implicite de l'accès au corps somatique et la confrontation « dyschronique » à la mort du patient - ne manque pas d'interroger à travers cette « expérience du voir » sur un fantasme médical archaïque.

3 Chapitre III : Symptômes de la « maladie du médecin »

« L'état pathologique traduit la réduction des normes de vie tolérées par le vivant, la précarité du normal établi par la maladie »

CANGUILHEM Georges, Le normal et le pathologique, 1966

Les études sur la santé psychique des étudiants français sont rares alors que ceux-ci présentent des risques spécifiques : dans cet entre-deux temporel précédant l'entrée dans la vie active et autonome, ils doivent faire face à des changements psycho-sociaux majeurs [Boujut, 2009 ; Strenna, 2009] et leur vulnérabilité augmente [Stanley et al, 2001] tandis que c'est aussi la période d'apparition de la plupart des maladies psychiatriques de l'âge adulte. Très peu de travaux spécifiques s'intéressent aux étudiants en médecine, en dehors de quelques éléments récents sur le syndrome d'épuisement professionnel réalisés dans le cadre de thèses d'exercice en médecine générale [DAST, 2012.][LE TOURNEUR ET KOMLY, 2011]

À l'étranger par contre depuis plus d'une décennie - essentiellement sur le continent nord-américain, quelques équipes de recherche se sont consacrées à la santé psychique des étudiants en médecine [Dyrbye LN, Schwenk T] Dès le début des années 2000, l'équipe de Dyrbye Liselotte N -à travers une revue de la littérature faite à partir de 40 articles portant sur le stress psychologique des étudiants en médecine d'Amérique du Nord montre une prévalence élevée de la dépression et de l'anxiété, plus importante chez les femmes et augmentant en fin du parcours de formation [DYRBYE LN, 2006] d'autres équipes se sont aussi intéressées à ces questions [Adlaf EM,2005] [Garlow SJ, 2008] et ont mis en évidence une détresse psychologique plus importante et plus fréquente par rapport aux populations étudiantes et non étudiantes du même âge, en particulier une incidence élevée de divers troubles psychiques tels que le stress, l'anxiété, les états dépressifs, les conduites suicidaires ; toutefois ces études sont souvent transversales et demeurent plus descriptives qu'explicatives.

L'enjeu de ce chapitre est de décrire à partir de nos résultats les différents symptômes rencontrés spécifiquement chez les étudiants militaires en formation. Les analyses quantitatives et l'analyse par théorisation ancrée rapportaient en effet stress et anxiété, mais aussi d'importants troubles du sommeil, parfois des symptômes dépressifs, addictifs et des idées suicidaires ; La discussion et la mise en perspective de nos résultats se fera à partir des données quantitatives et qualitatives, en parallèle d'une comparaison aux données actuelles de la littérature.

3.1 Stress et troubles anxieux

Les théories du stress ont vu dès le début du 20ème siècle le développement de différents courants de pensées et ont fait l'objet de diverses controverses ; nous proposons ci -après un résumé des éléments les plus récents déterminants dans le cadre de notre étude.

3.1.1 Définitions et stades

Le stress (issu par l'anglais de l'ancien français « destresse ») est, en biologie, l'ensemble des réponses d'un organisme soumis à des pressions ou contraintes de la part de son environnement. Ces réponses dépendent toujours de la perception qu'a l'individu des pressions qu'il ressent. Sur un plan médical, il s'agit d'une

séquence complexe d'événements provoquant des réponses physiologiques et psychosomatiques. Par extension tous ces événements sont également qualifiés de stress. Le stress est différent de l'anxiété, celle-ci est une émotion alors que le stress est un mécanisme de réponse pouvant amener différentes émotions, dont l'anxiété. Différentes définitions sont reconnues actuellement :

Selon Lazarus et Folkman, le stress est défini comme une « transaction entre la personne et l'environnement » dans laquelle la situation est évaluée par l'individu comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être. [Lazarus et Folkman, 1984] Selon Crespy, c'est un générateur de pathologies (comme par exemple les migraines ou les troubles cardio-vasculaires) car l'organisme se mobilise tout entier pour apporter une réponse à des agressions environnementales. Cette mobilisation, si elle perdure, peut engendrer progressivement une usure et une dégradation des organes et des fonctions concernées. [Crespy, 1984]. C'est la double-perception pour l'individu d'un état de divergence entre une demande d'adaptation à un moment donné et la capacité à y faire face. C'est en réalité une dépense d'énergie, dont le bilan peut être positif ou négatif. D'après Hans Selye, endocrinologue qui a véritablement décrit le premier cette notion, le syndrome de stress évolue selon trois stades successifs [Selye, 1973] :

1. une réaction d'alarme : les forces de défense sont mobilisées
2. un stade de résistance » : le sujet s'adapte à l'agent stressant
3. un stade d'épuisement, atteint si l'agent stressant est suffisamment puissant et agit longtemps.

Eventuellement le sujet passe ensuite par une phase de récupération et de résilience.

3.1.2 Conséquences neurophysiologiques du stress chronique

Depuis quelques années, on connait beaucoup mieux les conséquences du stress chronique sur le plan neurophysiologique. On sait ainsi que le circuit cérébral des émotions et le développement psychopathologique sont influencés par le stress et la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS), avec une implication directe du cortisol. Par ailleurs, il a été mis en évidence que le circuit hippocampo-préfrontal peut être particulièrement altéré dans les troubles anxieux, la dépression, dans la schizophrénie, ce circuit étant reconnu comme primordial pour les fonctions exécutives et les processus mnésiques [Godsil et al. 2013]. Les modifications physiologiques cérébrales induites par le stress engendrent des troubles mnésiques concernant notamment la consolidation et le rappel des informations [Kuhlmann et al. 2005] notamment autobiographiques [Markowitsch, 1998] et en lien avec un niveau élevé de cortisol via l'activation de l'axe HHS [Lupien and McEwen, 1997]. Il est ainsi établi que le stress active l'axe HHS en induisant une augmentation de la sécrétion de cortisol. Le taux de cortisol est corrélé à l'activité de certaines régions cérébrales, incluant l'amygdale [van Stegeren et al. 2007], l'hippocampe [Pruessner et al. 2005] et le cortex préfrontal [Kern et al. 2008 ; Wang et al. 2005].

Les données de l'imagerie cérébrale qui utilisent l'IRM fonctionnelle (IRMf) de repos, permettant une très bonne mesure de l'intégrité fonctionnelle du circuit amygdale-CPFvm, ont confirmé les effets particulièrement délétères du stress au niveau cérébral : modification des arbres dendritiques sur lesquels s'effectuent les contacts synaptiques, blocage de la plasticité synaptique au niveau de l'hippocampe et du cortex préfrontal [Cerqueira et al., 2007], diminution de la neurogenèse dans l'hippocampe, apoptose ; tous ces changements mettent en jeu les corticostéroïdes et les récepteurs glutamatergiques et entraînent une forte perturbation des capacités d'apprentissage et de mémoire. Ces remaniements ciblent principalement la plasticité neuronale normale (structurale et synaptique) dans des circuits cortico-limbiques qui sont considérés comme des « zones à risque » dans plusieurs pathologies psychiatriques et sont connus pour contrôler les réponses cognitives et émotionnelles [Gould et al., 1998] en particulier, on connait aussi

depuis une dizaine d'années l'implication de la fonction de l'axe HSS dans les psychoses, les sujets à risque seraient particulièrement sensibles à certains types de stress comme le stress social ou les pressions de performances [Tessner et Al, 2009]

Les études d'imagerie réalisées chez l'animal ont enfin démontré le rôle causal du stress chronique sur le volume et l'activité fonctionnelle de l'hippocampe. [Lee & al., 2009]

On connait également beaucoup mieux depuis plusieurs années les facteurs génétiques qui pourraient moduler la réponse au stress : on a en effet découvert qu'un polymorphisme génétique au niveau du promoteur du gène codant pour le transporteur de la sérotonine modifiait le niveau de l'expression génique. Plusieurs études épidémiologiques et expérimentales sont venues confirmer l'implication de ce gène dans la modulation de la réponse au stress et dans l'augmentation du risque de symptômes dépressifs [Caspi & al., 2010].

En conclusion, l'influence du stress et des perturbations de l'axe HHS sont aujourd'hui de mieux en mieux documentés en psychopathologie, en particulier dans les états mentaux à risque[92] ; ce qui implique d'identifier plus précisément - aussi pour les étudiants en médecine - les facteurs à l'origine de ce stress afin de mettre en place in fine les stratégies de prévention les plus adaptées.

3.1.3 Stress lié au parcours académique

Le stress et l'anxiété des étudiants ont été relevés dans la quasi-totalité des entretiens de recherche (tableau 44) ; il existe en France très peu de données spécifiques concernant le stress des étudiants en médecine. Nos résultats qualitatifs corroborent toutefois les données des enquêtes réalisées par les mutuelles Françaises étudiantes tous les cinq ans dans la population étudiante en général, même si les résultats de telles enquêtes restent toujours discutables sur un plan épidémiologique en raison du faible taux de réponse obtenu : 55 % des étudiants se sentent anxieux, majoritairement des étudiantes et plus de 15 % d'entre eux consomment soit des calmants, soit des excitants en période d'examens ou de stress. [LMDE, 2014] Une autre étude menée sur plus de 250 étudiants français en deuxième année montre que les tracas les plus fréquents chez ces étudiants sont liés au temps : il s'agit des horaires à respecter ou du manque de temps, mais aussi ce stress est lié aux déménagements, aux transports, à la réussite universitaire, aux moyens financiers et enfin à la consommation excessive d'alcool. [Réveillère C.et al, 2001] Dans la population étudiante en général qui est davantage étudiée en France, l'appréhension des examens et le manque de temps ont été relevés comme les tracas à la fois les plus stressants et les plus fréquents dans une autre recherche menée sur une population de 537 étudiants de première année. [Boujut E., 2003] Ensuite sont relevés dans les tracas les plus stressants la fatigue, les tâches ménagères, et la dépendance financière. Enfin la peur de s'être trompé d'orientation académique, le fait d'avoir trop de travail universitaire, le manque d'argent et Les problèmes de santé sont soulignés comme les facteurs les plus stressants. Nos résultats sont donc cohérents avec les données des études antérieures réalisées auprès des étudiants en dehors des filières médicales. Concernant le stress académique, une étude intéressante a porté sur l'impact de la préparation du concours de pharmacie en première année, recherchant les effets de la préparation aux concours à travers une mesure des niveaux d'anxiété-trait et de stress dans une population d'environ 230 étudiants ; Les résultats montrent que les niveaux d'anxiété et de stress chez ces étudiants sont identiques à ceux des étudiants inscrits dans des filières universitaires qui ne comportent ni concours ni numerus

[92] **Krebs MO**, Magaud E, Willard D, Elkhazen C, Chauchot F, Gut A, Morvan Y, Bourdel MC, Kazes M Assessment of mental states at risk of psychotic transition: validation of the French version of the CAARMS. *Encephale*. 2014 Dec;40(6):447-56.

clausus ; Le niveau de stress semble plus important chez les étudiantes, également chez les étudiants éloignés de leurs familles durant la préparation du concours, et chez ceux qui font des études de pharmacie par vocation.[Abdel Halim Boudoukha,2011]

Quelques travaux se sont intéressés plus spécifiquement au stress des étudiants en médecine :

L'un d'entre eux, très original, a été réalisé en 2013 par le Professeur Isabelle Arnulf : elle a étudié les rêves faits par 719 étudiants en première année de médecine la veille de passer le concours ;ceux qui avaient rêvé du concours avant de le passer obtenaient une meilleure note que ceux qui n'en avait pas rêvé ; Cette simulation virtuelle de l'épreuve semblait ainsi apporter un gain de performance ;Par contre, parmi ceux qui se souvenaient d'avoir rêvé la veille, 60,4 % avait rêvé du concours dans lequel ils avaient en majorité un problème, surtout des retards ou l'oubli d'affaires ou des erreurs pour cocher les questions. Ces résultats indiquent que l'anticipation négative d'un événement stressant est quasi universelle en rêve ;

Une étude transversale suédoise portant sur plus de 340 étudiants de 1ère, 3° et 6 ° année de médecine montre que les étudiants subissent un stress lié aux études le plus élevé en 1° année, en particulier chez les étudiantes [DAHLIN M, 2005] ; une étude coréenne portant sur l'analyse de 2700 questionnaires auprès d'étudiants en médecine [PARK et Al.2015] souligne également que le stress et les difficultés sociales diminuent l'empathie chez les étudiants, en particulier chez les femmes et en 1° année d'étude.

Pour rappel, une équipe franco- américaine a publié en 2016 un outil spécifique testé, validé et possédant de très bonne qualité psycho- métriques : ce questionnaire très rapide est recommandé pour évaluer de façon trimestrielle les éléments qui ont pu stresser l'interne au cours des trois derniers mois précédant le questionnaire : l'Internal Medicine Residency Stress Scale (IMRSS), l'IMRSS est fortement corrélé avec l'épuisement émotionnel et l'anxiété. [Myszkowski et Al, 2016]

Deux revues récentes de la littérature américaine retrouvent parmi les étudiants en médecine une détresse psychologique supérieure à celle de la population des étudiants en général, et soulignent l'impact particulier dans cette profession d'une charge émotionnelle spécifique. [Matheson et al, 2016][Brazeau et al, 2014]

3.1.4 Stress professionnel des internes lié à la prise en charge des patients

En ce qui concerne les internes de notre population, ce stress était essentiellement lié à la crainte de faire une erreur médicale dans la prise en charge des patients (14,9% des étudiants présentaient cette crainte quotidiennement), et plus de 16,4% des internes étaient préoccupés par leurs patients en dehors du contexte professionnel, en particulier le lendemain des gardes, c'est-à-dire pendant le repos de sécurité. (cf. chapitre des résultats)

Cet étudiant souligne :

« En tant qu'interne j'appréhendais énormément mon premier stage aux urgences ; quand on est externe on est très passif et pas du tout autonome... Et pendant tout l'internat on a qu'une peur c'est de tuer le patient !... On a un métier très particulier ; le médecin même quand il est dehors de chez lui, continue à penser à son patient et au traitement qu'il a mis en place, au fait qu'il va le retrouver ou non le lendemain ; c'est un stress permanent surtout en chirurgie ! » [PART 23]

Beaucoup d'étudiants se sont livrés davantage alors que l'enregistrement était terminé :

Ainsi cet étudiant en 9° année rapporte alors que je viens d'arrêter l'enregistrement : « en fait on donne énormément à l'hôpital ! J'aimerais bien être le coiffeur qui une fois qu'il rentre chez lui le soir ne pense plus à rien... on y pense un peu tout le temps... » [PART18]

« Quand on est interne, on ramasse forcément car on découvre à peu près tout.... Si on se laisse submerger par le stress, si on n'est pas séniorisé, on a vite fait de se dire qu'on est mauvais et on n'a pas confiance en soi, c'est un vrai cercle vicieux ! » [PART 29]

il existe cependant peu de données dans la littérature concernant les causes et les conséquences professionnelles de ce stress psychologique, notamment au niveau de la compétence et de la prise en charge des patients ; ce stress, lié pour partie à l'augmentation des connaissances techniques et médicales, peut alourdir la charge cognitive propre à la psychologie du travail, aux exigences en termes de qualité de soins, à l'intégration dans les décisions médicales des problématiques liées à la santé publique ; le jeune praticien y répond de façon plus ou moins adaptée selon sa personnalité, mais aussi selon son expérience professionnelle, selon son ancienneté et son degré d'autonomie et de responsabilisation.

3.2 Troubles du sommeil

Plus de 50 % des étudiants interrogés dans notre étude présentaient des troubles du sommeil. Les jeunes praticiens et professionnels de santé sont particulièrement exposés à ces troubles du fait de leurs horaires de travail atypiques, en particulier lors des gardes à l'hôpital. (Tableau N°29)

Ces troubles sont extrêmement fréquents dans la population générale. Selon les études, l'insomnie touche entre 7 %et 21 % de la population française. Ils constituent un enjeu de santé publique car ils retentissent directement sur la qualité de vie personnelle, sur la vie professionnelle, et sur l'intégration sociale. Pour autant, ils demeurent mal connus et sous-évalués par les médecins eux-mêmes ; il existe très peu d'études spécifiques portant sur les répercussions des troubles du sommeil chez les soignants. Il est pourtant évident que la privation de sommeil chronique altère les performances attentionnelles et mnésiques des soignants, ce qui peut induire une réduction de la concentration, des difficultés de compréhension, une altération dans la prise de décision et finalement nuire à la qualité des soins ; Une thèse d'exercice originale montre clairement le bénéfice d'une courte sieste postprandiale sur les performances attentionnelles des internes de médecine lors de gardes dans un service d'urgence, le bénéfice de ce type de sieste semblant être efficace au moins onze heures après la sieste [Zidour,2012]

Plusieurs études ont mis aussi en évidence des liens entre épuisement professionnel, dépression et potentialités suicidaires. Dans celle de De Barros et Al. au sein d'une population de pompiers américains, la détresse psychologique et les troubles psychosomatiques étaient significativement associés à des troubles du sommeil, et, de même que les idées suicidaires et la consommation pathologique d'alcool mais de manière moins significative ($0,05<p<0,085$) ; Ainsi, dans notre population d'étudiants en médecine qui présentent une prévalence importante des troubles du sommeil, les conséquences psychiques et psychopathologiques de ceux-ci sont à prendre en compte [Vargas de Barros, 2013]

3.3 Dépression

Notre étude n'avait pas pour objectif principal de quantifier la symptomatologie dépressive de notre population et nous ne pouvons donc pas apporter de résultats épidémiologiques quant à sa prévalence car il

aurait fallu l'évaluer à partir de questionnaires standardisés. Nous proposons cependant dans les paragraphes suivants une synthèse des données épidémiologiques disponibles dans la population générale, chez les étudiants et dans la filière médicale.

3.3.1 Données épidémiologiques chez les étudiants

En premier lieu, faisons un point sur les données disponibles pour la population générale et la population étudiante des d'autres filières.

Une étude menée auprès de 1455 étudiants indiquait que 53 % des étudiants avaient expérimenté des sentiments dépressifs depuis leur entrée à la faculté [Furr S.R., 2001] 30 % des étudiants avaient vécu dans l'année écoulée une période de plus de 15 jours où ils s'étaient sentis tristes ou déprimés.

En effet, 86 % des étudiantes et 68 % des étudiants déclaraient s'être sentis déprimés au cours des 12 derniers mois. Les principales causes de ce malaise seraient les études, les relations avec leurs parents et les problèmes financiers. Une étude américaine réalisée sur 630 étudiants avait mis en évidence une prévalence de 31 % de dépression [Pastore D.R, 1996]

L'étude de Lafay et al.] menée auprès sur 1521 étudiants français montrait que 5,9 % d'entre eux présentent un épisode dépressif majeur selon les critères du DSM-IV et 30,8 % des symptômes dépressifs. Pour une population âgée de 18 à 25 ans en moyenne, l'importance de ces symptômes déclarés ou constatés est inquiétante. Benton & al. observaient d'ailleurs une augmentation du pourcentage des étudiants venant consulter pour troubles dépressifs (de 21 à 42 %) et anxieux (environ 36 %). [Benton S.A., 2003]

En résumé, d'après la littérature, les symptômes dépressifs concernent environ 30 % des étudiants et près de 6 %des étudiants présentent un épisode dépressif majeur.

3.3.2 Données spécifiques sur les étudiants en médecine

Il est clair que les étudiants en médecine présentent un haut risque de dépression ; pour autant la prévalence estimée de ce trouble est très variable selon les études :

À titre d'exemple, Costantini & al (2001) constataient, sur une population de 935 étudiants de première année, que 14 % avaient un score au GHQ supérieur à 31, ce qui traduirait leur mal-être. En Norvège, Nerdrum et al. relevaient 21 % de scores supérieurs au seuil critique avec le même outil [Nerdrum P., 2006]Dans une étude anglaise plus ancienne, ce pourcentage était de 31 % chez les étudiants en médecine contre seulement 10 % chez leurs pairs non étudiants [Firth J. 1986] ; En Irlande, ce taux s'élevait à 43 % chez des étudiants de première année de psychologie [Tyrrell J., 1996] Une étude (de prévalence) transversale suédoise portant sur plus de 340 étudiants en 1ère, 3° et 6 ° année de médecine montrait également que les étudiants ont un taux de dépression plus élevé que dans la population générale, en particulier chez les étudiantes [DAHLIN M, 2005]

Une autre Étude transversale réalisée chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph (USJ) de Beyrouth portant sur la prévalence des troubles anxio-dépressifs, avait pour objectif d'évaluer l'état émotionnel des étudiants en médecine et le comparer à celui d'une population témoin (étudiants en pharmacie), afin de pouvoir dégager l'effet néfaste des études universitaires sur l'humeur des étudiants en médecine. Les prévalences retrouvées chez les étudiants en médecine de l'USJ pour la dépression (27,63 %)

et pour l'anxiété (69 %) sont plus élevées que celles retrouvées dans la littérature (23 % de dépression chez les étudiants américains, et 41 % d'anxiété), mais inférieures à celle retrouvées à l'Université de Hong-Kong (48 % des étudiants ayant un score de Beck13 > 8). La 4e année s'est avérée être celle où il y a le plus de troubles anxiodépressifs parmi les sept ans de médecine (44,23 % de dépression et 79,24 % d'anxiété). Les antécédents psychiatriques apparaissaient comme de puissants prédicteurs des troubles anxiodépressifs. Pour Stuber, la prévalence de la dépression chez les étudiants en médecine serait identique à la population générale, ce qui semble concorder avec les chiffres précédents, mais l'incidence augmenterait avec l'avancée dans les études. [Stuber, 2006]

Afin de préciser ces données, Mata et Al en 2014 ont publié une première revue de la littérature [MATA, 2015] concernant les 54 publications utilisant des auto-questionnaires validés pour l'évaluation de la dépression ou des symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine ; celle -ci estimait la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs à 28,8%.

Ces chiffres sont complétés par une revue américaine parue dans le *Journal of the American Medical Association (*JAMA) [Schwenk TL., 2015] : cette revue de la littérature est fondée sur l'analyse de 54 études qui ont porté sur 17.560 internes pendant plusieurs décennies. Les études analysées pour ces travaux ont été publiées entre janvier 1963 et septembre 2015. Trois d'entre elles se fondent sur des entretiens effectués par des psychiatres ou des psychologues et 51 sur des enquêtes.

La part des dépressions ou de symptômes dépressifs parmi les médecins débutants était de 29% soit 4.969 sur les 17.560 qui ont été interrogés ou ont répondu à un questionnaire avec une variation allant de 21 à 43% selon les études : *autrement dit, près d'un tiers des jeunes médecins en internat souffrent de dépression ou ont des symptômes dépressifs, soit plus du triple que dans le reste de la population.* Au-delà des effets de la pathologie mentale sur ces internes, leurs symptômes entrainent bien évidemment une mauvaise qualité des soins pour les patients et un accroissement du nombre d'erreurs médicales, mais aussi pour ces internes, de possibles problèmes de santé sur le long terme.

Les chercheurs ont également constaté une augmentation légère mais significative du taux de dépression parmi les jeunes médecins au cours des cinq décennies couvertes par leur recherche. « Cet accroissement de la fréquence de dépression est surprenante (...) surtout après les réformes mises en œuvre au cours des années pour améliorer la santé mentale des médecins en internat », estime le Dr Srijan Sen de l'Université du Michigan. [Schwenk TL., 2015]

« Dans la mesure où l'apparition de symptômes dépressifs quand on est jeune sont liés à des risques accrus de dépression plus tard dans la vie (...) les résultats de cette étude pourraient signaler des problèmes de santé pour ces internes sur le long terme (...) et une moindre qualité des soins prodigués à leurs patients », écrivent les auteurs. Selon eux, « d'autres études sont nécessaires pour identifier des stratégies plus efficaces pour prévenir et traiter la dépression parmi les médecins en formation ». Dans une tribune également publiée dans le JAMA, le Dr Thomas Schwenk de la faculté de médecine de l'Université du Nevada à Reno, juge que «la prévalence de symptômes dépressifs et de dépression parmi les médecins en formation mise en évidence dans cette étude est un important révélateur de problèmes plus profonds dans le système de formation médicale qui nécessitent un changement ». [Schwenk TL., 2015]

En ce qui concerne les médecins plus âgés, déjà en exercice, plusieurs études affirment que les médecins sont deux fois plus déprimés que la population générale : près de 30 % des médecins seraient déprimés ; d'autres travaux parlent d'une prévalence de la dépression similaire à la population générale et comme les médecins consultent moins, le risque de passage à l'acte suicidaire augmente. [Torre, 2005]

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, ceux-ci sont communément retrouvés en particulier chez la femme. Lindemann et Al soulignent dans leurs travaux [Lindemann S., 1996-1997] que certains praticiens

présentaient de véritables troubles bipolaires sans qu'ils n'aient jamais eu de traitement de type thymo régulateur ou antidépresseurs ; ils remarquent aussi que les traitements médicamenteux chez les médecins sont relativement rares.

En conclusion, Les troubles psychiques et dépressifs des étudiants en médecine sont souvent mal repérés ou mis sous silence par les médecins eux-mêmes, dans la difficulté qu'ils ont à demander de l'aide. Il existe aussi une stigmatisation de la dépression chez les médecins malades et leurs collègues de là découle la réticence à être placé en arrêt de travail pour ces médecins souffrant de troubles psychiques car cela entraîne souvent pour leurs confrères une surcharge de travail supplémentaire, ce qui constitue également un risque pour ces derniers qui continuent à travailler. [Schwenk TL, 2008, 2010, 2015] ;

Ces données interrogent sur deux points : d'une part quelles sont les étiologies possibles de ces symptômes ou état dépressifs chez les jeunes praticiens, et en particulier quelles différences étiologiques pourrait-on mettre en évidence entre les étudiants des professions de santé et les autres catégories d'étudiants ou la population non étudiante ? D'autre part quelles seraient les pistes de prévention primaire possible ? Nous développerons ces points dans la troisième partie de ce travail

3.4 Addictions et conduites à risque

3.4.1 Principaux résultats de notre étude

Nous résumons ici les principaux résultats de notre étude en ce qui concerne les conduites addictives :

- 15 % des étudiants consommaient du tabac ; (tableau n°24)
- 7,8 % consommaient 5 à 10 tasses de café par jour (tableau n°25)
- 37,5 % des étudiants consommaient de l'alcool au moins1 fois par semaine et 24,1 % plusieurs fois par semaine (tableau n°28)

Notre étude retrouvait en outre une corrélation entre la consommation d'alcool et l'épuisement émotionnel pour les élèves de la première et deuxième année (p< 0,001) et une perte d'empathie en lien avec la consommation d'alcool pour les élèves de la quatrième à la huitième année (P ‹ 0,01) (tableau n°37)

7,8 % des étudiants de notre population estimaient avoir un comportement à risques pour eux-mêmes ou pour les autres, pour 70 % d'entre eux il s'agissait d'un comportement à risque en voiture et pour 46,7% il s'agissait d'un comportement sexuel à risque :

Sur 258 réponses, 7,8% étudiants estimaient avoir un comportement à risque pour eux ou les autres (Tableau 30).

Peu d'étudiants ont précisé la nature de leur comportement à risque (Tableau 30):

Sur 20 étudiants ayant explicité la nature de ce comportement, 70% estimaient avoir un comportement à risque en voiture.

Sur 15 étudiants ayant répondu 46,7% estimaient avoir un comportement sexuel à risque.

Certains étudiants (cinq) ont précisé leur comportement à risque : 1 a précisé « alcool », 1 a précisé « alcoolisme aigu », 1 a précisé « fatigue au volant », 1 a précisé « moto/montagne », 1 a précisé « sabotage : privation de sommeil, tabagisme, alcoolisme aigue ».

En ce qui concerne la consommation de drogues ou de médicaments psychotropes a visée anxiolytique, hypnotique ou anti dépressives, La fréquence retrouvée de la consommation de ces substances psychoactives était particulièrement faible, ce qui ne manque pas d'interroger sur une potentielle sous déclaration [Chocard, 2003] compte tenu des modalités de réalisation de l'étude et du remplissage des questionnaires en Amphithéâtre dans notre population d'étude ; Cependant on note une fréquence de consommation de cocaïne ou autres drogues de près de 13 % pour les élèves de la quatrième année, ainsi que 22,6 % de consommation de cannabis au moins 1 fois par mois toujours pour ces élèves de quatrième année ***(tableaux n°27 et 28)***

3.4.2 Comparaison aux autres données épidémiologiques

3.4.2.1 Selon l'âge et le type d'addictions

L'addiction peut être utilisée comme un produit de dopage afin d'augmenter l'efficacité au travail, ce type de consommation allant de pair avec le déni de dépendance [Chocard, 2003] et atteignant toutes les tranches d'âge médicales de l'étudiant aux praticiens seniors.

Les conduites addictives ont pu démarrer tôt dans les études, s'aggravant progressivement avec le temps, d'abord dans un but festif, puis se transformant insidieusement en consommation avisée presque thérapeutique afin de lutter contre le surmenage, la fatigue, le mal-être.

L'alcool et les médicaments sont les premiers produits utilisés par les médecins en cas d'addiction [Center, 2003]. L'addiction à l'alcool serait plus élevée chez les femmes médecins par rapport la population générale, et tout comme les médicaments serait une aide pour atténuer la violence émotive et affective et porter le « souci de l'autre »[Gautier I.,2003] Comme dans la population générale l'alcoolisme est souvent retrouvé dans les antécédents Des personnes suicidaires, certains estimant que 40 % des médecins qui se sont suicidés avait des problèmes en lien avec une addiction à l'alcool [Rose,1973]

Ensuite on retrouve les drogues illicites et l'addiction au travail [Hugues, 1992], souvent pour les praticiens libéraux ou hospitaliers confronté à une impossibilité pour eux-mêmes de dire non aux demandes des patients, situation qui peut entraîner une surcharge de consultations et potentiellement des erreurs diagnostiques et thérapeutiques. L'auto prescription de médicaments psychotropes est fréquente, [Chocard, 2003] et les médicaments les plus souvent utilisés sont les benzodiazépines et les opiacés ; cette automédication s'explique par la facilité d'accès aux produits, mais aussi par le souci d'indépendance, de discrétion, de gain de temps et dans une approche de la gestion du stress fondée sur la chimiothérapie comme cela est enseigné lors des études médicales. Toutefois en ce qui concerne l'accès aux produits stupéfiants, les médecins utiliseraient moins de produits illicites que les groupes contrôles, même s'ils sont plus susceptibles, comparés à une population de même âge d'avoir des expériences avec des produits stupéfiants, ils sont moins susceptibles d'en faire un usage courant. Notre étude confirme les résultats de la littérature [Hugues, 1992]

3.4.2.2 Selon la spécialité et le type d'études

Les étudiants en tant qu'adultes jeunes sont classiquement décrits dans la littérature comme une population à la fois en bonne santé mais ayant aussi des comportements dits à risque, tels que l'alcoolisme ou le tabagisme.

Selon le baromètre santé publié en 1999, environ un français sur deux dans la tranche des 18 à 25 ans déclarait fumer ; c'est la prévalence tabagique la plus Importantes de toutes les tranches d'âge la vie. En 2015, 25 % des étudiants apparaissent comme des fumeurs réguliers (enquête nationale sur la santé des étudiants, LMDE, 2015), ce qui met en évidence une consommation de tabac significativement inférieure chez les étudiants de notre population ;

Ceux qui fument du tabac régulièrement sont également ceux qui consomment le plus d'alcool et de substances illicites ; Par ailleurs ceux qui fument régulièrement se jugent moins bons au niveau des compétences universitaires Par rapport à ceux qui ne fument pas, et ce qui ne fument jamais sont plus satisfaits de leur orientation que les fumeurs ; Cela corrobore le fait que la consommation de tabac Serait en lien avec la santé physique et mentale, Et cela suggère l'intérêt de prendre en compte cette variable dans les modèles explicatifs de la santé des étudiants ;

Dans la population étudiante en général, trois étudiants sur quatre déclarent consommer de l'alcool au moins occasionnellement, dont 10 % de façon importante pour excessive (enquête nationale sur la santé des étudiants, LMDE, 2015) ; Ceux-là prendraient significativement plus de risques sexuels que les autres [Vandettoren, 2002] Dans l'enquête de la mutuelle étudiante, 43 % ont déjà consommé du cannabis et 17 % consomment de façon soit occasionnelle soit régulière.

Une seule étude française à ce jour menée Le docteur Guillaume Fond, le Dr Philippe Domenech et leurs collaborateurs de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil s'est intéressée spécifiquement à la consommation de psychostimulants chez les étudiants en médecine : Les résultats de cette étude conduite dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire de pédagogie médicale sont parus dans la presse grand public en août 2015[93]: Ils révélaient qu'un tiers des étudiants en médecine en France avaient déjà consommé des psychostimulants dans le but notamment d'obtenir de meilleurs résultats à leurs examens, avec la particularité de recourir pour certains à des corticoïdes oraux ; il n'existait jusqu'à présent aucune donnée précise en France sur le recours des étudiants aux psychostimulants pour augmenter leurs performances ;

Cette étude avait permis d'obtenir 1700 réponses à un auto-questionnaire envoyé par Internet à des étudiants de premier et deuxième et troisième cycle dont 63 % de femmes et répartis sur toute la France ; Après exclusion des étudiants qui prenaient des psychostimulants pour raison médicale (hyperactivité, narcolepsie), il apparaissait que 33% des répondeurs déclaraient avoir déjà consommé des psychostimulants dans leur vie (en dehors du café et de la vitamine C) sans différence entre les hommes et les femmes.

Selon les auteurs, les étudiants en médecine étaient 30% à rapporter une prise de psychostimulants en vente libre, comme des comprimés de caféine concentrée ou des boissons énergisantes contenant de la caféine. Ces sujets commençaient leur consommation en majorité dans les années précédant le concours de première année ou l'examen classant national (ECN), principalement pour augmenter leur vigilance en compensation vraisemblablement de la privation de sommeil.

Les consommateurs de psychostimulants en vente libre présentaient un risque doublé de consommer d'autres psychostimulants par rapport aux étudiants qui n'en prenaient pas.

Le recours à des psychostimulants disponibles sur ordonnance était plus faible, avec 6,7% des étudiants déclarant un usage de corticoïdes, de méthylphénidate et/ou de modafinil. L'objectif principal était d'augmenter les performances aux examens et la vigilance, notamment pour les gardes. Il s'agit en majorité d'étudiants ayant déjà validé l'internat, et ont donc le pouvoir de prescription, plutôt des corticoïdes après l'internat et davantage de méthylphénidate et de modafinil après la thèse.

[93] http://presse.inserm.fr/dopage-intellectuel-lusage-de-psychostimulants-par-les-etudiants-en-medecine/24086/ consulté le 28 mai 2016

Les chercheurs notaient que Les prévalences des consommations de méthylphénidate et de modafinil en France sont inférieures dans cette enquête à celles observées chez des étudiants d'autres pays (toutes disciplines universitaires confondues), ce qui s'explique probablement aux restrictions de prescription de ces deux molécules en France (spécialistes, ordonnances sécurisées...) et suggéraient une politique efficace pour limiter le mésusage.

En revanche, le recours aux corticoïdes était élevé (4,5%), « ce qui semble être une spécificité française ». Ces étudiants déclaraient rechercher majoritairement à augmenter leur vigilance au cours des périodes de révisions, Ce qui n'est pas sans conséquence car on le sait la consommation de corticoïdes oraux pendant quelques semaines peut avoir des effets secondaires graves notamment en ce qui concerne l'anxiété, du stress, la prise de poids, la fonte musculaire. Les résultats indiquent par ailleurs que 5,2% des étudiants prenaient des psychostimulants illicites, comme de la cocaïne et des dérivés d'amphétamines (ecstasy, MDMA) à visée récréative ou expérimentale. « C'est moins que la prévalence pour la population française générale, autour de 7-10%, suggérant que les étudiants en médecine sont plus prudents avec ce type de produit »

Aucun étudiant n'avait déclaré être dépendant aux psychostimulants mais comme il s'agit d'auto-questionnaires, « les sujets pointent par là en tout cas la sensation de contrôle sur la prise de psychostimulant et de consommation ponctuelle », notent les auteurs.

Globalement, les chiffres de la France se rapprochent de ceux de la Suisse, semblent plus élevés que ceux de l'Allemagne et des Pays-Bas et sont inférieurs à ceux des États-Unis, où le phénomène de consommation de psychostimulants augmente régulièrement depuis 20 ans dans les campus universitaires.

Ce travail de recherche interroge sur la difficulté inhérente aux études médicales, sanctionnées par deux concours majeurs, des études longues et exigeantes, à la fois sur le plan de la performance mnésique mais aussi sur le plan des capacités physiques car cette profession implique des gardes de nuit qui perturbent fortement la concentration et la vigilance.

Il existe peu de données en ce qui concerne les conduites addictives selon la spécialité : il semblerait cependant que les anesthésistes réanimateurs, les urgentistes, les psychiatres soient particulièrement touchés. Une étude anglaise estime que 5 % des internes en anesthésie-réanimation pourraient présenter un abus ou une dépendance aux substances psychoactives, avec un chiffre inférieur pour les médecins anesthésistes en exercice de l'ordre de un à trois % [Bonnet, 2002]

3.5 Conduites suicidaires

La souffrance psychique chronique, si elle n'est pas reconnue et accompagnée, peut aboutir à des troubles conduisant au suicide. Dans notre étude, les idées suicidaires étaient présentes chez 10, 5% des élèves au cours des 12 des derniers mois précédents ; 9,8% des élèves de 4ème année et **21,2% des élèves de 8ème année** présentaient des pensées de mort pour eux-mêmes ou avaient réalisé une tentative de suicide. Le but de ce paragraphe est de présenter des données épidémiologiques générales et spécifiques afin de mettre en évidence un profil du « médecin à haut risque suicidaire », qui pourrait venir éclairer les indispensables actions de prévention.

3.5.1 Données épidémiologiques générales

Dans chaque cas de suicide, on cherche à en comprendre et à en expliquer les multiples déterminants. Les recherches actuelles tendent à intégrer différents facteurs de risque de nature biologique, psychologique et sociale. Quelques données récentes sont pertinentes dans la compréhension de notre problématique : En France en 2012, on estimait à 9715 le nombre de décès par suicide. Les taux de suicides sont trois fois supérieurs chez les hommes ; En 2012 il s'élevait à 9,4 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans ; la part du suicide dans la mortalité générale était nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 18 % du total des décès.

En 2012, les modes de suicide les plus fréquents étaient les pendaisons (54 %), les armes à feu (15 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, la pendaison était à l'origine de 59 % des suicides et les armes à feu de 19 %. Pour les femmes, la pendaison (39 %) et la prise de médicaments et autres substances (25 %) étaient les modes les plus utilisés.

On ne dispose pas à ce jour de données précises concernant les tentatives de suicide chez la population étudiante en médecine en France. Cependant, une étude épidémiologique des tentatives de suicide d'étudiants hospitalisés au CAP (Centre Antipoison) de Rennes en 1991 [Paysant, 1995)] a porté sur 122 dossiers (82 femmes et 30 hommes) pour une moyenne d'âge comprise entre 21 et 22 ans. 65% sont issus du premier cycle, 12 % en licence, 11% en maîtrise, les autres en troisième cycle et préparation aux grandes écoles. Il existait une surreprésentation féminine, (73%) par rapport à la population générale.

Les motifs invoqués de passage à l'acte étaient les suivants :

- Problème d'ordre sentimental (40 %)
- Conflits familiaux (35 %)
- Stress des examens et échec (25 %)

Dans 75 % des cas il s'agissait de problèmes liés à l'estime de soi dans le domaine intime, familial ou professionnel, concernant en particulier les étudiants en premier cycle.

Dans cette étude, la répartition des tentatives selon les mois de l'année montrait une chronologie rythmée par la vie universitaire, les taux les plus importants étaient trouvés en mai et en juin (période d'examens), de forts taux étaient également constatés en février (reprise des cours et résultats d'examens du premier trimestre).

3.5.2 Données épidémiologiques chez les médecins

De nombreuses études ont été réalisées à l'étranger depuis le début des années 70 en particulier aux états unis et au Canada sur la question du suicide et des tentatives de suicide chez les médecins [Rose et Rosow, 1973][Steppacher et Mausner, 1974] ; il existe très peu d'études françaises à ce jour, en dehors des travaux de Léopold. [Léopold, 2003 à 2006]

3.5.2.1 Données épidémiologiques générales

Toutes les études montrent un risque relatif de suicide et un taux de suicide le plus important chez les médecins que dans la population générale. Notamment Arnetz dans son étude réalisée en 1987 a montré que les médecins avaient un ratio mortalité suicide (RMS) élevé par rapport à la population générale mais aussi par rapport aux autres universitaires [Arnetz, 1987] et de la même manière un RMS plus élevé que chez d'autres professionnels ; RosenBerg & al évoquent aussi un taux de suicide chez les médecins plus élevé que dans d'autres professions. [Rosenberg et Al, 1993]

Plusieurs autres études (mais aucune en France) se succèdent dans les années 80-90, confirmant le taux de suicide plus élevé chez les médecins que dans la population générale

C'est le docteur Léopold, médecin généraliste qui a réalisé en France en 2003 [Leopold, 2003] la première enquête à la demande du conseil de l'ordre du Vaucluse après le constat inquiétant de 11 suicides de médecins en activité recensés dans ce département sur une période de cinq ans. Cette étude avait confirmé une incidence du suicide de 14 % dans la population médicale alors que le taux d'incidence du suicide dans la population générale était de 5,6 % pour la population d'âge comparable (risque relatif égal à 2,37 par rapport à la population générale). Ce travail, même s'il comportait certains biais d'analyse, avait été confirmé en 2004 par Stack qui avait obtenu des taux de suicide chez les médecins 2, 45 fois plus élevé que dans la population générale en âge de travailler. [Stack, 2004]

En2005, Hampton établit une revue de la littérature depuis le début des années 60 et parvient la conclusion que les risques sont de 7 à 40 fois plus élevés respectivement pour les hommes et les femmes médecins par rapport à la population générale. [Hampton, 2005]

Torre en 2005 montre de la même façon que -si les médecins ont un état de santé supérieur la moyenne et une espérance de vie plus longue- leur taux de suicide est pourtant plus élevé que celui de la population générale [Torre et Al, 2005]

En France Les données de la littérature sur les tentatives de suicide chez les médecins en particulier sont rares. Cependant certaines données sont concordantes dans la plupart des études :

Les médecins présentent plus d'idées suicidaires que dans la population générale ou que dans la population d'autres professionnels non médicaux ; les femmes médecins seraient plus à risques d'idéations suicidaires que les hommes médecins ; la problématique particulière du suicide s'articule avec trois facteurs de risques retrouvés le plus souvent dans la littérature chez les médecins sont la dépression, les troubles de l'humeur, et les addictions ; il existe une corrélation importante entre ces éléments et le risque suicidaire.[Arnetz, 1987] Ainsi, un médecin sur dix est susceptible de développer un épisode lié à un trouble psychique et/ou à de conduites addictives au cours de sa vie professionnelle [Chocard AS, 2007] et il est fréquent de retrouver chez des médecins suicidés des antécédents de dépression ou d'abus de substances.

C'est seulement 2008 que le conseil national de l'ordre des médecins et la CARMF[94] ont mis en place un observatoire des décès des médecins libéraux, le recueil de données effectué, même s'il comporte quelques biais en particulier liés à la difficulté de réaliser le diagnostic de suicide, confirme un risque relatif de suicide de 1,4 par rapport à la population générale, et une surexposition importante des femmes médecins ; ces données sont concordantes avec celles rapportées dans d'autres autres pays d'Europe et d'Amérique du nord.[Leopold,2003]

[94] *Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France*. La *CARMF* gère la retraite des médecins libéraux de France.

Schernhammer montre que les médecins font de moins de tentatives de suicide que la population générale mais qu'il y a plus de suicides mortels que de tentatives de suicide non abouties. Les connaissances pharmacologiques expliqueraient en partie la gravité plus importante des intoxications médicamenteuses volontaires chez les praticiens [Stuber, 2006] [Miller, 2000] [Chocard AS, 2007], ainsi ils arriveraient plus souvent à leur but que les non-médecins dans la population générale [Hampton, 2005] mais il y aurait aussi un délai plus important de prise en charge du fait d'une errance diagnostique plus longue. [Schernhammer, 2004-2005]

3.5.2.2 Données épidémiologiques spécifiques

Un certain nombre de facteurs de risques de suicide chez les médecins correspond à des facteurs de risques de la population générale.

Selon le sexe les chiffres varient largement selon les études sauf en ce qui concerne le fait qu'il existe une surreprésentation du suicide parmi les femmes médecins : Une étude publiée par l'American Medical association[Steppacher,1974] et portant sur 530 décès par suicide en cinq ans montrait un excès important de suicides pour les femmes médecins de moins de 40 ans ; Les femmes médecins sont particulièrement vulnérables, notion qui avait été confirmée en 1988 dans les travaux de Bourgeois et al. [Bourgeois, 1988] La méta analyse de Lindemann fait référence et conclut que les médecins hommes et femmes ont des taux de suicide plus élevés que la population générale et que les autres professionnels non médecins ou que d'autres professionnels de la santé, avec des taux modérément élevés chez les hommes médecins et très élevés chez les femmes médecins par rapport à la population générale, *le taux de suicide pour les femmes médecins est environ quatre fois celui des femmes dans la population générale [Lindemann, 1996]*

Selon le statut marital et social, certains facteurs prédictifs de suicide chez les médecins ont été identifiés : le fait d'être isolé socialement est effectivement est un facteur de vulnérabilité supplémentaire, le fait d'être marié apparaissant comme un facteur protecteur, contrairement au fait d'être divorcé, célibataire, sans enfant ou veuf.[95]

Selon la spécialité, certains travaux montrent que la psychiatrie pourrait être la spécialité médicale le plus à risque de suicide mais d'autres études ne constatent pas de différences significatives entre les différentes spécialités ou notent des taux de suicide plus importants chez les anesthésistes et les chirurgiens. [Bonnet et Al, 2002]Ces résultats sur les risques suicidaires par spécialité sont à relativiser en raison du faible nombre de cas par catégorie, cependant il est admis un niveau de stress élevé chez les psychiatres et l'accès tout particulièrement facilité des anesthésistes à des substances toxiques

Léopold en France dans son enquête conclut que les médecins les plus touchés sont des femmes qui sont soit psychiatres, soit généralistes soit anesthésistes ou ophtalmologues. [Leopold, 2003]

Selon les conditions d'exercice, il n'y aurait pas de différences selon le mode d'exercice, les suicides semblent répartis de façon égale entre les médecins salariés, hospitaliers ou libéraux et le travail de groupe ne semble pas protecteur.

[95] Depuis la fin des années 80, l'American Medical Association a mis en place différentes actions de recherche, d'information et de prévention sur le suicide des praticiens et des étudiants en médecine
https://afsp.org/our-work/education/physician-medical-student-depression-suicide-prevention/

Selon les moyens utilisés, l'ensemble de la littérature s'accorde sur le fait que l'intoxication médicamenteuse volontaire est le moyen de suicide abouti le plus utilisé par les médecins comparés aux non médecins

En résumé, les facteurs de risques suicidaires chez les médecins ont été publiés dans un consensus établi par la fondation américaine de prévention du suicide (AFPS) en 2002[96] :

TABLEAU 47 : PROFIL DU MEDECIN A HAUT RISQUE SUICIDAIRE

(*D'après un consensus établi par la fondation américaine de prévention du suicide (AFPS) en 2002)*

Sexe : homme ou femme
Âge : 45 ou plus pour les femmes, 50 ans ou plus pour les hommes
Statut marital : divorcé, séparé, célibataire, rupture sentimentale récente
État de santé : symptômes ou antécédents psychiatriques de dépression ou d'anxiété, problèmes somatiques
Profession : changement de statut, menaces concernant le statut professionnel, menace par rapport à la stabilité financière, augmentation des demandes
Accès aux moyens : médicaments, armes à feu

Des études internationales ultérieures [Stack, 2004] [Hampton, 2005] [Torre,2005] ont confirmé des marqueurs de dépistage et de prévention du risque suicidaire chez les médecins, qui avait déjà été identifiés dans l'étude de Léopold [Léopold, 2003]

80% des victimes avaient trois marqueurs ou 90% avaient deux marqueurs et tous en avaient au moins un.

TABLEAU 48 : MARQUEURS DE DEPISTAGE ET DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS, [LEOPOLD, 2003]

Alcool et conduites addictives
Divorce
Difficultés financières
Contentieux juridiques et administratifs
Maladie physique ou psychique

[96] « Established in 1987, the American Foundation for Suicide Prevention (AFSP) is a voluntary health organization that gives those affected by suicide a nationwide community empowered by research, education and advocacy to take action against this leading cause of death ». : https://afsp.org/ consulté le 30 mai 2016

3.5.3 Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature

L'auto questionnaire de notre étude comportait cette question : « avez-vous déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide ? » 256 étudiants y ont répondu et parmi eux 10,5 % avaient déjà eu des pensées de mort ou fait une tentative de suicide (cf. chapitre des résultats)

En France, on retrouve très peu de données épidémiologiques sur le suicide et les tentatives de suicide chez les étudiants en médecine et les jeunes médecins ; cependant, les résultats de notre étude rejoignent ceux d'une enquête récente rendue publique le 24 juin 2016 par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) à partir des réponses de 8000 étudiants et jeunes médecins[97]. Cette enquête a révélé que 14 % des étudiants et des jeunes médecins ont déjà eu des idées suicidaires. De manière plus générale, ils sont 30,8 % à déclarer leur état de santé comme étant moyen ou mauvais. Cette souffrance psychique atteint son maximum au cours du deuxième cycle des études médicales, avec un taux d'idées suicidaires allant jusqu'à 16 % contre 14 % pour ceux du troisième cycle et 12 % pour ceux qui ont achevé leur cursus. Cette étude constate également que *54,8 % de ces jeunes praticiens en souffrance vivent seuls.* Par ailleurs les étudiants et les jeunes médecins sont peu suivis par la médecine du travail et par la médecine universitaire, ce qui est mis en parallèle avec le fait que plus les étudiants évoluent dans leur cursus moins ils rencontrent de médecins pour eux-mêmes, pratiquant l'automédication. Cette enquête du CNOM constate également un usage important d'anxiolytiques, 30 % d'entre eux déclarant en consommer souvent ou parfois.

D'autres études antérieures avaient confirmé à l'international le taux important de décès par suicide chez les étudiants en médecine, même si les données demeurent rares : Epstein & Al avaient réalisé une étude rétrospective à partir de tests psychologiques soumis à une population d'étudiants en médecine, alors que neuf étudiants s'étaient suicidés par la suite : des sentiment de culpabilité, des tendances autodestructrices et des traits dépressifs avaient été retrouvés de façon plus importante chez ces étudiants en médecine décédés. [Epstein, 1973] Samkoff et Al avaient étudié la mortalité parmi les jeunes médecins à partir des certificats de décès et concluaient que 26 pour 100 des décès chez les jeunes médecins avaient pour cause le suicide.[**Samkoff JS,1995]** Hampton notait aussi un taux important de suicide chez les femmes médecins de moins de 35 ans [Hampton T.,2005] ; Dans le même sens Downs N.et Al., en 2014 dans étude mono-centrique concernant plus de 1000 étudiants destinée à évaluer les taux de dépression, burnout et risque suicidaire avait mis en évidence que 8,8% des répondants étaient à risque suicidaire en 1°année de médecine [Downs N.et Al., 2014] ;

<u>En résumé et conclusion</u>

La santé des soignants, des médecins en particulier est demeurée pendant très longtemps un sujet tabou : le fait d'admettre qu'un médecin pourrait être à son tour en détresse morale et physique, ce serait altérer le principe de son invulnérabilité et ainsi rompre avec l'image de sa toute-puissance profondément ancrée au sein de la société. Ce tabou est encore plus important en milieu militaire, fondamentalement soumis à une injonction de silence, et pourrait expliquer à lui seul la rareté des recherches dans ce domaine, en particulier pour les étudiants du service de santé. En France, les données de la littérature sur la santé psychique des médecins sont extrêmement rares. Cependant certaines données sont concordantes, et soulignent - comme dans notre étude - la prévalence importante du stress, de l'anxiété, mais aussi d'importants troubles du

[97] https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726 enquête publiée en ligne le 24 juin 2016 sur la santé des étudiants et jeunes médecins

sommeil, des symptômes dépressifs, addictifs et des idées suicidaires. Les médecins présentent plus d'idées suicidaires que dans la population générale ou que dans la population d'autres professionnels non médicaux ; les femmes médecins sont plus à risques d'idéations suicidaires que les hommes médecins.

Quels seraient alors les effets de l'engagement militaire pour ces étudiants en médecine qui s'engagent dans le double parcours civilo-militaire ? C'est à cette interrogation que nous tenterons de répondre dans les chapitres ultérieurs en présentant une compréhension du « devenir militaire » pour en dégager les spécificités, à la fois dans les antécédents mais aussi la description d'un mode de vie, de l'engagement qu'il nécessite et des interrogations qu'il suscite.

2EME PARTIE : ENJEUX DU DEVENIR MILITAIRE

« La norme est porteuse [...] d'une prétention de pouvoir. La norme, ce n'est pas simplement, ce n'est même pas un principe d'intelligibilité ; c'est un élément à partir duquel un certain exercice du pouvoir se trouve fondé et légitimé. Concept polémique dit Canguilhem. Peut-être pourrait-on dire politique. En tous cas, [...] la norme porte avec soi à la fois un principe de qualification et un principe de correction. La norme n'a pas pour fonction d'exclure, de rejeter. Elle est au contraire toujours liée à une technique positive d'intervention et de transformation, à une sorte de projet normatif »

Foucault M., Les anormaux.
Cours au Collège de France, 1974-1975,
Paris, Gallimard, 1999, p. 46.

4 Chapitre IV : L'anamnèse

Introduction

La spécificité militaire est l'objet de nombreuses réflexions contemporaines [Bessy, 2017] ; beaucoup d'officiers considèrent qu'être militaire n'est pas un simple métier dans le sens où il est fortement lié à une vocation, un engagement à servir si besoin par les armes. D'emblée, le terme militaire s'avère plutôt difficile à définir, à la fois utilisé comme adjectif et comme substantif. Ce mot d'origine latine semble être apparu au 14e siècle, pratiquement en même temps que le terme armée, au cours de la guerre de 100 ans qui a vu disparaître peu à peu l'esprit chevaleresque et la noblesse d'épée ; il désigne à la fois les individus mais également les groupes sociaux qui par vocation et par tradition se sont destinés à la guerre durant le dernier millénaire ; cinq ou six termes ou locutions ont été successivement employés, correspondant selon toute vraisemblance à différents moments de l'histoire militaire occidentale : guerrier, chevalier, noble d'épée, soldat de métier et militaire – termes pouvant être considérés comme équivalents - et enfin soldat professionnel, terme qui ne s'est imposé que dans la seconde moitié du XXème siècle [Janowitz,1960] Depuis la professionnalisation des armées françaises, les militaires semblent avoir pris progressivement une distance supplémentaire par rapport à la société civile. Celle-ci comprend en effet plus difficilement les besoins spécifiques des armées dans des opérations extérieures qui se déroulent à plusieurs milliers de kilomètres de la métropole ; cependant, la vague d'attentats récente subie par la France, la mise en place de l'opération Sentinelle et l'engagement des militaires français au Mali et en Irak a rappelé à la population française l'existence de la guerre avec ses morts, ses blessés et l'engagement de ses militaires.

Le service de santé des armées est un organisme militaire appartenant au ministère de la défense. Sa mission princeps est le soutien médical des forces armées en tout temps, en tous lieux et en toutes circonstances ; cependant le métier de médecin militaire fait l'objet d'une certaine méconnaissance au sein même de la communauté militaire, comme l'a montré le Dr Alexandre QUIBLIER, dans sa thèse d'exercice de médecine générale Intitulée « pourquoi les militaires consultent –ils (ou pas) leur médecin des forces ?» : près d'un militaire sur 5 déclare ne pas savoir si le médecin des forces possède les mêmes diplômes que le

médecin généraliste civil. Ceci traduit un manque d'informations et de connaissance des militaires eux-mêmes sur ce que sont leurs médecins des forces et leur parcours de formation.

Chaque année plus de 1300 jeunes gens[98], presque encore adolescents, - la plupart en classe de terminale - s'inscrivent au concours d'entrée à l'école du service de santé des armées de Lyon ; seulement une centaine d'entre eux seront admis pour constituer chaque nouvelle promotion et intégreront cette grande école afin de devenir au terme de leurs études militaire de carrière ; dans ce chapitre, nous nous interrogerons d'une part sur ce qu'implique ce métier, et nous évaluerons la connaissance réelle des enjeux de cette profession pour ces jeunes qui choisissent de s'y engager alors que la plupart d'entre eux sont âgés d'à peine dix-huit ; d'autre part, nous verrons comment les candidats à l'école de santé sont sélectionnés selon des normes d'aptitude psychiatrique en vigueur dans les armées et bénéficient en outre dès leur entrée à l'école d'une évaluation d'éventuels points de vulnérabilité de leur santé psychique.

4.1 L'appartenance à un corps spécifique ancré dans l'histoire

L'histoire du service de santé, transmise lors des cérémonies militaires mais aussi par les anciens lors de l'accueil des nouveaux élèves, imprègne et jalonne le parcours académique des étudiants en médecine militaires, constituant la tradition et la culture du service de santé des armées, et renforçant tout naturellement ce sentiment d'appartenance à un corps spécifique.

Le service de santé des armées s'est ainsi construit peu à peu pour s'adapter aux conflits et aux modes d'armement tout au long de l'histoire, parallèlement à l'évolution du type de blessures, à l'organisation du terrain, et les méthodes de la médecine furent appliquées aux aspects particuliers du métier des armes et aux conditions de guerre. Les services de santé militaire sont institués par Louis 14 dans l'édit du 17 janvier 1708, établissant les offices de médecins et chirurgiens royaux. Durant la révolution française et l'ère napoléonienne, des changements s'opèrent pour s'adapter aux guerres incessantes caractéristiques de cette période. C'est ainsi qu'en 1793 la France est engagée sur une multitude de fronts. Des zones de combats, les blessés affluent et bientôt les hôpitaux ne suffisent plus à les accueillir tous. C'est le 31 juillet 1793 que la convention nationale décide d'installer un hôpital militaire sur le site religieux de la chapelle du val-de-grâce à Paris. La double vocation du val-de-grâce, hospitalière et militaire, était née.

Jusqu'en 1850, les médecins militaires de l'armée de terre, recrutés parmi les bacheliers, sont formés exclusivement dans les hôpitaux militaires d'instruction de Lille, Metz et Strasbourg et à l'hôpital de perfectionnement du Val-de-grâce. À partir de 1850 ils sont recrutés parmi les docteurs en médecine civile et envoyés en école d'application au Val-de-grâce pendant une année supplémentaire. En 1856 est créée à Strasbourg la première école dont les élèves, accueillis au sein d'un établissement militaire, avec un encadrement militaire, reçoivent l'enseignement et sont diplômés par la faculté de médecine ; L'école impériale du service de santé militaire ferme ses portes en 1871 après la capitulation de Strasbourg qui conduira à la cession de l'Alsace à l'Allemagne. Le 14 décembre 1888 est votée la loi recréant l'Ecole du service de santé militaire et Lyon est la ville choisie pour l'accueillir en raison de la renommée de sa faculté de médecine et de son corps hospitalier civil, mais aussi par l'importance de sa garnison, de ses ressources hospitalières militaires et en enfin, grâce à l'offre la plus généreuse de sa municipalité de bâtir et d'équiper dans des conditions presque luxueuses pour l'époque une école qui allait s'élever avenue des ponts du midi, plus tard rebaptisée avenue Berthelot.

[98] Source : bureau concours de l'école du val-de-grâce, 2016

Les premières promotions de « santards » sont provisoirement installées dans l'ancien hôpital Desgenettes jusqu'en 1894, année d'achèvement des travaux de construction. Pendant la première guerre mondiale de l'école du service de santé militaire cesse de fonctionner et devient successivement hôpital complémentaire puis centre de réfugiés et au cours de la seconde guerre mondiale elle est occupée en 1943 par la gestapo. C'est après la libération que le bâtiment revient à sa vocation première. L'école de santé de l'avenue Berthelot - comme l'appelait les lyonnais la « boate » - a ainsi accueilli près de 12 000 élèves, masculins dans l'immense majorité, puisque la première promotion de filles ne fut incorporée qu'en 1953 ; les officiers formés à l'époque à Lyon sont destinés à devenir des médecins de l'armée de terre mais aussi des médecins coloniaux, des médecins l'armée de l'air et plus récemment médecins de la marine. Des 1919 l'école de Lyon a également reçu des stagiaires étrangers européens puis plus tard asiatiques et africains. L'histoire de l'école de Lyon a ainsi été jalonnée d'heures de gloire avec la remise du drapeau en 1928, la légion d'honneur en 1935, la croix de guerre 1939 -1945 que l'école est la première des grandes écoles militaires à recevoir dès 1946 ; et enfin la croix de guerre des théâtres d'opérations extérieures en 1956, toutes ces décorations exprimant la reconnaissance de la nation envers les élèves et les anciens élèves qui ont donné leur vie pour la France ;

Parallèlement, à la fin du 19e siècle, une école s'ouvre à Bordeaux pour la formation des médecins destinés à servir dans la marine et dans les colonies françaises. C'est le 3 novembre 1890 que l'école principale du service de santé de la marine appelé Santé Navale ouvre ses portes. Lors de la première guerre mondiale, un ordre de ralliement immédiat est donné pour tous les élèves qui sont dispersés sur les navires hôpitaux et chez les fusiliers marins de l'Yser et Dardanelle. Les coloniaux sont dans tous les régiments et sur tous les fronts, totalisant de multiples citations, légions d'honneur et médailles militaires. Pendant la deuxième guerre mondiale, l'école de santé navale se trouve alors en territoire occupé, et doit déménager à Montpellier pour assurer la formation de ses élèves jusqu'à l'été 1945.

Lors de ces conflits du 20e siècle, plusieurs centaines d'élèves et anciens élèves tomberont au champ d'honneur, au cours de la deuxième guerre mondiale mais aussi pendant les guerres d'Indochine et d'Algérie. Les noms de tous ces anciens élèves décédés sont inscrits sur des plaques commémoratives apposées sur les murs de l'Ecole du val-de-grâce à Paris où les élèves reçoivent encore leur formation médico militaire spécialisée de troisième cycle.

C'est au début des années 1970 que la décision de reconstruire l'école de Lyon sur le site d'une ancienne base aérienne est prise par le ministre des armées ; cette implantation à Bron offrant les avantages de la proximité de trois des facultés de médecine, de la faculté de pharmacie, du complexe hospitalier de l'est lyonnais et de l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes.

En 2008, dans le cadre de la réorganisation générale des armées et de la transformation du service de santé des armées, c'est l'école de Lyon Bron qui est choisie pour devenir l'unique école de formation initiale des médecins du service de santé des armées ; la fermeture de santé navale est décidée :dès le mois d'août 2009 la totalité des élèves admis au concours est donc accueillie à Lyon ; le 1er juillet 2011,elle prend le nom de l'Ecole de Santé des Armées (ESA), héritant ainsi des traditions réunies des deux écoles de Lyon et de Bordeaux.

4.2 Une méconnaissance initiale de l'éthos militaire

L'éthos désigne l'ensemble des valeurs du groupe, souvent en rapport avec sa fonction sociale ou son activité professionnelle, il nous semblait d'une réelle pertinence de nous intéresser à celui du service de santé des armées afin d'appréhender les logiques comportementales de ses individus.

Que comporte donc ce système de valeurs, quels en sont les différentes composantes et son impact sur le fonctionnement psychique des jeunes médecins en formation ? Selon Jean-François Tchernia, les valeurs sont des idéaux et des préférences qui prédisposent des individus à agir dans un sens donné, structurent leurs représentations et leurs actions. [Tchernia, 2009] Ces valeurs sont donc des croyances et des normes intégrées encadrent les comportements individuels et collectifs, et créant du lien entre les personnes qui les partagent. Ces valeurs sont aussi un des éléments à l'origine des rapports des militaires avec les autres groupes sociaux, et globalement avec le reste de la communauté nationale. Ainsi les internes militaires sont-ils communément appréciés au sein des hôpitaux civils pour leur rigueur, leur ponctualité et leur disponibilité. L'institution militaire en particulier celle du service de santé des armées reste inscrite dans l'environnement politique et social avec lequel elle interagit.

En réalité, l'analyse par théorisation ancrée montre que peu d'étudiants avant d'intégrer l'école se sont interrogés sur leurs motivations personnelles et les enjeux de cet engagement si spécifique. (Tableau 44) ; seulement un élève sur 5 avait eu un (ou plus) parent ou grand parent militaire (Tableau 11) ;de même , les résultats quantitatifs de notre étude montraient qu'un élève sur 5 ne connaissait pas les motivations qui l'avaient poussé à devenir médecin militaire, (5,4% des répondants ne savaient pas pourquoi ils avaient passé le concours d'entrée à l'ESA et 17,9% pensaient que c'est le hasard). Dans une majorité d'entretiens, les élèves soulignaient aussi la nécessité de l'acquisition d'une culture militaire et plusieurs d'entre eux remarquaient l'insuffisance de la formation institutionnelle ; plusieurs témoignages nous ont donc amenée à penser ce point de méconnaissance initiale des implications de la carrière militaire.

Citons par exemple cette élève : [PART 6] : « *moi j'ai connu l'école de santé via une amie de ma mère dont la fille était déjà à santé navale, j'avoue que je n'avais jamais vu l'école, je ne connaissais pas trop le contexte, je m'étais fait une idée par rapport aux médecins militaires qui faisaient des missions humanitaires... des mission humaines mais aussi on va dire des missions patriotiques; mais comme je n'avais personne dans le milieu du service de santé j'avais plutôt une image du métier et je n'en voyais pas forcément la réalité ; ça on le découvre quand on arrive à l'école c'était mon idéal à moi !* » ; et cet autre interne ajoute :

« *Au cours des études le côté militaire est très peu présent car on est baigné dans le médical. La formation militaire est insuffisante tout simplement parce qu'on n'a pas le temps et en plus les études se complexifient et s'alourdissent ; c'est le cas par exemple en deuxième année avec la réforme LMD. Si la formation médicale augmente, on ne peut tout simplement pas ajouter du militaire parce qu'on va arriver à un point de rupture* »[PART 28]

Pour autant, avant l'entrée l'école, chaque candidat au concours reçoit une brochure d'information[99] dans laquelle il peut trouver des points essentiels sur le service de santé des armées, ses écoles de formation, le statut de militaire et les perspectives de carrière. Chaque candidat peut donc s'en imprégner et possiblement réfléchir aux enjeux de cet engagement dans l'armée

La condition militaire y est décrite aux élèves, dès leur préparation au concours d'entrée à l'école de santé, comme un ensemble d'obligations, mais aussi de garanties et de compensations caractéristiques de la collectivité militaire. En préambule de cette brochure est inscrite la phrase suivante : « *toutes ces*

[99] http://www.defense.gouv.fr/sante/recrutement/professions-medicales/medecins-militaires consulté le 26 mai 2017

dispositions doivent être parfaitement connues et leurs conséquences appréciées dans toute leur portée par les élèves admis à l'école du service de santé des armées, avant la signature du contrat qui les liera à l'état »

Les étudiants y apprennent aussi que l'état militaire impose a des implications très particulières ; je cite l'article premier du statut militaire soumis à la lecture des élèves candidats au concours de l'école de santé : « *l'état militaire exige en toutes circonstances esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême, discipline, disponibilité, loyalisme et neutralité. Les devoirs qu'il comporte et les sujétions qu'il implique méritent le respect des citoyens et la considération de la nation* » l'ensemble de cet article crée de fait cette spécificité et place les militaires dans une certaine distance vis-à-vis la société civile, si ce n'est dans une position de supériorité.

C'est aussi ce que rappelle l'ancien chef d'état-major des armées Pierre de Villiers : « engagés en opération, dans des situations souvent complexes et difficiles, les hommes et les femmes de nos armées font face à leurs responsabilités avec détermination et sens du service ; parfois jusqu'à l'héroïsme. Ils opposent la force légitime à la violence, ils protègent et ils sauvent. Sur le terrain, les portes des valeurs dont nous pouvons être collectivement fiers : le respect, la discipline, la cohésion, courage. Ce ne sont pas que des mots pour nos militaires ; ils vivent de ces valeurs avec l'ambition de les faire renaître là où elles ont disparu. Cette attitude est essentielle. C'est elle qui permettra la construction d'une paix d'avance. L'Histoire nous a enseigné combien il est dangereux d'avoir une guerre de retard. »[100]

Il est aussi rappelé aux élèves que les militaires jouissent de tous les droits et libertés reconnus aux citoyens mais que certains d'entre eux peuvent être soit interdits soit restreints ; cette formulation qui peut apparaitre d'emblée paradoxale ; ils ne peuvent par exemple adhérer ni à des groupements ni à des associations à caractère politique ni à des syndicats. Il en résulte que les praticiens des armées ne sont pas inscrits au tableau des ordres professionnels des médecins, et relèvent de règles de déontologie qui leur sont propres, adaptées à partir des codes civils mais prenant en compte les caractéristiques de l'exercice en milieu militaire en particulier en situation isolée et en opérations extérieures. En ce qui concerne la disponibilité, les militaires peuvent être appelés à servir en tout temps et en tous lieux ; cette disponibilité est rappelée à de multiples reprises au cours de conférences faites aux élèves à l'école de santé de Lyon tout au long de leurs études. Le terme de « disponibilité totale » est employé, et les élèves sont informés très tôt dans leur cursus que leur premier choix d'affectation à l'issue des études se fera sur le seul critère du classement, à l'exclusion de toute considération d'ordre privé, ceci ayant parfois un impact sur le plan familial. On leur parle également de compensations adaptées aux contraintes et aux exigences de la vie militaire notamment sur le plan financier ; les risques encourus par les militaires sont abordés dans la mesure où ils font l'objet d'une protection particulière spécifique, reposant en particulier sur le régime des pensions militaires d'invalidité, de la sécurité sociale militaire et des fonds de prévoyance adaptés. Ils savent en outre que l'état prendrait en charge la réparation des dommages qu'ils pourraient éventuellement causer en tant que praticiens des armées dans l'exercice de leurs activités.

Des valeurs militaires fondamentales : Esprit de sacrifice, abnégation et courage

Revenons sur l'une des valeurs fondamentales de l'éthos militaire : l'abnégation est bien la conséquence de la spécificité fondamentale du métier militaire liée à la relation à la mort. Dans les unités combattantes, les officiers mais aussi les sous-officiers et les militaires du rang attachent généralement une grande importance à l'entretien de cet esprit de sacrifice ; ils savent que la réussite de la mission peut aller jusqu'à la blessure physique et jusqu'au don de la vie. Cet esprit de sacrifice, outre ses implications lors des opérations extérieures, engendre aussi l'acceptation d'une disponibilité quotidienne majeure ; ainsi l'esprit

[100] Interview du magazine Armées d'aujourd'hui dans le numéro 414 paru en mars 2017 : le chef d'état-major des armées y présente les axes essentiels qui doivent permettre aux armées françaises non seulement de gagner des guerres mais surtout de construire la paix dans un contexte d'engagement opérationnel toujours plus soutenu

d'obéissance, le respect de la hiérarchie et le sens du service public amènent parfois le militaire à préférer la réalisation de sa mission ou de son service à son propre bien-être. Cette valorisation de l'abnégation au sein de l'institution militaire a pour autre conséquence le développement d'un rapport assez distant à l'argent : ainsi les praticiens militaires ne sont-ils pas payés selon le nombre d'actes réalisés mais bénéficient d'une solde globale. Les résultats de notre étude montrent que seulement 15 % des élèves de l'école de santé ont passé le concours d'entrée afin d'être payés au cours de leurs études ; ce résultat est à pondérer toutefois car 27,9 % des élèves répondent qu'ils ont débuté médecine pour « faire une belle carrière et avoir un bon salaire » à titre d'information, en première année les élèves officiers médecins perçoivent une solde d'un montant de 450 € environ, ce montant s'élève ensuite à 1100 € dès leur nomination au grade d'aspirant en deuxième année lorsqu'ils ont réussi le concours ; durant toutes leurs études les élèves sont nourris, logés et blanchis mais ils sont tenus au remboursement intégral de leurs études au prorata des années passées à l'école en cas d'exclusion ou de démission. (L'exclusion à la suite d'un échec au concours de PACES ne donne pas lieu au remboursement).

Le général d'armée Pierre de Villiers, affirmait ainsi aux praticiens assistant à la cérémonie militaire lors de la fermeture du val-de-grâce le 30 juin 2016 : « l'esprit qui vous anime force l'admiration. Il se trouve concentré dans l'affirmation d'Ambroise paré : le gain étant éloigné, seul demeure l'honneur et l'amitié de tant de soldats. Faites vivre cet esprit. Il est le ferment irremplaçable des plus belles vocations médicales militaires et la plus noble manière de soigner l'humanité souffrante. Il a éclairé et éclaire encore d'une manière resplendissante ce à quoi nous œuvrons tous, le succès des armes de la France ! »

La notion de courage, intimement liée à celle d'abnégation, est soulignée dans la presque totalité des entretiens de recherche : il faut du courage non seulement pour travailler 75 heures par semaine à l'hôpital, prendre en charge des patients en fin de vie mais aussi pour partir en mission, prendre le risque d'être blessé, d'en garder des séquelles permanentes ou même de perdre la vie. Le courage semble être pour les militaires une vertu indispensable pour faire face aux dangers inhérents aux fonctions du soldat, c'est même la condition nécessaire de l'honneur militaire ;dans le livre I de Clausewitz, de la nature de la guerre, sont décrites l'ensemble des aptitudes intellectuelles et morales dont le combattant doit disposer pour être efficace : le courage est en première ligne : pour Clausewitz, celui-ci présenterait quatre dimensions : tout d'abord il s'agirait d'un trait de personnalité qui permettrait d'être indifférent à la mort ou danger. Ensuite, le courage pourrait être une émotion, un sentiment suscité par l'ambition, le patriotisme et même l'enthousiasme ; ce sentiment transcendant l'individu et lui permettant d'accomplir des actes véritablement héroïques. La troisième dimension du courage concernerait le corps dans l'indifférence à la véritable souffrance physique qui permettrait de disposer d'une résistance et d'une endurance hors du commun. [Clausewitz, 1832]dans ce traité encore étudié de nos jours, ce général prussien estimait que le courage parfait serait la synthèse de ces trois dimensions, auxquelles il ajoutait « courage de l'esprit » ; cette résolution devait se rencontrer selon lui en particulier chez tous les militaires occupant des postes de responsabilité, leur permettant de prendre des décisions dans un environnement instable: le courage de l'esprit permettant à l'individu de faire face à ses responsabilités et lui évitant de se perdre dans des hésitations parfois dangereuses.

4.3 Une sélection des étudiants du service de santé

4.3.1 Des critères d'excellence académique

Un critère majeur lors de la sélection au concours d'entrée à l'école de santé est l'excellence académique : plus de 60 % des élèves intégrant l'école ont une mention très bien au baccalauréat (Tableau 12) .

« Il faut des résultats » disent les cadres de l'école de santé aux élèves entrant en première année ; en cas d'insuffisance dans les notes, les élèves sont « collés » le weekend end et risquent l'exclusion ; au maximum deux redoublements sont autorisés durant la scolarité; les résultats obtenus au concours de première année de médecine à l'école de santé sont largement supérieures à ceux obtenus par les étudiants civils qui ne bénéficient pas d'une préparation concours : plus de 55 % des élèves sont admis au concours en tant que primant, les chiffres du secteur civil sont autour de 15 %.

« On fait certaines choses pas très souvent mais dans le milieu militaire il faut quand même les faire très bien... » [Part 28], nous dit cet interne

La norme est donc l'excellence et devient une vérité partagée, un discours courant avec ses effets naturalisant, prôné dans les grandes écoles françaises mais aussi dans le monde éducatif français actuel ; Il y aurait donc une règle psycho-éducative officielle de « l'excellence » et cette réussite académique serait la garante de toute souffrance psychique ; en clinique, nous sommes pourtant confrontés à la notion de l'excès, « l'excès-llence » pourrait-on dire, qui renvoie à l'excès du désir et de la pulsion ; en somme comment ces étudiants vivent-ils au-dessus de leurs moyens psychiques? On peut se demander comment ils peuvent « jouir du déplaisir » représenté par l'ascétisme de la préparation aux concours de première année de médecine et de l'internat ? Il faut alors théoriser le rien, que Lacan met comme objet a ; il définit ainsi le désir comme la « puissance de la pure perte », l'élève de l'école de santé s'identifiant au rien comme objet a jusqu'à la réussite au concours. « Ce dont je manque, je ne l'aurai jamais, j'y tiens car c'est là que j'y fonde mon désir » Pour Lacan, le désir n'est donc pas seulement la représentation imaginaire et sexuelle de la perte, mais aussi une façon pour le sujet de s'identifier au manque ; le désir naît de l'inversion de la valeur du manque en puissance de la pure perte. Ceci n'est pas sans rappeler la clinique de l'anorexie mentale qui concerne le plus souvent des jeunes femmes excellentes sur le plan académique [Micheli-Rechtman V., 2009]

Dans quelle mesure, le système d'enseignement de la médecine militaire est-il pris dans un discours normatif de l'excellence ? Et comment l'excellence scolaire est-elle idéalisée et normalisée dans le discours contemporain ? Selon Laurie Laufer, la norme est aussi une « construction dans un milieu et un temps social et historique donnés dont l'objectif assigné par ce même milieu est de tracer des lignes de partage qui permettent de produire des catégories. Mais ces lignes de partage, qui en elles-mêmes sont la structure de la pensée dans la mesure où penser relève du conflictuel, de l'opposition et de la différenciation, subissent, en fonction de leurs déterminations sociales et historiques, des déplacements et des glissements. Les lignes de partage sont structurellement nécessaires pour la pensée, et les contenus émergents de ce partage sont contingents et historiques. Or c'est la « naturalisation » de ces lignes de partage qui fabrique la normalisation d'une époque, la norme étant alors considérée comme un « fait objectif, naturel et primitif. » [Laufer L. 2011]. Les élèves de l'école de santé sont classés dans la catégorie de « ceux qui ont réussi » et par conséquent se doivent d'être heureux de cette réussite sociale, sans remise en question possible de ce postulat. Les idéaux se transforment donc en « idéau-logies »

Dès 1976, Foucault procédait à une analyse de la notion de pouvoir et écrit dans une conférence prononcée au Brésil intitulée « les mailles du pouvoir » : c'est « un contrôle qui nous fabrique en nous imposant une individualité, une identité... ». Il considère que circonscrire une identité est un contrôle par le pouvoir, pouvoir sur les corps, multiplicités, sur les mouvements, les désirs et les forces.

Selon lui la norme correspond à l'apparition d'une « bio-politique », c'est à dire « l'art de gouverner les corps dans la vie sociale » : ainsi pour ces élèves excellents, le cerveau et le corps deviendraient « dressables », assujettis à une discipline que le pouvoir contrôle. Foucault décrit également dans cette conférence le mode de fonctionnement militaire : « Il y a eu une performance militaire très supérieure grâce à un nouveau procédé de pouvoir, dont la fonction n'était absolument pas celle de prohiber quelque chose. Bien sûr qu'il était amené à prohiber ceci ou cela, néanmoins le but n'était absolument pas de dire « tu ne dois pas », mais essentiellement d'obtenir une meilleure performance, une meilleure production, une meilleure productivité de l'armée. L'armée comme production de morts, c'est cela qui a été perfectionné ou, mieux qui a été assuré par cette nouvelle technique de pouvoir. Ce ne fut absolument pas la prohibition » La biopolitique est donc la manière dont le pouvoir se transforme afin de gouverner non seulement des individus à travers un certain nombre de procédés disciplinaires mais également l'ensemble des vivants constitués en population ; [Gori, Del Volgo, 2011] les enjeux de l'excellence sont évidemment économiques-une « économie de l'excellence ». Cette construction sociale emprisonne le sujet, le culpabilise et le marginalise lorsqu'il en sort ; par exemple lorsque l'individu décide d'abandonner la « voie royale » de son cursus prestigieux pour se consacrer à un autre domaine d'activité moins valorisé socialement ou lorsque survient la décompensation psychiatrique occasionnant échecs scolaires et parcours interminables.

Selon Foucault, Freud avait été le premier à considérer qu'il y avait concernant la maladie psychique « un effacement des lignes de partage entre le normal et le pathologique, entre le positif et le négatif, entre le compréhensible et l'incommunicable, entre le signifiant et de l'insignifiant ». [Foucault, 1975]

Il faudrait donc comprendre la détresse psychique ou l'entrée dans la maladie mentale dans sa perspective avec l'environnement social et sociétal qui lui est relié. Pour les élèves en souffrance psychique, de nombreux exemples cliniques tendent à montrer que la construction sociale de l'excellence semblerait aggraver la symptomatologie dans la mesure où elle induit une culpabilisation supplémentaire chez ces jeunes adultes en « échec ». Dominique Lecourt le confirme en affirmant que le partage entre « sain » et « malade » dépend du milieu social [Lecourt, 2004]: « La puissance normative de l'organisme humain s'exerce toujours dans un tel milieu social. Elle en subit les contraintes en même temps qu'elle tente de se le soumettre. Non seulement la santé exprime un jugement que porte l'individu sur ses possibilités, mais ce jugement a en lui la marque indélébile du milieu historique où il advient. »

4.3.2 Des normes d'aptitude psychologique

Avant les épreuves du concours d'entrée à l'ESA, les candidats à l'entrée à l'école de santé des armées sont d'abord évalués au cours d'un examen d'aptitude médicale global qui comporte un bilan psychiatrique

4.3.3 L'aptitude psychiatrique en milieu militaire

Dans la filière militaire, les considérations générales sur l'aptitude psychiatrique en milieu militaire sont détaillées dans l'arrêté du 20 décembre 2012 ; les praticiens des armées se réfèrent à cet arrêté pour

attribuer un coefficient aux différents sigles du profil médical, correspondant aux différentes données recueillies (SIGYCOP) correspondant respectivement pour le :

S : à la ceinture scapulaire et aux membres supérieurs,

I : à la ceinture qu'elle vienne et aux membres inférieurs,

G : à l'état général

Y : aux yeux et à la vision

C: au sens chromatique

O: aux oreilles et à l'audition

P: au psychisme

La signification des différents coefficients du sigle P est précisée dans l'article 3 de l'arrêté. Ainsi le coefficient 0 (zéro) n'existe que pour le sigle P, et traduit l'aptitude à l'engagement telle qu'elle peut être évaluée lors d'une expertise médicale initiale. Ce coefficient temporaire n'est attribué qu'à l'engagement et doit être évalué avant la fin de la période probatoire, c'est à dire après une durée d'environ six mois.

Le coefficient 1 traduit l'aptitude à tous les emplois des armées, même les plus pénibles, les plus contraignants et les plus stressants.

Le coefficient 2 autorise la plupart des emplois militaires. Il permet le maintien de l'aptitude à servir d'un militaire souffrant de troubles psychopathologiques, sous réserve de restriction temporaire de certaines de ses activités.

Le coefficient 3 entraîne une inaptitude temporaire au service, en raison de troubles psychiatriques ou psychologiques dont la nature, la sévérité ou la prise en charge médicale sont temporairement incompatibles avec le service actif.

Le coefficient 4, attribué uniquement par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie, indique une inaptitude définitive à servir en raison de troubles psychopathologiques, ou de troubles importants de la personnalité ou de l'adaptation. Il faut remarquer que les trois autres coefficients précédents peuvent également être attribués par un médecin militaire non spécialiste en psychiatrie.

Le coefficient 5 peut quant à lui être attribué soit par le médecin des forces non-spécialiste soit par le médecin des hôpitaux des armées spécialiste en psychiatrie lors de l'expertise médicale initiale ou à l'Incorporation. Par contre, seul le médecin spécialiste en psychiatrie peut utiliser ce coefficient au cours du service actif car il indique une inaptitude totale et définitive à servir en raison d'une pathologie ou d'antécédents de pathologie psychiatrique évolutive.

Enfin le coefficient 6, lorsqu'il est attribué entraîne une inaptitude totale.

Dans l'article 362, il est indiqué que la cotation du Sigle P « *Résulte d'une démarche clinique concrète, globale, fondée sur la richesse d'une relation inter subjective, dépassant une simple évaluation nosologique. La rigueur sémiologique, la réflexion pathogénique et l'hypothèse pronostique se conjuguent alors pour étayer une décision rationnelle d'aptitude. Cette décision tient compte du niveau intellectuel, de la personnalité, de l'existence de troubles psychopathologiques cliniquement décelables ou d'antécédents psychiatriques avérés potentiellement évolutifs, d'éventuelles difficultés psycho - sociales ainsi que de la qualité de l'adaptation au milieu militaire.* »

4.3.4 Un repérage précoce des étudiants vulnérables

Depuis 2003, a été mise en place au sein de l'école du service de santé des armées de Lyon une procédure de repérage précoce des étudiants vulnérables, qui comporte à la fois la passation de tests MMPI-2-RF[101] permettant une aide au diagnostic, l'identification de la dynamique psychologique sous-jacente à différentes problématiques psychopathologiques et une évaluation globale de la personnalité. Ce test est articulé avec un entretien bref auprès d'un psychiatre du SSA, dont l'objectif n'a pas de valeur expertale mais vise à proposer aux élèves un espace de réflexion sur leur histoire récente et leur permet d'accéder éventuellement au structures de soutien en place à l'école de santé.

Ce procédé, spécifique à l'école de santé n'existe pas dans la filière civile ni même dans d'autres grandes écoles militaires, et soulève à nouveau la question de la possibilité d'une évaluation de la « *norme psychique* ». Peut-on en somme définir des normes en santé mentale, en particulier pour le futur praticien en médecine? On voit ici dans ce processus propre à l'école de santé comment l'institution médico-militaire applique à ses futurs médecins à la fois les critères de la loi mais aussi ceux de la norme pour définir leur santé mentale et leur aptitude à faire carrière. Dans sa thèse de médecine rédigée en 1943 alors qu'il est engagé dans la résistance, Canguilhem souligne que le normal et le pathologique doivent être appréhendés de manière globale sur le fond de la société. [Canguilhem, 1966] Un médecin psychotique dans un laboratoire de recherche n'est pas « anormal », par contre il le devient quand il doit être entre permanence en relation avec les patients dans une activité clinique pure ou sur un théâtre d'opérations militaires à l'étranger ; Les pathologies doivent donc être réinscrites dans le milieu social où elles se trouvent. Foucault en 1974 ajoute[102] : « la norme est porteuse d'une prétention de pouvoir. La norme, ce n'est pas simplement, ce n'est même pas un principe d'intelligibilité ; c'est un élément à partir duquel un certain exercice du pouvoir se trouve fondé et légitimé »

La loi quant à elle est en quelque sorte une ligne rouge séparant ce qui est permis de ce qui est défendu, théoriquement connue de tous sous peine d'infraction et de punition, tandis que la norme relève d'une connaissance spécifique à des experts et peut comporter une certaine gradation. On voit donc dans ce dispositif comment les futurs praticiens militaires sont soumis à une sélection à la fois normative et légale dont le but est le repérage d'individus à risque, potentiellement non productifs voire dangereux, et dont on suppose qu'ils pourraient développer des comportements inacceptables et ne pas s'adapter à l'institution médico-militaire. Il s'agit finalement de la mise en place de dispositifs sécuritaires de pouvoir qui prescrivent les manières de se comporter dans l'institution militaire. Dans le texte de l'article 362 ci-dessus, on constate aussi combien cette norme psychique définie en médecine militaire résulte de la négociation entre différents savoirs à la fois scientifiques, éthiques mais aussi sociaux et politiques, montrant en réalité combien le diagnostic en santé mentale est une réalité transactionnelle, fondée sur un préjugé occidental et historique affirmant qu'elle relèverait essentiellement de la psychiatrie et de la médecine. Pour autant, la clinique n'est pas et ne sera jamais une science et on ne pourra jamais dicter des normes scientifiques à la vie. Ce dispositif d'expertise initiale mis en place à l'école de santé n'empêche pas la mise en évidence par la suite de « troubles du comportement » chez certains élèves passés entre les « mailles du pouvoir » et du filet normatif.

Cette question du normal, appliquée en particulier à la médecine militaire, est fondamentale : elle insiste sur le fait que si elle se pose, c'est d'abord parce qu'il y de l'anormal qui résiste. S'il n'y avait pas d'anormal, il n'y

[101] Test construit à partir de très nombreuses recherches publiées :
INVENTAIRE MULTIPHASIQUE DE PERSONNALITÉ DU MINNESOTA-2- FORME RESTRUCTURÉE®2013, YOSSEF S. BEN-PORATH, PH.D., AND AUKE TELLEGEN, ADAPTATION FRANÇAISE L. CHUDZIK, LC. VANNIER, ECPA

[102] FOUCAULT Michel, Les Anormaux, Cours au Collège de France, 1974-1975, Gallimard/Le Seuil, 1999, p.33

aurait pas de normes, il n'y aurait que des lois « l'anormal logiquement second est existentiellement premier ». [Canguilhem, 1966]

Conclusion

Ainsi le service de santé des armées recrute-t-il des élèves excellents sur le plan académique, sélectionnés sur le plan psychique et psychopathologique ; Il s'agit donc d'enseigner à ces jeunes gens dès leur entrée à l'école la culture très spécifique de l'armée, son système de valeurs et son positionnement au sein de la société. Les élèves doivent en outre acquérir cette identité militaire, intimement liée à celle du groupe social que le service de santé constitue. Cette culture spécifique fonde en grande partie cette identité, s'imposant avec puissance aux individus et aux groupes composant l'institution et dont dépend la cohésion de l'ensemble. Le système de valeurs qu'elle véhicule a notamment une part non négligeable dans la diffusion du sentiment d'appartenance, et « les caractéristiques du système de valeurs font de l'armée une institution hors du commun, peu comparable de ce point de vue avec les autres grandes organisations bureaucratiques ». [Messana B, 2000]

Nous tenterons de comprendre dans les paragraphes à suivre en quoi l'engagement dans la médecine militaire pourrait accentuer l'impression d'une différence avec le reste de la société ; comment les étudiants en médecine militaires vivent ce double choix d'être à la fois médecin et en même temps militaire, mais aussi comment la culture très spécifique des forces armées et du SSA, son système de valeurs et sa position au sein de la société pourrait amener les futurs médecins militaires à se percevoir de manière distincte par rapport aux civils et aux autres militaires . En d'autres termes, l'esprit de sacrifice a-t-il encore un sens dans la société contemporaine ? Quel est l'intérêt de mourir ou d'être blessé pour une cause, de s'engager dans un combat même si on est rétribué pour cela ? Quel en serait le prix à payer sur le plan psychique ?

5 Chapitre V : Le mode de vie militaire

« Non, non, la naissance n'est rien où la vertu n'est pas. Aussi nous n'avons part à la gloire de nos ancêtres, qu'autant que nous nous efforçons de leur ressembler, et cet éclat de leurs actions qu'ils répandent sur nous, nous impose un engagement de leur faire le même honneur, de suivre les pas qu'ils nous tracent, et de ne point dégénérer de leurs vertus, si nous voulons être estimés leurs véritables descendants. »

Molière. Le Festin de Pierre, Act IV., Sc. VI. - Jean-Baptiste Poquelin

Dans le livret d'accueil remis aux élèves qui ont réussi le concours d'entrée à l'école de santé, le médecin général inspecteur Jean-Didier Cavallo, commandant l'école en 2016, s'adresse à eux : « Vous vous destinez à être médecin militaire. Il s'agit d'un métier enthousiasmant, mais exigeant qui nécessite une vraie motivation et une connaissance approfondie de ses attendus. »

Après la signature d'un contrat d'engagement d'une durée de presque 20 ans, l'enjeu pour les nouveaux élèves de l'école de santé est de s'adapter à cette nouvelle vie militaire ; celle-ci les préparera à la fois à la carrière médicale mais aussi aux missions spécifiques qu'ils devront effectuer sur les théâtres d'opérations extérieures parfois dès la toute fin de leurs études.

5.1 Un acte d'engagement

Dans les jours qui suivent l'incorporation, les élèves admis à l'école de santé, âgés pour la plupart de 18 ans, souscrivent un acte d'engagement pour une durée de 20 ans environ, résiliable seulement durant les six premiers mois à partir de leur date d'arrivée à l'école. Leur statut durant le premier et le deuxième cycle à l'école de santé est celui d'élève officier ; Le premier grade obtenu est celui d'aspirant à l'entrée en deuxième année, ils accèdent ensuite à celui d'officier de carrière dès le premier jour de leur nomination au grade d'interne des hôpitaux des armées avec un lien au service qui sera variable en fonction du cursus choisi et de la durée des études ; ainsi pour un généraliste ce lien sera d'environ de 20 ans, études comprises ; à la fin de la sixième année d'études les épreuves nationales classantes ECN - également dénommées concours de l'internat- conditionneront le choix de la spécialité : 80 % des élèves deviendront spécialistes en médecine générale avec une possibilité ultérieure de choisir une autre spécialité par la voix d'un autre concours appelé l'assistanat ; 20 % des élèves deviendront par ailleurs spécialistes hospitaliers sur une liste de postes propre au service de santé des armées.

Dès la rentrée en troisième cycle de formation, alors qu'ils deviennent internes des hôpitaux des armées, ils accèdent au grade de lieutenant puis à celui de médecin capitaine une fois le Diplôme d'études spécialisé (DES) finalisé ; ce sont donc des officiers dès le début de leur parcours ; La carrière ultérieure est rythmée par des affectations successives environ tous les trois à quatre ans, mais aussi et surtout par la participation à des opérations extérieures sur les différents théâtres d'opérations ou la France est engagée militairement.

Il s'agit donc de questionner l'engagement contracté par ces jeunes pour les vingt prochaines années de leur existence au service de la nation, en particulier dans le soutien des forces armées françaises engagées sur le

territoire national ou international : un interne résume à lui seul cette inquiétude pour l'avenir présente chez de nombreux étudiants : « c'est vrai que signer un contrat de 25 ans alors qu'on n'a que 19 ans ça fait peur » [PART27]

Quelle est donc la nature de cet engagement ? Un étudiant en terminale scientifique doit il s'engager dans le service de santé et si oui dans quel but ? Comment les élèves arrivant à l'école de santé à 18 ans ont-ils conscience des enjeux d'un tel engagement ? Car on est ici très loin d'un simple engagement intellectuel pour une noble cause, même si les entretiens retrouvent au début des études cet idéal un peu abstrait d'un engagement pour des missions humanitaires.

Dans l'étymologie du mot engagement, c'est précisément le fait de donner en gage : s'engager signifie donc « se donner soi-même en gage » ; ce serait donc prendre une décision librement avec tous les risques pour soi-même, en étant prêt à en assumer personnellement les conséquences ; Ce serait par conséquent une responsabilité qu'on n'était pas obligée de prendre, reposant sur une liberté de choix individuelle ; mais ce jeune adulte a–t-il eu réellement la possibilité de s'interroger sur la nature et les enjeux de cet engagement ? Ceci semble en réalité assez rare dans les entretiens (Tableau 44): « au début des études de médecine on ne sait pas vraiment ce que c'est que d'être médecin militaire ; entraînée dans la préparation du concours de première année et dans les études je ne me suis pas posée assez de questions sur la finalité de médecin militaire, la priorité c'était d'être médecin… J'y ai vraiment pensé quand je me suis mise en couple… mon conjoint m'a demandé « mais ton futur métier il implique quoi ?... et quand on a signé il y a dix ans le contexte géopolitique n'était pas du tout le même » [Part 17]

Il faut aussi étendre l'idée de cet engagement à celui du collectif, dans le sens d'un engagement pour la France, afin de soutenir les forces armées présentes sur les théâtres d'opérations ; comprendre en quoi consiste le fait de s'engager dans le service de santé pour devenir futur praticien militaire ; et c'est sans doute en s'interrogeant sur les risques pris par celui qui s'engage que l'on pourrait le mieux répondre à cette question ? Que gage donc l'élève qui s'engage ? Que peut-il perdre dans le fait de s'engager, serait-ce donc sa liberté ? Dans un sens, concrètement, l'élève entrant à l'école de santé perd sa potentialité de choix pour certaines spécialités et ne peut exercer en tant que praticien civil pendant de longues années sauf s'il demande à démissionner et rembourse ses études ; cet étudiant le souligne " selon moi c'est prétentieux de savoir à 17 ans si on va être ophtalmologiste ou chirurgien. En quatrième ou cinquième année on se pose tous la question de savoir si on démissionne ou non de l'armée... Quand je suis rentré à l'école le choix était beaucoup plus large ; en ce qui concerne les spécialités et on avait presque toutes les villes... Pour tous ceux qui prennent une spécialité hospitalière, ils espèrent que ça va leur plaire mais c'est finalement souvent un coup de poker; l'avantage fait qu'ils n'auront pas le côté opérationnel..."[PART 29]

C'est aussi le risque de se tromper, de se rendre compte par la suite que la cause pour laquelle ils s'étaient engagés ne valait pas la peine d'être défendue ou même valait d'être combattue. Patrick Clervoy, psychiatre militaire interrogé par un journaliste Patrick Barbéris sur le sens de l'engagement français en Afghanistan souligne : « j'ai du mal à répondre à cette question. J'ai évoqué les doutes et les interrogations qui m'ont traversé pendant cette mission. Cela explique pourquoi on se focalise sur des objectifs restreints aux enjeux du quotidien : sauver une vie, soulager une souffrance, aider… aider le plus possible ; et l'idée aussi que notre départ ne mettra pas fin à ce que j'ai vu là-bas. Tous nous aimerions croire que retirer nos armes redonnera de la paix à cette région. C'est une utopie… » Car cet engagement pose bien le problème de la morale et du rapport aux autres : s'agit-il d'un engagement pour ce qui le concerne directement c'est-à-dire pour défendre ses droits ou ses intérêts ou également pour l'idée qu'il se fait du bien commun, de l'intérêt général ? Cette deuxième modalité interroge aussi sur le désintéressement ou non de l'engagement : peut-on s'engager pour le bien commun sans y trouver quelque intérêt, en somme cet engagement ne serait-il pas toujours pour soi-même ? Nous reviendrons sur ces différents points dans la suite de ce chapitre.

5.2 Une vie en communauté

L'importance de la connaissance du milieu militaire, de son mode de vie, et plus spécifiquement celui du service de santé des armées, est soulignée dans une majorité d'entretiens (Tableau 44), et souvent dans la dimension de son insuffisance. Il s'agit donc pour les élèves d'assimiler un certain nombre de valeurs un ensemble de codes, un mode de vie ; c'est bien ce que rapporte cet élève :

« J'ai compris que j'allais être militaire quand je me suis retrouvée en treillis pour les semaines d'accueil, au début la découverte de la vie militaire ça été la douche froide... » [Part 16]

« Il faut acquérir les codes ; pour l'instant je n'ai vu que l'hôpital ou on se tutoie et ou on se fait la bise; j'ai aussi beaucoup de préjugés sur l'armée de terre... le côté militaire n'a jamais été très présent pendant les études d'autant plus que je me suis externée très tôt ; je trouve ça délicat d'arriver dans un régiment à 28 ans en ne connaissant pas trop de choses à l'armée ! Peut-être pourrait-on avoir plus de stages militaires » [Part 20]

Le caractère communautaire de l'organisation militaire en est l'un des aspects les plus spécifiques ; le vécu des étudiants est relaté de façon plus ou moins positive : « quand on est militaire, on s'écoute un peu moins dans le but de faire marcher l'ensemble ; on fait les choses ensemble, on ne sait pas toujours pourquoi on les fait par exemple on se roule dans la boue mais on le fait très tôt et il y a des liens très fort qui se créent entre nous » [Part 16] mais aussi « se lever tôt, aller aux cérémonies militaires et être encadré ça fait partie du boulot pour moi »[Part 11]

Dès leur arrivée à l'école de santé les futurs élèves officiers médecins sont répartis entre les deux secteurs qui correspondent aux deux unités de formation et de recherche UFR des études de santé de l'université Claude Bernard où ils seront inscrits ; ils sont internes, logés selon leur secteur obligatoirement à deux par chambre ; en première année on leur interdit la télévision « pour préserver des conditions d'études optimales ». Au début du mois d'août, filles et les garçons sont incorporés pour réaliser des formalités administratives, une visite médicale, percevoir leur habillement et leurs chambres. Ce sont des promotions de plus de 100 élèves répartis selon les années environ à part égale entre les garçons et filles. L'école leur est présentée à travers plusieurs conférences ; ensuite pendant plus de deux semaines ils bénéficient d'une formation militaire initiale qui comporte des activités spécifiquement militaires par exemple des exercices de tirs, des activités sportives, une initiation au secourisme.

Au cours de cette période les nouveaux élèves sont accueillis par les anciens constitués en « comité d'accueil » : celui-ci a pour vocation de susciter parmi les élèves un esprit de cohésion, qui participerait aux bons résultats obtenus au concours et qui leur est présenté comme une nécessité fondamentale pour un emploi ultérieur au sein des forces, permettant le développement d'un « esprit de corps ». Cet esprit de corps, cette cohésion sont structurés horizontalement par une organisation en promotion permettant à chacune de se référer à son nom de baptême ; verticalement c'est un parrainage individualisé d'élève à élève d'une année sur l'autre aboutissant à la constitution de familles linéaires ; en outre transversalement, diverses activités associatives sont gérées par les élèves comme les équipes sportives et les clubs artistiques. La cohésion est le maître-mot et fait appel à cette culture commune qui passe par la connaissance de l'histoire de l'école, de son jargon spécifique, de ses chants traditionnels et des grands événements rythmant l'année. Au tout début du mois de septembre les parents et les élèves de la nouvelle promotion sont conviés à une cérémonie de présentation des nouveaux élèves au drapeau de l'école ainsi qu'à la remise des épées en présence de hautes autorités civiles et militaires de la place de Lyon ; vient alors la rentrée universitaire et le début des cours intensifs.

Selon une majorité d'élèves, cet environnement reste tout particulièrement protecteur : « on est beaucoup plus soutenus que dans le civil » [PART18] « on se sent protégés grâce aux copains dans notre enclave de l'école ; c'est vraiment ce dont on a besoin en 1ere année… Si on est malade, 50 copains peuvent nous passer les cours ce qui n'est pas le cas dans le civil »[Part 12] « dans l'armée je pense qu'on a un avenir tout tracé avec un cursus déroulé que ça soit pour un médecin spécialiste ou un médecin généraliste... Je pense même qu'on est dans un cocon et on nous infantilise peut-être même trop au début ; on s'en rend compte quand on est dans le milieu civil et qu'on a des démarches à faire... Dans le civil il faut plus mener sa barque pour faire ce que l'on veut; c'est le point positif de l'armée » **[PART 29]** « on se connaît tous, et donc on ne peut pas être indifférent à celui qu'on connait… nos collègues civils sont très soudés aussi entre eux mais surtout veulent défendre leurs propres intérêts » [Part 21] «nous sommes une grande famille, c'est bien ce qui fait la force du Service de santé des armées, la connaissance que nous avons acquise entre nous depuis le début des études… il y a des liens très forts qui se créent… c'est un avantage considérable pendant les gardes notamment, on peut faire confiance aux camarades s'il y a un souci pour un patient, contrairement à ce que j'entends dans le civil où parfois certains ont tendance à « luxer » les Idéal du moi médical et psychologie collective s'articulent donc à nouveau, à la fois dans l'intégration au groupe médical mais aussi à l'institution militaire : L'idéal du moi est une formation individuelle mais possède un versant collectif qui permet l'union de différents individus, « l'esprit de corps », dans la recherche d'un but commun.

Certaines manifestations collectives, comme les cérémonies militaires ou les tournois sportifs permettent la réconciliation de l'idéal et du moi à la faveur d'une régression: le commandant de promotion, le directeur de l'école, porteurs des désirs inconscients de chacun, peuvent promettre l'accès à l'idéal par la réunion du moi et de son idéal. Le jeune médecin, déjà prêt à s'identifier avec les autres membres de son groupe, abandonnera les frontières de son propre moi pour se fondre dans le sein du collectif. La perte de l'individualité est une des conditions de l'homogénéité du groupe, elle-même garante de l'illusion de toute puissance que l'appartenance au groupe confère à chacun. L'union qui fait la force d'une formation collective, est assurée par le lien libidinal qui sous-tend le désir de l'individu de se trouver en harmonie avec les autres. Ainsi, le groupe permet l'effacement des traits individuels au profit de l'idéal du moi ; de même la rivalité fraternelle face à la puissance et l'indifférence du chef vis-à-vis des individus explique l'uniformisation des membres du groupe. Chacun doit être l'égal de son prochain puisqu'il ne peut prétendre au privilège d'être le mieux aimé. Selon Freud, les chefs ne sont que les substituts paternels coiffant des ensembles fraternels. [Freud, 1921]

5.3 Hiérarchie, Discipline et classement

5.3.1 L'organisation hiérarchique

Ce caractère de vie en communauté est étroitement lié à l'organisation hiérarchique inhérente. On a vu dans l'ensemble des détails de la vie quotidienne des élèves que cet aspect communautaire signifie avant tout l'importance du contrôle d'une institution sur l'individu, sans aucune mesure avec ce qui se pratique dans le secteur civil. [Lang K., 1965]

Toutes les structures bureaucratiques tendent à utiliser une telle organisation. Selon Lang, c'est au sein de l'institution militaire que cette organisation apparaît la plus aboutie, notamment en ce qui concerne l'aspect descendant de la chaîne de commandement. Même si des informations peuvent remonter, cette organisation n'est pas transversale et, dans ce système hiérarchique des subordonnés vers les chefs, les ordres et directives sont en sens unique descendant. Cette chaîne de commandement a pour fonction

d'assurer l'application des ordres à travers des échanges strictement réglés qui permettent d'imposer une discipline et un contrôle permanent du supérieur sur ses subordonnés. Pour autant, on assiste à une évolution des modes de commandement et les armées s'orientent de plus en plus vers un management participatif et transversal : le général d'armée Pierre de Villiers, ex- chef d'état-major des armées, dans un ordre du jour prononcé le 13 décembre 2016 face à une promotion de l'école du service de santé sur la thématique du chef dans les armées, s'exprime ainsi : « *la force des armes ne peut se concevoir sans un esprit qui la vivifie. C'est là l'exorbitante responsabilité du chef. Donner l'élan, donner du souffle, donner du sens, donner la flamme. S'arracher à soi-même pour se donner, sans compter, au bien commun. Cultiver l'obéissance d'amitié, là où l'adhésion l'emporte sur l'autorité* »

Il existe une autre distinction faite par Lang entre les aspects bureaucratiques et professionnels de la vie militaire, qui tendent à coexister au sein de l'institution du service de santé : suivant la localisation à l'hôpital ou dans les unités des forces, dans certains régiments, le modèle peut se rapprocher soit du modèle bureaucratique dont les indicateurs reposent essentiellement sur les règlements, les circulaires, sur un commandement fondé sur le grade et l'autorité et des groupes de référence situés verticalement dans la hiérarchie. À l'inverse, même si l'importance de la hiérarchie reste fondamentale dans les hôpitaux militaires, on se rapproche plus d'un modèle professionnel du fait de l'importance des codes éthiques, le commandement étant davantage fondé sur la compétence professionnelle. Les propos de cet étudiant soulignent cet aspect : « *Il existe une inadéquation entre ce qu'on nous demande de faire à l'hôpital, les moyens qu'on nous donne et les décisions de nos supérieurs hiérarchiques.... Je ne suis qu'interne de médecine générale, je me dis que suis là seulement pour six mois, j'entends les décisions mais ce n'est pas à moi de penser l'organisation du service...*"[Part 25]

5.3.2 La discipline militaire

Voici ce que mentionne le règlement de l'ESA : « Les élèves sont soumis au règlement de discipline générale dans les armées et doivent obéir au règlement intérieur de l'école. Ils portent l'uniforme règlementaire pendant les heures de service y compris à l'extérieur en ville pour les activités universitaires, sauf ordre particulier en fonction des contraintes sécuritaires. Une coiffure correcte est exigée pour le jour de l'arrivée, c'est-à-dire des cheveux coupés courts pour les garçons et pour les filles les cheveux longs doivent être attachés. »

On perçoit ici combien la discipline militaire est un mécanisme direct de contrôle des comportements, permettant la transmission d'informations importantes pour l'institution : la discipline formelle est enseignée aux élèves dès leur arrivée à l'école et fondée sur des gestes mécaniques comme le salut, le port de l'uniforme ou l'apprentissage de l'ordre serré. Cette discipline formelle reste extérieure à l'individu tout en lui permettant d'acquérir des modèles de comportement utilisables dans le plus grand nombre de situations. D'autre part la discipline fonctionnelle doit permettre au sujet de mieux remplir les missions qui lui sont confiées avec une certaine part d'autonomie, tout en respectant les règlements ; ces élèves le rapportent :

« on est militaire mais on vit dans une ambiance très civile sauf dans les premières années bien sûr quand on loge encore à la « boâte », par exemple dans notre chambre on travaille en tenue civile »[Part 11] « depuis quelques années et surtout depuis que je me suis externé, j'ai pris un peu de recul par rapport à l'institution en adaptant les règles; par exemple quand on me demande de venir pointer une fois par semaine et donc de faire 1h00 de vélo aller et retour je m'auto-exempte et ça m'a valu quelques engueulades sévères avec mon adjudant de compagnie ! »[Part 23]

La discipline établit aussi un système de frontière entre les différents groupes qui composent l'ensemble et permet de maintenir une certaine distance entre l'intérieur à l'extérieur de ces groupes : dans le service de santé, plusieurs groupes se distinguent : les professeurs agrégés, les officiers généraux, les décideurs de la direction centrale, les praticiens hospitaliers, les médecins des forces, les internes…

La discipline joue donc un rôle dans la différenciation et le maintien de l'identité de chacun de ces groupes.

5.3.3 Un classement permanent des élèves depuis l'entrée à l'école

« L'école nous met une énorme pression par rapport au classement et par rapport à l'examen classant national... Un de nos commandants d'unité qui est lui-même médecin généraliste nous a dit qu'il refuserait d'être pris en charge par un médecin qui a été classé moins de 5000 à l'internat »; « la médecine générale est présentée à l'école comme notre cœur de métier mais en même temps qu'on nous dit que si on veut faire carrière dans le service de santé il faut être spécialiste… » « on peut bien travailler sa médecine et être un bon médecin sans apprendre par cœur des mots clés et sans être spécialiste »[PART9]

On voit dans ces propos que Le système hiérarchique est accentué au sein même du groupe car les élèves sont classés entre eux chaque année dès leur entrée à l'école ; ces modalités de classement des élèves médecins et des internes des hôpitaux des armées sont fixées par arrêté ministériel : Premier classement à l'issue du concours de sélection à l'entrée de l'école de santé, et deuxième classement en PACES ; Dans la suite, chaque élève est classé selon ses résultats académiques mais aussi en fonction de points supplémentaires attribués en fonction de la réalisation de stages militaires optionnels tels que le brevet d'initiation parachutisme militaire ou encore le brevet d'alpinisme militaire.

Les élèves en fin de deuxième cycle sont classés à partir de leurs résultats au diplôme de formation approfondie en sciences médicales, selon les résultats de l'examen classant national et ceux obtenus à la qualification opérationnelle en santé des armées ;ces trois domaines d'évaluation permettent d'obtenir un inter classement à la rentrée en troisième cycle à l'école du val-de-grâce et correspondent actuellement à 60 % de la note globale pour l'ensemble de la scolarité ; les notes obtenues à chacun des modules d'enseignement médico militaire au cours du troisième cycle correspondent quant à eux à 40 % de la note globale de scolarité ; à cela s'ajoute une Note d'aptitude communément appelée « note de gueule » pour un coefficient équivalent à celui d'un module d'enseignement.

On perçoit bien les enjeux pour certains étudiants en fin de parcours qui considèrent l'évaluation de la formation militaire à l'école du val-de-grâce comme une possibilité d'améliorer leur classement de sortie et ainsi choisir une première affectation favorable. Celle-ci est choisie selon le rang de classement de chaque élève, établi en fin de troisième cycle en tenant compte des différentes notes obtenues au cours de modules d'enseignement médico-militaire réalisés à l'école du val-de-grâce : « on est militaire donc l'armée nous impose des postes qu'on choisit au mérite et au classement, donc on ne peut pas se projeter à moyen terme »[Part 11]... « On est seulement un chiffre, c'est la position sur le classement qui nous résume ! Le strass nous a dit texto que nous ne serions toujours qu'un seul chiffre et je pense qu'il n'y a pas plus vrai : pour les études, c'est clair, il faut se rendre à l'évidence mais aussi on est le chiffre qu'on est, la plupart du temps on est ce qu'on fournit ; on se plaint du classement mais finalement on en a besoin, cela reflète le mérite » **[PART 28]**

Il existe un autre type de hiérarchisation au sein du groupe parmi les internes qui deviennent généralistes ou spécialistes, tout d'abord dans l'attitude vis-à-vis de la préparation puis après les résultats du concours de l'ECN :

« il existe une césure entre deux populations d'internes : ceux qui se mettent la pression par rapport à l'internat et ceux qui ne l'ont pas ; il y a des groupes qui se forment dans la promotion entre ceux qui travaillent normalement et ceux qui travaillent pour le classement » **[PART 28]** « pour les spécialistes il y a aussi moins de départ en opex cela donne une qualité de vie » [PART18] « je suis sortie deuxième de ma promotion et donc j'avais le choix de toutes les spécialités mais j'ai choisi de faire de la médecine générale pour le côté opérationnel » [PART19]

Ce classement itératif et les enjeux associés finissent par mettre à mal la cohésion du groupe, pour un retour vers l'individualisme et l'esprit de compétition :

« On a beau essayer de nous dire qu'on va tous ensemble vers l'objectif c'est quand même chacun pour soi et dieu pour tous... à la fin de la première année comme on était tous en difficulté au classement cela a fait naître des tensions dans le groupe...Finalement à l'école on n'est jugé que sur notre numéro au classement et rarement sur nos qualités humaines... Certains ne choisissent que des stages planqués pour avoir du temps afin de travailler le concours de l'internat. Forcément ce sont les meilleurs au classement qui sont valorisés... je ne voulais pas finir trop mal classée et j'avais une logique de couple, dont j'ai continué à travailler régulièrement..."[Part 22]

Certains ont des difficultés à prendre de la distance par rapport aux enjeux académiques de ce deuxième concours. « C'est vrai qu'on chante toujours le champ de l'école à la sixième s'en fout... Mais nous en sixième année on ne s'en fiche pas à cause de l'examen classant national... C'est chouette quand même parce que le niveau de connaissances théoriques augmente mais quand même en sixième année on se bat contre des potes de promotion et ce n'est pas évident... Quand vous habitez encore à l'école et que vous rentrez d'une heure de footing et que vous constatez que tout le monde travaille parce qu'il y a toutes les lumières aux fenêtres ça peut devenir très stressant ! »[PART23]

« Je ne voulais pas être dans la compétition… je ne me suis pas du tout mis la pression pour l'ECN je voulais juste être un bon médecin, c'est à dire avoir ce comportement empathique et altruiste avec mes patients, les aider et les soulager... » [PART20]

« Moi j'ai juste envie d'être un bon médecin, que mes patients aient confiance en moi et très franchement je pense que je peux être bien meilleure que certains qui ont brillé à l'internat et qui ne savent rien faire en stage... Il faut qu'on arrête de nous juger en fonction de chiffres et qu'on nous évalue plutôt en fonction de nos compétences » [PART22]

En résumé, la vie à l'école de santé - tout au moins pendant les premières années de vie en internat - et le double parcours de ces étudiants en médecine militaire sont donc conditionnés par cette vie en communauté ; Ce parcours est codifié selon des critères hiérarchiques et disciplinaires dont l'objectif constant est la préparation intensive aux futures missions extérieures auxquelles vont participer les jeunes praticiens militaires très rapidement après l'obtention du diplôme et leur sortie d'école. La sanction finale est le classement de chaque élève selon son mérite ; cet enjeu fondamental tout au long de la vie de l'étudiant, impacte son choix initial de spécialité, (même si 80% des étudiants militaires seront généralistes à l'issue de leur études) ; c'est aussi l'enjeu de la première affectation soit en hôpital militaire soit en régiment et par là-même le départ plus ou moins fréquent en missions extérieures.

5.4 Une préparation aux missions spécifiques du médecin militaire

Le fil conducteur de la formation en école de santé des armées est véritablement cette préparation intensive aux missions spécifiques du praticien des armées dans son rôle de soutien des forces militaires engagées sur les théâtres d'opérations extérieures.

5.4.1 Des enseignements dédiés et supplémentaires

Quatre-vingts pour 100 des médecins généralistes affectés dans les forces partent en mission dès leur première année d'affectation ; Les élèves doivent être préparés à ces missions spécifiques qu'ils vont effectuer très tôt après leur sortie d'école sur les théâtres d'opérations extérieures où la France est engagée militairement. Outre l'enseignement des facultés qu'ils reçoivent au même titre que les étudiants civils, à partir de la deuxième année, les élèves bénéficient d'un enseignement spécifique de préparation générale aux emplois de médecine militaire ; ceux-ci comportent une formation militaire technique et pratique, des informations sur les différents métiers du service de santé des armées, sous la forme de conférences, de visites, de stages mais aussi la préparation des brevets militaires souvent réalisés pendant les vacances scolaires. Sont délivrées aussi des formations médicales complémentaires en particulier en médecine tropicale, en médecine d'urgence, en médecine du sport… à cela s'ajoute une préparation physique et sportive pour la mise en place et le maintien d'une bonne condition physique et le développement de l'aptitude à certains milieux particuliers, mais aussi une formation au secourisme de l'avant c'est à dire le sauvetage au combat, une formation en langue anglaise adaptée au contexte des missions à l'étranger et enfin une formation à la communication ;l'ensemble de cet enseignement spécifique permet aux élèves d'obtenir la qualification opérationnelle en santé des armées (QOSA) et un badge délivré par la conférence des grandes écoles dont l'ESA fait partie. Le volume de ces enseignements en premier et deuxième cycle est considérable puisqu'il constitue plus de 1800 heures de formations supplémentaires.

Le troisième cycle des études médicales donne lieu à une affectation dans l'un des 8 hôpitaux d'instruction des armées dont deux à Paris, un à Lyon, Bordeaux, Marseille, Toulon, Brest et Metz. Les élèves s'inscrivent comme leurs collègues civils dans une faculté de proximité ; Outre les semestres dans les services des hôpitaux militaires ou civils, les cours au programme de chaque faculté, les internes des hôpitaux des armées reçoivent une formation spécifique sous la forme de « modules de formation » organisés par l'école du val-de-grâce à Paris et destinés à la préparation intensive aux missions spécifiques du médecin militaire. Ce double parcours comporte différents enseignements pour un volume horaire réparti sur trois ans équivalent à un master supplémentaire soient plus de 540 heures en troisième cycle des études médicales ; il est suivi aussi bien par les internes militaires de médecine générale que par les internes des spécialités hospitalières. Les internes de médecine générale auront un cursus de trois ans au terme duquel après la validation de leur Dès, la soutenance de leur thèse et un dernier stage de spécialisation selon l'armée choisie, ils pourront rejoindre leur première affectation en unité ; les internes de spécialité poursuivront leur cursus pour deux ou trois années supplémentaires selon leur spécialité et à la fin de leur DES et seront affectés dans un établissement du service de santé des armées correspondant à leur qualification. [103]

[103] http://www.defense.gouv.fr/sante/le-ssa/chiffres-cles/effectifs-et-composantes (Mise à jour : 30/03/2016)

5.4.2 Les spécificités de l'engagement en médecine militaire

5.4.2.1 Dans le temps ordinaire

Les médecins militaires peuvent pratiquer leur profession dans des champs extrêmement vastes, variés, spécifiques et simultanés, auxquels les praticiens civils ont rarement accès sauf éventuellement pendant les périodes éventuelles de la réserve opérationnelle.

En temps de paix, le praticien des armées a en effet la particularité d'exercer des fonctions à la fois en tant qu'expert et en tant que soignant, ce qui lui impose de se prononcer sur l'aptitude ou l'inaptitude à servir d'un même patient **;** à cet effet, le médecin militaire n'est pas inscrit au conseil de l'ordre, se situant de façon statutaire en position dérogatoire par rapport au code de la santé publique. les médecins militaires sont tous soumis au statut général des militaires et aux Règles De Déontologie Propres aux Praticiens des Armées, RDPA[104], établi en 2008 ; ce décret spécifie des règles de déontologie spécifique [annexe] pour le praticien des armées, traite de l'ensemble des aspects de la pratique et notamment du secret médical, de « l'indépendance du choix de la mise en œuvre de leur technique ».

Le médecin militaire exerce une activité spécifique d'aptitude en particulier dans les forces, les unités dans les régiments et parfois sur avis des spécialistes hospitaliers pour des pathologies spécifiques qui nécessitent le recours à des examens complémentaires ; si elle est le plus souvent facile à établir sur des critères objectifs, une bonne connaissance de l'emploi, et une estimation de l'incidence de la pathologie, il existe des situations où la décision d'aptitude ou d'inaptitude est plus complexe, notamment dans le domaine psychiatrique. Ces décisions plus complexes peuvent parfois interroger les jeunes médecins et cette particularité ne manque pas de soulever des questions éthiques, dans le sens où le médecin doit évaluer pour son patient de manière subjective, la possibilité d'occuper tel ou tel emploi selon l'incidence de sa pathologie : ces internes l'attestent :

« Il faut travailler cette question de la dualité du métier pour pouvoir le vivre de manière pleinement épanouissante : être médecin c'est un métier empreint d'empathie, où on ne juge pas alors qu'être militaire c'est avoir de l'autorité sur l'autre ; on le constate tous les jours quand on fait les visites médicales d'aptitude où on doit parfois statuer sur les carrières des gens. »[PART21]

« Cela va être difficile de faire passer des messages à des gens qui ne comprennent que les ordres » [Part 23]
« notre positionnement est complexe, il est difficile de demander à quelqu'un de se mettre au garde-à-vous et de vous saluer, puis de l'interroger et l'examiner, ce qui revient finalement à diminuer la distance entre les deux personnes ; de ce point de vue -là les stages en unités nous permettent de trouver une place progressivement » [Part 9]

Le médecin militaire exerce ainsi au sein d'une collectivité où il doit considérer simultanément l'intérêt de l'individu et celui du groupe (article 21 du RDPA), c'est dans cette collectivité qu'il a l'obligation de respect de la double chaîne hiérarchique militaire et technique (articles 11 et 18) pour autant, si on compare le code de la santé publique et le code de déontologie propre aux Praticiens des armées, on constate de très grandes similitudes notamment ce qui concerne les grands principes éthiques comme le respect de la vie et de la dignité de la personne, les principes de moralité et de probité, le secret professionnel, la non-discrimination, assistance à personne en danger ou personne privée de liberté et la continuité des soins en cas de danger public.

[104] **Décret n° 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées** NOR: DEFD0816121D. Version consolidée au 28 mai 2017, consultable en ligne sur https://www.legifrance.gouv.fr/

5.4.2.2 Dans le temps opérationnel

Cet élève dit son impatience de partir en mission : « je n'ai qu'une envie c'est de partir et peut-être même de faire le maximum de missions pendant les 10 premières années... J'ai envie de voir du pays et pour moi faire la guerre s'est finalement pouvoir être disponible pour partir assez rapidement sur un théâtre d'opérations ou par exemple pendant une catastrophe humanitaire ; et comme je n'ai pas d'attache ça ne me pose pas de problème pour l'instant et ça ne me dérange pas de mourir en opex » [Part 23]

À quoi peut-il s'attendre en réalité, dans quel contexte va-t-il pouvoir exercer son métier ?

Car depuis la fin de la guerre froide, les conflits armés ont fondamentalement évolués et par là-même la prise en charge des blessés par les équipes soignantes militaires ; les opérations militaires sont le plus souvent intégrées dans le cadre de coalitions et s'articulent un contexte de maintien de la paix, dans le cadre d'évacuation de ressortissants ou de maintien de l'ordre ; les guerres sont devenues non conventionnelles et caractérisées par l'absence de front véritable ; la lutte contre le terrorisme en est un exemple criant.. Le dernier livre blanc sur la défense de la sécurité nationale[105] réaffirme la volonté de la France de préservation maximale des vies humaines au cours des opérations militaires : à partir de ce concept de « zéro mort », il est demandé au service de santé des armées d'assurer pour les blessés au combat les meilleures chances potentielles de survie. Les conflits menés ces dernières années par les troupes françaises en Afghanistan[106] mais aussi en Centrafrique et au Mali dans la lutte contre le terrorisme ont montré la difficulté de prévoir la localisation des blessés et de mettre en œuvre une évacuation précoce, en raison des contraintes tactiques liées aux opérations ; une prise en charge médicale des blessés directement sur le terrain appelée « médicalisation de l'avant » est donc requise permettant d'assurer dans les premières minutes suivant le traumatisme une évacuation rapide vers les antennes chirurgicales et de réanimation de l'avant.

Comment comprendre l'articulation entre la finalité de l'acte médical et son exercice dans des pays en crise, en particulier dans la question de la prise en charge des blessés ou de malades civils pour lesquels il peut apparaître difficile dans certains cas pour le praticien de mettre en œuvre aussi rigoureusement la même qualité de soins que pour les blessés des forces françaises ?

Le médecin militaire au cours de ces missions est véritablement confronté à la guerre.

Le texte militaire du RDPA est sans ambiguïté sur ce point et présente des spécificités propres aux médecins des armées, en particulier le respect des conventions humanitaires internationales ratifiées par la France:

« Dans les conditions particulières d'exercice, c'est à dire dans les situations d'exception ou en temps de guerre, soumis à de fortes contraintes opérationnelles, aggravées par l'isolement et la tension brutale des conditions d'exercice (articles 22 et 29) le médecin militaire doit alors se consacrer avec d'autant plus d'attention à ses patients. Dans certaines circonstances exceptionnelles, l'autorité dont il relève peut par un ordre formel le contraindre à quitter son poste » (article 25). Par exemple on peut lui ordonner d'interrompre tout ou partie de ses activités, pour se consacrer exclusivement à sa mission prioritaire de soutien des armées et des formations rattachées. Le médecin des armées doit soutenir, dans son domaine, l'action de ses camarades de combat, et lorsqu'il estime qu'une information recueillie lors de son exercice professionnel est de nature à éviter qu'il soit porté atteinte à l'intégrité des personnes ou à la sécurité de leur mission, le praticien des armées peut la communiquer à l'autorité susceptible de prendre les mesures

[105] Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, publié le 29 avril 2013, est chargé de définir une stratégie globale de défense et de sécurité pour la France. Il a été rédigé à la demande du président François Hollande au lendemain de son élection et fait suite au Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale de 2008.

[106] « L'engagement du service de santé des armées en Afghanistan. Les médecins militaires face à la prise de risque »,Le Quotidien du médecin,26 octobre 2010, pp.8-9

nécessaires. La décision de cette communication lui appartient en conscience et nul ne peut le contraindre, par principe, à la prendre. (Article 26)

Au-delà des textes réglementaires, c'est un quotidien difficile que vont vivre les jeunes médecins dès la fin de leur formation **:** Patrick Clervoy**,** psychiatre militaire, dans ses chroniques d'un médecin militaire à Kaboul, raconte un séjour en Afghanistan fait de peur, d'action et d'attente : dans une ambiance de menace permanente, les soldats et les équipes soignantes vivent avec la peur et sont contraints de la surmonter en permanence tout en restant toujours prêts au pire. [CLERVOY P, 2012], L'auteur rapporte en particulier sa rencontre avec une jeune femme médecin qui vient à peine de soutenir sa thèse et assure les évacuations par hélicoptère des blessés qu'elle part chercher sur le terrain en plein cœur des zones hostiles afin de les amener à l'hôpital militaire de Kaboul. Son quotidien est rythmé par des activités opérationnelles à risque, parfois en pleine nuit, au cours desquelles elle doit porter seule un sac de 15 kilos contenant son matériel médical d'urgence, son gilet pare-balles de plus de 20 kilos et son casque, et prendre en charge souvent dans l'insécurité un ou plusieurs blessés graves ; ce récit rend compte à la fois de la difficulté de ces missions dans l'abord technique et souligne aussi l'importance de la cohésion du groupe : le tandem médecin-infirmier, la protection assurée par les commandos aux équipes médicales pour intervenir au plus près des combats dans des conditions extrêmement difficiles. Ce jeune médecin n'emporte pas son arme de service en intervention, laissant le militaire commando qui l'accompagne assurer sa protection ; ce détail ne manque pas d'interroger : Quand le psychiatre la questionne au décours de l'intervention où elle a évacué en pleine nuit un soldat aux deux pieds déchiquetés par une mine, elle répond simplement selon un probable mécanisme de défense face à l'horreur et la gravité de la situation : « …en forme, comme après une séance de sport ! ça réveille ! » [CLERVOY P, 2012],

C'est bien à ce quotidien intense et parfois dramatique auquel les jeunes médecins des armées doivent se préparer lors de leur formation spécifique en école ; En parlant des jeunes praticiens militaires, Patrick Clervoy dit son admiration envers eux car ils « ajoutent à leurs compétences techniques une force morale qui leur paraît naturelle et cependant peu ordinaire » ;

Cette lecture pourrait être proposée aux élèves médecins militaires, afin de leur faire prendre conscience de l'évolution des conflits dans lesquels la France est engagée sur le plan militaire : on est loin des missions humanitaires imaginées par les étudiants à l'entrée à l'école ou des soins à prodiguer aux populations civiles d'outre-mer. Les médecins militaires français sont envoyés en mission avec l'objectif princeps de soigner les soldats des forces ; les contraintes sécuritaires actuelles ne laissent que peu de place pour les missions humanitaires et ne permettent en réalité très peu d'échanges avec les populations locales. Patrick Clervoy le souligne : « en Afrique c'était plutôt de la médecine traditionnelle, c'était très exotique. En ex Yougoslavie c'était une médecine humanitaire ; nous venions essentiellement en aide aux populations civiles et aux casques bleus ; cette aide après les accords de Dayton et la situation était pacifiée. En Afghanistan, c'est une tout autre histoire. Un mélange d'urgence, d'inquiétude, de solidarité, d'engagement et de dévouement qui n'avait rien à voir avec ce que j'avais connu avant. L'Urgence car il faut être prêt à tout moment et qu'une minute perdue peut entraîner en fin de chaîne une vie de perdue. L'inquiétude car les coups peuvent venir de n'importe où, à n'importe quel moment et que nous ne sommes à l'abri de rien, y compris à l'hôpital où nous risquons toujours un attentat. La solidarité car on ne peut être que solidaire face au courage des soldats dans les moments les plus difficiles. Le service de santé est une chaîne d'intervention dont chaque maillon même le plus infime en apparence est essentiel. L'engagement, car nous sommes tous tendus vers un seul but qui peut paraître à la fois modeste et ambitieux : tout tenter pour sauver tout ce qui peut être sauvé. » [CLERVOY P, 2012],

Ces missions seront donc pour les jeunes praticiens l'occasion de nouer des liens forts, de créer des relations interhumaines particulièrement profondes renforçant la cohésion du groupe.

La confrontation inéluctable avec la mort d'un soldat pourra toutefois mettre à mal la solidarité et le jeune praticien militaire - pas toujours accompagné par un psychiatre - sera parfois sollicité pour des débriefings psychologiques. Malgré une formation intense et spécifique, tout comme les soldats engagés en opex, les médecins qui font leur premier séjour vont découvrir une tension, une violence et parfois l'horreur qu'ils ont rarement connues dans le temps ordinaire et monde aseptisé et encadré de l'hôpital

Conclusion

Alors qu'ils sortent à peine de l'adolescence, les élèves admis à l'école de santé souscrivent un acte d'engagement pour une durée de 20 ans ; A quoi s'engagent-ils ? Concrètement peu d'entre eux en ont conscience : 80 % des élèves deviendront des médecins des forces et exerceront un métier passionnant aux multiples facettes mais aussi très exigent, nécessitant des compétences très diverses et bien éloigné de l'exercice de la médecine générale en cabinet de ville ; 20 % des élèves deviendront médecins hospitaliers dans un nombre restreint de spécialités, définies chaque année en proportions variables selon les besoins du SSA pour servir les forces armées.

Cet engagement est d'autre part celui du collectif, de la nation, afin de soutenir les militaires français présents sur les théâtres d'opérations. Dès leur entrée à l'école, les élèves sont donc conditionnés de façon intensive afin d'être aptes à remplir leurs futures missions, d'abord à travers une vie en communauté au caractère indéniablement protecteur, étroitement liée à l'organisation hiérarchique du système militaire. Idéal du moi médical et psychologie collective s'y articulent à la fois dans l'intégration au groupe médical mais aussi à l'institution militaire, permettant la constitution de « l'esprit de corps » et une préparation aux missions spécifiques du praticien des armées. Pour autant, l'évolution du contexte politique national et international a pu impacter très largement les modalités d'application d'un contrat signé il y a dix ans pour les plus anciens élèves ; ces adolescents devenus jeunes adultes ont compris - en sus des risques vitaux pour eux-mêmes- qu'ils s'exposent aussi au risque de se tromper, que la cause pour laquelle ils s'étaient engagés ne valait peut être pas la peine d'être défendue ou même valait d'être combattue ; c'est pourquoi les tensions entre idéal et engagement ne manquent pas d'apparaitre au travers d'interrogations existentielles et éthiques que nous allons détailler dans le chapitre à venir.

6 Chapitre VI : Des interrogations existentielles et éthiques

La solitude cherchée est un baume, la solitude subie une agression, un abandon que rien ne meuble, une solitude sans solitude.

Robert Sabatier

Les années secrètes de la vie d'un homme (1984)

Depuis la professionnalisation des armées parallèle à l'évolution du contexte politique en France et à l'international, le départ en OPEX est quasi obligatoire pour les médecins militaires, en particulier les plus jeunes d'entre eux ; la projection est la règle impliquant une confrontation inéluctable à la violence et à la mort ; les candidats au concours du service de santé des armées et les élèves de l'école ne peuvent ignorer cet état de fait, même si leur engagement initial est celui du soin, ils savent - hommes comme femmes – qu' ils ont choisi un métier qui pourra les amener à faire usage de leurs armes ; les séances d'entrainement au tir en cours de scolarité et la préparation « milieu » qui comporte plusieurs séances de maniement et d'entraînement aux armes avant un départ en missions extérieures sont sans ambiguïté sur ce point. Nous avons interrogé les élèves sur les craintes ou difficultés les plus importantes en vue de leur prochain engagement en opérations extérieures et mis en évidence des interrogations existentielles et éthiques autour de la famille, de la parentalité, la solitude et la proximité de la mort. (figure 13 et tableaux 38, 40)

6.1 Genre, famille et parentalité

6.1.1 Les conséquences de la féminisation du service de santé

C'est un fait, l'armée française est de plus en plus féminisée depuis les années 1980, en particulier après la disparition progressive du service militaire dans les années 2000 et les quotas aux concours d'entrée des écoles militaires supprimés depuis 1998. Les écoles d'officiers et de sous-officiers accueillent dans leurs rangs de nombreuses femmes avec un taux de féminisation qui atteint 15 % en 2009 pour les armées en général. [107]Les femmes sont plus jeunes que les hommes et plus nombreuses au sein des catégories hiérarchiques les moins élevées ; Les femmes militaires vivent pour 75 % d'entre elles en couple et exercent dans pratiquement toutes les spécialités ; le taux de féminisation en opérations extérieures ou sur les bâtiments de la marine nationale se situe autour de 5 %. La marine vient même d'ouvrir très récemment aux femmes des postes opérationnels dans les sous-marins.

[107] http://archives.ecpad.fr/wp-content/uploads/2010/06/feminisation.pdf

Le service de santé des armées a été l'un des premiers à féminiser ses rangs : outre les nombreuses infirmières ayant servi les armées au cours de la guerre 1914-1918, le corps de santé militaire féminin est créé en 1952. Des élèves officiers féminins sont recrutés à l'École du service de santé militaire de Lyon de 1953 à 1956. Les officiers féminins sont intégrés dans le corps interarmées des médecins et pharmaciens des armées en 1968 ; ainsi Valérie André, à la fois médecin, pilote d'hélicoptère et capitaine féminin de l'armée de l'Air, docteur en médecine, chirurgien, parachutiste, elle a effectué en Indochine de 1949 à 1953 un nombre considérable de missions à bord de son hélicoptère Hiller M-360.[108]

Alors que le taux de féminisation au sein du SSA atteint actuellement 50 pour 100, comment les jeunes femmes futures médecins militaires envisagent elles leur rôle et leur positionnement par rapport aux hommes au sein du service de santé et dans l'armée en général ?

Certaines d'entre elles témoignent encore des difficultés à s'intégrer dans un milieu majoritairement masculin et opérationnel :

« En tant que femme médecin on doit montrer qu'on est légitime car dans les forces on est parfois moins bien intégrées... Certains ont parfois l'impression qu'on n'est pas militaire, on a d'abord besoin de montrer qu'on sait faire, même si on a parfois besoin qu'on nous montre les choses à nouveau ; je pense en particulier aux marches sur le terrain aux épreuves de tir… »[Part 22] même si la féminisation du service de santé est déjà ancienne, les promotions étant réparties à parts égales entre garçons et filles, les remarques à propos des femmes médecins « qui ne partent pas en opex » restent fréquentes de la part de leurs congénères masculins qui revendiquant une certaine discrimination liée au genre, en lien avec une raréfaction du nombre de médecins disponibles ; en 2010, le quotidien du médecin publiait un article sur l'engagement des médecins militaires en Afghanistan[109] ; les témoignages rapportés dans cet article reprenaient ces éléments : « On ne sollicite donc principalement que le vivier masculin. Et ce sont toujours les mêmes qui s'y collent. Cela crée un problème, sur lequel nous avions alerté la direction centrale il y a 10 ans, en demandant l'instauration de quotas, ou d'épreuves de sélection physique au concours »

Certains postes très spécifiques demandant une aptitude physique particulière sont en effet rarement choisis par les jeunes femmes lors de leur premier choix d'affectation.

« Les postes très opérationnels comme le GIGN[110] ou la BSPP[111] ou les SNLE[112] ne concernent qu'un tout petit pourcentage de la promotion et sont très rarement attribués aux femmes »

[Part 14] par la suite lors des propositions faites aux femmes médecins par les gestionnaires RH lors des affectations suivantes

Cependant, depuis la fin des missions en Afghanistan et l'apparition d'autres conflits dans lesquels la France est engagée militairement, les femmes médecins militaires participent de plus en plus aux missions, tout comme leurs collègues masculins. Certains militaires en dehors du service de santé sont parfois étonnés de rencontrer de très jeunes médecins femmes à peine sorties de l'école et engagées sur des théâtres d'opérations pour soigner les blessés au combat, elle-même armées, risquant parfois leur vie tout comme les

[108] Idem

[109] Article sur « L'engagement du Service de santé des armées en Afghanistan. Les médecins militaires face à la prise de risque » paru le 26.10.2010 :« Passant outre l'obligation de réserve, les médecins d'unité et leurs adjoints interrogés par « le Quotidien », expriment un malaise diffus au sujet de l'OPEX (opération extérieure) menée par la France en Afghanistan. Si certains relativisent les risques sur le terrain, la plupart font état de leur inquiétude. Ils signalent la raréfaction des ressources humaines, en lien avec la féminisation du service, et évoquent aussi des clivages générationnels. Deux démissions sont en outre rapportées, ainsi que plusieurs mises en arrêt-maladie. »

[110] GIGN : groupement d'intervention de la gendarmerie nationale

[111] BSPP : brigade des sapeurs-pompiers de Paris

[112] SNLE : sous-marin nucléaire lanceur d'engins

soldats. [Clervoy, 2012] les étudiants militaires en fin de parcours, confrontés à l'imminence des départ en mission, ont bien conscience des risques spécifiques pour les femmes médecins : « on a peut-être la naïveté de croire encore que le médecin militaire est derrière, pas en première ligne; ce que je sais en toute objectivité n'est pas toujours vrai ; ce qui a changé dans les guerres actuelles c'est que les terroristes ont bien compris que tuer un médecin - et qui plus est une femme - toucherait encore plus les opinions publiques occidentales que tuer un homme et j'espère qu'on ne deviendra pas des cibles faciles... »[Part 12] (j'appris par la suite que cet interne de spécialité hospitalière avait en ce qui le concernait peu de probabilité de partir en mission mais s'inquiétait beaucoup pour son épouse qui allait être affectée dans l'armée de terre)

«...Pour mon mari qui est militaire lui aussi, il s'inquiète que je parte en OPEX et même s'il n'est pas misogyne il pense que la femme doit être le pilier de la famille »[Part 5]

6.1.2 De la parentalité

La parentalité est un néologisme qui renvoie à la fonction et à la condition d'être parent quand il s'agit de la traduction du terme *« parenthood »* ou bien aux pratiques éducatives parentales lorsque c'est une traduction du terme *« parenting »*. L'emploi de ce concept s'est largement développé ces dix dernières années. [Lamboy, 2009] De nombreux auteurs considèrent la parentalité comme une question majeure de santé publique. En effet, les problèmes de parentalité seraient à l'origine de nombreuses difficultés sanitaires et sociales : troubles de comportements, conduites à risque, troubles psychiques, abus de substances psychoactives, absentéisme, échec scolaire, délinquance, criminalité...

L'engagement militaire et la disponibilité opérationnelle qui en découlent interrogent sur la possibilité et la capacité de concilier vie de famille et activité professionnelle pour ces jeunes femmes et ces jeunes hommes ; Notre étude montrait que la moitié d'entre eux étaient en couple et que 7 étudiants étaient devenus parents, la plupart au cours de l'internat, ce qui représentait un peu moins de 10 % de notre population. (Tableau 18)

Les étudiants témoignaient de la difficulté de concilier parentalité et le métier de médecin militaire puisque 50 % des répondants pensaient que le fait d'être militaire était un obstacle à la maternité, et 27 % des répondants estimaient que le fait d'être militaire était un obstacle à la paternité ; l'épuisement émotionnel augmentait significativement quand le sujet n'avait selon lui pas assez de temps à consacrer à sa famille ($p<0,001$) ou quand il avait un enfant ; l'empathie diminuait significativement quand il était inquiet par rapport à un problème de santé pour un membre de sa famille ($p=0,01$) cf. tableaux 10, 18, 38,44 et figure 14

Adeline MILLA a réalisé dans sa thèse d'exercice de médecine générale une étude sur le lien entre les psychopathologies des militaires au cours des missions extérieures et le soutien familial perçu ; elle montrait que l'harmonie et le soutien de la famille sont des éléments essentiels pour le militaire projeté en opérations extérieures. Notamment dans la période qui précède la mission, elle constatait moins de souffrance familiale chez les sujets en couple, les militaires les plus anciens. L'anxiété vis-à-vis de la famille primait sur l'anxiété de la mission avenir [Milla, 2014] cet élève de 4° année témoigne :

[PART1] : «... faire des missions de quatre mois ou six mois c'est pas évident pour la stabilité. J'ai pas envie d'être un médecin militaire qui se retrouvera dans une situation personnelle désastreuse à 50 ans comme beaucoup de médecins militaires que j'ai rencontrés

PART1 : Des anciens médecins militaires qui ont fait des carrières à l'OMS, des médecins qui étaient à fond dans ce qu'ils faisaient, à fond dans les OPEX, qui partaient tout le temps et qui ont mis l'essentiel de côté

FR: C'est quoi l'essentiel ?

PART1 : Pouvoir vivre!

FR : C'est à dire?

PART1 : On ne vit pas tout seul ! C'est à dire avoir une vie de famille, je ne sais pas une certaine stabilité, pas être un célibataire endurci de 50ans qui a fait 50 OPEX »

6.1.2.1 De la maternité

Pour les jeunes femmes,- même si chacune répondait lors de l'entretien selon son histoire personnelle, sa personnalité, son environnement socio- familial,aussi les déterminants de son engagement professionnel, -la plupart d'entre elles soulignaient la difficulté d'être à la fois étudiante en médecine, mère puis médecin opérationnel :

« L'épanouissement n'est pas que professionnel, il ne faut pas rater le coche avec ses enfants... » [Part 21] « il n'y a pas le moment idéal pour avoir des enfants quand on devient médecin militaire : pendant les études c'est très compliqué, quand on prépare l'internat c'est hyper dur, quand on est interne, il faut pouvoir gérer les gardes à l'hôpital, les cours à la faculté, les modules du val-de-grâce... Ensuite quand on arrive en unité et si on est en congé de maternité ça devient très compliqué, on ne peut pas partir en OPEX et on se culpabilise parce que ce sont les autres qui partent! Après quand on est plus avancé en âge on devient moins fertile... En fait je pense que cela doit être un projet du couple...

En stage de gynécologie j'ai rencontré pas mal de femmes militaires qui devaient avoir recours à la PMA[113] pour avoir des enfants parce qu'elles avaient trop attendu et qu'elles devenaient moins fertiles ; en plus elles devaient gérer les grossesses entre deux missions... Dans le civil globalement les femmes font leurs enfants pendant les périodes de remplacement, elles ont le temps du remplacement pour se poser et souvent ensuite quand elles s'installent elles prennent le mercredi pour pouvoir s'occuper des enfants... Souvent il y aussi des problèmes de garde et beaucoup de nounous n'acceptent pas de travailler le mercredi et pendant les vacances scolaires! » [Part 5]

Pour certaines, il existait *un probable moratoire de la conjugalité et de la parentalité* en lien avec les conditions d'exercice durant les premières années d'affectation ; hypothèse qu'il faudrait vérifier dans un travail de recherche ultérieur ; « le travail d'interne et de maman n'est pas compatible pour moi, c'est impossible de gérer les deux » [Part 13] « C'est jamais le bon moment pour une grossesse ; j'admire les filles qui se sont lancées la dedans et enchaînent les gardes avec leur bébé… et quand on sait que la première année on peut partir en Opex...on verra... » [Part 17] « les aspirations de mon épouse en tant que femme passent pour l'instant au second plan...elle est contente d'être partie tout de suite en opex pour ensuite pouvoir se consacrer à sa vie de femme... » [Part 21]

D'autres donnent la priorité à leur vie de famille au risque d'envisager un renoncement à leur engagement initial et d'impacter et leur carrière :

[113] Procréation médicalement assistée

« En ce qui concerne la vie de famille il y a des gens qui vont retarder[114] le fait d'avoir des enfants pour pouvoir partir en mission... J'ai envie d'avoir une vie de famille épanouie tout en m'épanouissant dans mon métier mais je sais que ce ne sera pas facile... Je n'ai pourtant pas envie de démissionner... Cependant s'il y a un choix à faire je sais que je choisirai avant tout ma famille »[Part 24]Car c'est une évidence, le fait d'être mère influence la disponibilité opérationnelle des femmes ; la proportion importante de jeunes femmes médecins dans le service de santé en âge de procréer a des conséquences non négligeables sur la capacité opérationnelle du service : « le plus dur en OPEX serait qu'il arrive quelque chose à mon enfant, même une simple grippe, et que je ne puisse pas rentrer... le plus dur aussi serait de gérer une vie de couple avec quelqu'un qui n'est pas militaire... » [Part 16]

C'est ici la question de la séparation entre la mère et les jeunes enfants : les conséquences d'une séparation trop longue ou trop brutale entre sa mère et son enfant durant les premières années de la vie ont été étudiées par de nombreux auteurs, la figure maternelle ayant un rôle primordial dans le développement harmonieux de la personnalité de son enfant. Donald Winnicott a particulièrement étudié cette période d'attachement mutuel, cette « préoccupation maternelle primaire »au cours de laquelle a son attention est toute proche de celle de son bébé [Winnicott D. W., 1958]. Au-delà des conséquences bien connues sur l'enfant, il existe aussi des conséquences pour la mère qui peuvent influer sur sa disponibilité opérationnelle, son efficacité, sa résistance au stress. Chez une femme militaire qui qui se voit obligée de confier son jeune enfant soit à son père soit à sa famille proche durant son absence pour se consacrer à sa mission, peuvent apparaître - à la fois pour elle-même et aussi pour son enfant des troubles anxieux et comportementaux - qui peuvent remettre en question son engagement opérationnel à plus long terme.

6.1.2.2 De la paternité

Du côté des (futurs) pères, le fait d'être militaire semble être un obstacle moins important quant à la question de la paternité : 26,7 % des répondants pensaient que le fait d'être militaire était un obstacle à la paternité contre 50 % des répondants en ce qui concerne la maternité (Tableau 18)

Virginie Vautier, psychiatre militaire de l'hôpital Ste Anne à Toulon[115] s'est interrogée sur cette question de la paternité à partir d'une enquête de terrain réalisée auprès de quelques militaires faisant partie d'unités opérationnelles de l'armée de terre.

Son enquête, réalisée à partir d'une population non clinique permet d'approfondir des représentations de ces hommes à la fois militaires et pères de famille confrontés aux évolutions sociétales ; pour ces militaires, la parentalité demeure une pratique essentiellement féminine car l'engagement professionnel est vécu par ces hommes comme une véritable passion, classant leur engagement professionnel au- dessus de tout. Ceci semble rejoindre les conceptions des étudiants en médecine militaire masculins, comme le suggère cet interne : « ma compagne est infirmière et accepte de tout lâcher pour me suivre dans ma première affectation… [PART 18] Pour autant, Virginie Vautier souligne un vécu parfois douloureux et complexe chez

[114] Selon l'insee en France Métropolitaine les femmes ont leur premier enfant à l'âge de 28 ans et plus le diplôme de la femme est élevé que le premier enfant arrive tard

[115] Vautier. V. Mémoire de recherche -Master 2. Etre père et militaire aujourd'hui : des enjeux identitaires complexes. Recherches comparatives en Anthropologie. EHESS. Septembre 2013

les plus jeunes confrontés à la mise en tension entre les attentes importantes de la famille et les contraintes du milieu professionnel.

Elle constate aussi dans le discours des militaires auprès desquels elle a mené l'enquête une asymétrie des rôles persistante : les activités de soins et d'éducation pour les enfants restent du domaine essentiellement féminin et l'investissement professionnel souvent considéré comme optionnel chez la femme militaire ; à l'inverse le soin aux enfants reste optionnel pour les hommes dans une vision traditionnelle de la famille. La parentalité peut donc être parfois ressentie comme un facteur de fragilisation du militaire en mission.

6.2 Un sentiment de solitude et d'isolement

6.2.1 Une solitude professionnelle

Le ressenti de solitude se manifeste chez les étudiants à la fois dans le domaine professionnel, pour la réalisation d'actes techniques complexes au cours desquelles les jeunes médecins en apprentissage sont amenés à prendre des décisions lourdes de conséquences pour les patients.

Le Sentiment de n'être pas du tout accompagné (e) par la faculté ou par le Service de Santé des Armées au cours de l'ensemble des études était présent chez 19% des répondants (tableau 17) ; le ressenti évolue négativement quand les étudiants sont dans les années d'études les plus avancées : en 8eme année, 34% des internes ne se sentent pas du tout soutenu par la faculté et 25% ne se sentent pas du tout soutenus par le SSA(tableau 17) ; je cite cet interne *« le début de l'internat ça été pour moi un grand sentiment de solitude : j'étais obligé de faire des allers-retours incessants dans le bureau du chef qui ne gérait plus rien tellement il y avait de travail ou alors quand il gérait c'était de trop près et du coup on ne pouvait rien apprendre »[PART10]*

Ce ressenti de solitude s'articule aussi avec la difficulté pour le jeune praticien à quitter sa famille en cas de départ en missions extérieures et s'aggrave en fin de parcours (figure 13 et tableau 40). Ces données sont confirmées par de rares données de la littérature : quelques études montrent que certains étudiants souffrent d'une profonde solitude, aggravée par la difficulté à s'adapter à l'enseignement supérieur. L'enquête du centre de santé inter universitaire de Grenoble semble la seule à s'être intéressée d'un point de vue descriptif à la solitude et au soutien social dans la population étudiante : En première année, les étudiants qui se sentent seuls sont trois fois plus nombreux à éprouver des difficultés psychologiques que ce qui ne se sont pas seuls [Lazarus R.S., 1984]Ils sont également plus nombreux à échouer à l'examen 45 % vs 28% ; HALDORSEN souligne également la dimension de la solitude comme un facteur aggravant les symptômes de la dépression chez les étudiants en médecine [Haldorsen,2014]

6.2.2 Un célibat choisi ou subi

A cette solitude professionnelle s'ajoute parfois une solitude personnelle qui se manifeste par un célibat choisi ou subi, comme en témoigne cette interne :

« j'ai été célibataire tout le long.… je n'avais pas de temps à accorder à un garçon pendant mes études... et par moment je peux dire que ça m'a aidée tellement on avait de travail... »[Part 19]« c'est une chance selon

moi d'être célibataire ; je me rends compte que ça m'enlève une contrainte par rapport aux opex… ça ne dérangera personne que je sois loin [Part 21]»

Pour rappel des résultats quantitatifs de notre étude, les étudiants de première et de deuxième année vivaient en couple pour plus de 16 % d'entre eux ; à partir de la quatrième année de médecine, les élèves vivaient en couple pour plus de 56% d'entre eux (tableau 7)

Selon le recensement de la population, les données disponibles pour la population générale[116] montraient qu'en 2006, 16 % des hommes de 20 à 24 ans vivaient en couple. La proportion d'hommes en couple à ces âges était très différente de celle des femmes ; entre 20 et 24 ans, les femmes, souvent unies à des hommes plus âgés, étaient plus fréquemment en couple que les hommes du même âge. En 2006 toujours selon ces mêmes données de l'INSEE, les femmes trentenaires diplômées de l'enseignement supérieur vivaient plus souvent en couple que les non-diplômées.

Ces données de la population générale amènent plusieurs remarques : Les entretiens de recherche nous apportent quelques éléments de réponse sur cette facilité de mise en couple qui s'explique naturellement par la possibilité de vie en communauté et par la convergence des centres d'intérêt. Cet élève rapporte : « on est souvent en couple avec des médecins militaires car on a fait nos études ensemble, on les mêmes centres d'intérêt et on habite ensemble… Cela donne l'opportunité de se rencontrer... mais ça complique les choses pour les OPEX et les affectations… moi je suis en 4° semestre et ça fait déjà deux ans que je suis en célibat géographique » [Part 13] Pour autant, dans l'analyse qualitative, la vie en couple apparait moins fréquente chez les femmes internes militaires. Il faudrait préciser et étayer nos résultats par une étude complémentaire spécifique qui apporterait des chiffres plus précis par rapport à la population générale.

6.2.3 La capacité d'être seul

Comment ces jeunes gens particulièrement encadrés et soutenus par l'institution militaire tout au long de leur parcours, comment peuvent-ils avoir un tel ressenti de solitude, pourquoi également se sont-ils engagés dans cette voie qui les contraint à se confronter à l'isolement ? Quels sont les enjeux psychiques de la solitude et de l'isolement du médecin militaire ?

Nous allons dans les lignes qui suivent proposer quelques pistes de réflexion sur cette thématique à travers le prisme psychanalytique. En premier lieu, l'étymologie du mot solitude renvoie au latin *solitudo* c'est à dire une ville isolée, un état d'abandon, un lieu désert ; également c'est le mot latin *solus* qui signifie l'absence et le manque ; le mot isolement provient du participe passé du verbe *isolare*, signifiant rendre comme une île ; La solitude est classiquement en rapport avec la constitution d'un lien très puissant entre le moi et la représentation inconsciente de l'objet perdu ou manquant. Cela nous donne l'occasion de relire le texte Donald Winnicott sur la capacité d'être seul, en présumant que « cette aptitude constitue l'un des signes les plus importants de la maturité du développement affectif ». [Winnicott, 1958] De la conception à la naissance de l'enfant est lié à sa mère, il s'y confond, attaché à elle par le cordon ombilical .Après sa venue au monde, l'enfant pourra garder une souffrance plus ou moins importante de la rupture de ce lien qui se réveillera à l'occasion de certaines pertes ou séparations. C'est à partir du moment où l'enfant réalise à la fois sa séparation vis-à-vis de sa mère et du monde extérieur, qu'il se constitue en tant que sujet. Dès la naissance, c'est ainsi une trajectoire inéluctable dont le terme est invariablement la mort au cours de laquelle le sujet est seul, retenu par des liens affectifs imaginaires et balance entre le désir de constituer

[116] https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281080 données en ligne parues le : 12/02/2010

d'autres liens toujours plus forts, et celui de s'en débarrasser pour réaffirmer à nouveau une toute-puissance comme lors du moment où il était encore relié à sa mère ;Nous citons ici Winnicott : « la capacité d'être seul repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu d'un bon objet » . « Cet environnement protecteur c'est en fait la mère, préoccupée de son petit enfant »

Le ressenti de solitude pourrait être cette impossibilité de rompre le lien à ce premier objet d'amour qui nous a précipité vers la mort. Ce pourrait être aussi une autre manière d'éprouver le deuil, c'est-à-dire la permanence du lien imaginaire à l'autre aimé et perdu ; selon le vécu et l'histoire du sujet, la notion de solitude et d'isolement renvoie à un sentiment négatif lié à l'idée de séparation, de manque et d'absence parfois douloureuse ; mais il peut s'agir aussi un calme et d'un repos recherché par le sujet comme un élément bénéfique, c'est alors un besoin de solitude choisie et voulue comme un refuge ; cet étudiant en témoigne de son souhait de quitter la vie en collectivité pour vivre seul, dans le besoin de renouer avec lui-même de se détacher du groupe médical et militaire, de prendre de la distance par rapport à l'objet :

[PART1]: « Quand on est à l'hôpital qu'on parle à des gens qui ne parlent que de médecine, J'essaie de voir d'autres personnes, de sortir du milieu, de parler d'autres choses, là par exemple je vais me mettre en colocation avec un élève en quatrième année d'école d'ingénieur… ; sortir un peu du milieu... En faisant d'autres choses c'est pour ça j'hésitais à reprendre des cours en parallèle l'année prochaine, des trucs qui ne sont pas médicaux ? Des cours en parallèle J'ai commencé à coder car je trouve ça intéressant

FR : Un besoin d'élargir ?

[PART1]: de partir ! On ne peut pas tout le temps... c'est vraiment réducteur de se cantonner uniquement à la médecine, au monde soignant ! Pour moi c'est évident enfin ça l'est pas pour tout le monde... » Cet autre interne témoigne aussi de son incertitude par rapport à l'avenir :

« Il faudrait savoir ce qu'on veut être en sortant pour savoir ce qu'il faut construire tout au long de la scolarité à l'école de santé...» [Part 28]

Par contre la solitude subie peut être douloureuse et provoquer une détresse psychologique. Dans ce cas, c'est une rupture du lien à l'objet d'amour. Dans les deux contextes de solitude recherchée ou subie, active ou passive, il y a finalement toujours l'idée d'une rupture d'un lien à un objet extérieur qui échappe à notre maîtrise et renvoie peut-être finalement à notre propre angoisse de castration dont l'ultime représentation est la mort ; certains étudiants en médecine militaires- selon leur histoire personnelle, leur propre rapport à la solitude, ressentent un sentiment de solitude subie, et peuvent se sentir seuls ; c'est alors vivre un vide affectif par manque d'objet libidinal, sans capacité de sublimation qui viendrait apporter une satisfaction partielle grâce à un objet non sexuel ; d'autres parviennent à la sublimation, souvent en menant de front plusieurs parcours académiques, comme s'ils venaient à combler un manque affectif par une multitude de diplômes supplémentaires. C'est donc - à travers la solitude - la réactivation d'un manque de lien affectif à l'autre, sentiment qui peut être ravivé avec l'approche de la mort ; précisément le départ en mission extérieure peut confronter le jeune médecin à sa propre mort en plus de celle potentielle des autres soldats qu'il va devoir prendre en charge ; le jeune médecin militaire qui intervient en première ligne sur le front pour venir en aide aux soldats blessés est aussi en situation d'isolement et c'est donc une mise à l'écart, également une séparation, une rupture du lien. « L'exercice en situation d'exception rejette le praticien militaire au point vif où se situe la question éthique, celui de la solitude de l'acte. » [Briole, 1996]

Dans certains cas, lorsque le ressenti est trop douloureux, l'étudiant peut choisir de rompre son engagement en démissionnant, peut être ici aussi une tentative de rompre l'isolement, dans le but de rompre la liaison avec le service de santé des armées et avec le groupe militaire un peu comme on peut rompre une liaison amoureuse ; il y aurait donc dans l'isolement - surtout lorsqu'il est vécu douloureusement comme une solitude, un autre lien difficile à dénouer, existant préalablement au lien antérieur rompu .

L'abord de cette problématique nous permet de mieux comprendre ce qui en jeu dans la plainte de solitude chez ces jeunes étudiants militaires prédominant en fin de parcours, bientôt confrontés à leur première mission sur les théâtres d'opérations.

Il pourrait s'agir d'une plainte de deuil en quelque sorte d'une incapacité à tisser des liens vers des objets extérieurs à cause d'une persistance des liens à l'objet perdu. Ce sentiment de solitude pourrait être davantage ressenti avec l'approche de la mort. La solitude en tant que symptôme pourrait également représenter un moyen de défense, une manière de maintenir présent cet autre perdu ou manquant, au prix parfois d'une souffrance qui permettrait d'en inscrire la permanence.

Ainsi ces pistes de réflexion complémentaires éclairent notre pratique clinique. Permettre aux étudiants de parler de cette solitude vécue ou potentielle, subie ou choisie ce serait déjà leur donner la possibilité de rompre l'isolement, dans le discours tourné vers le thérapeute et non plus vers cet autre qui leur manque.

6.3 Le médecin militaire et la mort : sacrifice, violence et transgression

Le jeune médecin militaire détient une mission spécifique pour laquelle il a souscrit un engagement, celui de sauver les soldats blessés, potentiellement au péril de sa propre vie. C'est bien ce qu'affirme cet interne : « pour moi faire la guerre s'est finalement pouvoir être disponible pour partir assez rapidement sur un théâtre d'opérations ou par exemple pendant une catastrophe humanitaire ; et comme je n'ai pas d'attache, ça ne me pose pas de problème pour l'instant et ça ne me dérange pas de mourir en OPEX » [Part 23]

6.3.1 De l'héroïsme

Œuvrant sur les champs de bataille au plus près du combattant, il peut devenir un héros et rejoindre les nombreux anciens dont les noms sont inscrits dans chacun des couloirs de l'école du val-de-grâce. Dans ce haut lieu de l'histoire du service de santé où les jeunes reçoivent leur formation médico-militaire spécifique, se trouvent de nombreuses peintures et plaques commémoratives associées à des notices biographiques et des textes de présentation des exploits des médecins du service de santé. (Ambroise Paré, Robert Picqué…) en particulier les noms des majors des promotions sortantes et du président du bureau des internes sont gravés en lettres d'or sur les murs de l'école.

Encore aujourd'hui, les références aux médecins militaires illustres - exaltant l'héroïsme et le sacrifice individuel au profit du groupe - sont omniprésents dans la vie du jeune médecin militaire. Les vecteurs utilisés sont très divers, notamment dans le musée du service de santé près de l'école du val-de-grâce, ou à l'école de santé de Lyon ; chacun des huit hôpitaux d'instruction des armées porte le nom d'un médecin militaire célèbre. De la même façon on retrouve ces mythes relatés dans les allocutions des directeurs d'hôpitaux militaires, au moment de commémorations, dans les documents écrits de présentation des unités, dans les articles rédigés de la revue du service de santé « *Médecine et Armées* » également dans la revue de l'actualité du service de santé *Actu santé*,… Ainsi à travers ces aspects officiels et institutionnels, la tradition orale, les textes rituels relatant des épisodes du service de santé perçus comme glorieux renforcent un relatif sentiment de puissance du groupe et de l'individu.

Le nouveau champ de l'école de santé est un exemple de la puissance de la tradition orale : A l'initiative de la promotion 2016, des élèves médecins et pharmaciens ont écrit un nouveau chant interprété lors des cérémonies militaires, pendant les rassemblements entre promotions et a les défilés, notamment celui du 14 juillet dernier :

[…]Engagés dès notre plus jeune âge,

Notre esprit se consacre à l'ouvrage.

De nos anciens nous recevons l'épée,

Alternant dignement les valeurs de l'officier,

Ainsi à la boate, toutes les promotions

Sont fières de transmettre leurs traditions.

Dévoués à jamais à l'art médical,

Armés pour sauver ceux frappés par les balles,

Protégeons l'Europe, servons la France

Contre la haine et l'aveugle violence.

Gloire à nos anciens, gloire à leur mémoire,

Santards d'aujourd'hui, à nous d'écrire l'Histoire.

Refrain

Pour la patrie et d'humanité,

Sous le feu, aux côtés des blessés,

Sur la voie tracée par nos anciens,

Combattants acharnés du destin

Sur mer et au-delà des mers

Double héritage, médecins militaires.

Marie-Anne Paveau nous guide dans l'analyse de ce chant, dont les paroles reflètent à elles seules tout l'éthos du service de santé [Paveau, 1999]

Ce texte a tout d'abord une fonction cohésive, rappelant constamment l'appartenance au groupe. Il utilise très souvent la première personne du pluriel, ce qui englobe tous les membres du groupe, tous les médecins militaires, posant ainsi l'existence de l'ensemble non pas en tant qu'entité abstraite mais en tant qu'entité vivante véritablement existante. On peut aussi y retrouver des éléments narcissiques puisque les jeunes médecins se décrivent eux-mêmes en célébrant leurs qualités militaires de bravoure, d'abnégation et de courage. Enfin il existe dans ce chant une fonction généalogique, des liens sont réaffirmés avec les anciens, avec les générations de médecins militaires précédentes.

Encore une fois, les qualités de courage, les vertus du sacrifice font référence à un passé légendaire et héroïque où l'image de la mort glorieuse tient toujours une place essentielle. Cet éthos et plus globalement cette culture si spécifique au service de santé comme aux autres armées tend à conforter le sentiment de toute puissance et d'invincibilité inconsciente du jeune praticien militaire.

6.3.2 « L'éthique en ligne de mire »

Pour autant, le médecin militaire devenu guerrier « est libéré de l'interdit de l'homicide mais risque en contrepartie son intégrité physique et psychique », nous dit le Pr Franck de Montleau.

Ce sentiment d'invincibilité inconsciente pourra être mis à mal dès les premières missions sur les théâtres d'opérations extérieures ; peu d'étudiants ont réfléchi en réalité à ces questions :

« Je pense que le plus dangereux c'est pour ceux qui partent en mission sans se poser de questions, sans y avoir réfléchi avant et en disant que ça va le faire dans tous les cas... Je me suis rendue compte que beaucoup dans la promotion ont réalisé seulement au moment du diplôme d'urgence des temps de crise qu'ils allaient partir en mission en étant complètement isolé, sans toute une équipe autour de pour les servir et les aider »[PART5]

« L'avenir reste très flou, notamment les départs en OPEX ; ce qui m'inquiète c'est que c'est encore quelque chose de nouveau, on a beau nous préparer on ne sait pas comment ça va se passer » [PART18]

Le docteur Laurent Papillault des Charbonneries [117]met en évidence plusieurs conflits éthiques chez des médecins militaires français ayant servi en Afghanistan ; ces conflits de valeur s'articulent autour de plusieurs questionnements comme la différence de perception des blessés en fonction de leur origine, la demande de renseignements potentiels par le commandement sur les blessés, des prises en charge médicales avortées et enfin le fait que les médecins soient armés sans aucun signe de reconnaissance, masquant les emblèmes protecteurs de la Croix-Rouge et devenant des combattants potentiels . Il souligne ainsi la nécessité d'une sensibilisation à l'éthique grâce à un enseignement pratique lors des formations délivrées aux étudiants en médecine militaire et aux jeunes médecins des forces, afin de réfléchir de façon plus approfondie notamment sur le principe de non-discrimination dans la prise en charge de blessés ou de malades civils dans des pays aux structures sanitaires défaillantes. « La spécificité de la médecine militaire, forte de ses traditions, ne peut toutefois s'envisager que si tout concourt à apporter la même qualité de soins et le même dévouement à tout blessé ou malade, en particulier si les circonstances ne s'y prêtent pas du fait du soutien prioritaire aux forces ; militaire ou non, chaque médecin responsable de ses actes et de l'éthique de sa pratique » [Benner, 1996] cet enseignement n'a pas été mis en place à ce jour.

[117] Mémoire de Master Éthique, Sciences, Santé, Société de la Faculté de médecine de Marseille « le médecin militaire et les blessés au combat en 2013… L'éthique en ligne de mire? » par Laurent Papillault des Charbonneries

Conclusion

Finalement, ces interrogations existentielles et éthiques reflètent une partie les symptômes de la « maladie du médecin militaire » :L'engagement et la disponibilité opérationnelle interrogent ces jeunes adultes sur leur possibilité et leur capacité de concilier vie de famille et activité professionnelle ; pour certaines étudiantes, il existerait un possible moratoire de la conjugalité et de la parentalité en lien avec les conditions d'exercice durant les premières années d'affectation ; d'autres donnent la priorité à leur vie de famille au risque d'envisager un renoncement à leur engagement initial et d'impacter leur carrière. Du côté des pères, la parentalité est aussi ressentie parfois comme un facteur de fragilisation en mission. Il faudrait toutefois préciser ces hypothèses dans un travail de recherche complémentaire.

Le sentiment de solitude est très présent dans le domaine professionnel, et s'articule avec la difficulté pour le jeune praticien à quitter sa famille en cas de départ en missions extérieures ; ce sentiment de solitude s'aggrave en fin d'études, reflétant sans doute la réactivation d'un manque de lien affectif à l'autre, ravivé par l'approche de la confrontation à la mort potentielle pour les soldats et soi-même. Les qualités de courage, les vertus du sacrifice - omniprésentes dans le parcours des étudiants en médecine militaires - font référence à un passé légendaire et héroïque où l'image de la mort glorieuse tient toujours une place essentielle. Cet éthos, plus globalement cette culture si spécifique au service de santé tend selon nous à conforter le sentiment de toute-puissance et d'invincibilité inconsciente du jeune praticien militaire ; mais ce sentiment est mis à mal en fin d'études, à l'approche des premières missions sur les théâtres d'opérations extérieures car le jeune médecin militaire – devenu potentiellement guerrier -, « est libéré de l'interdit de l'homicide mais risque en contrepartie son intégrité physique et psychique » ; c'est cette rencontre du médecin à la fois avec le patient et son l'environnement médical et militaire que nous développerons dans les chapitres ultérieurs .

3EME PARTIE : HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES ET STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE

7 Chapitre VII : La rencontre d'un sujet, d'un patient et d'un environnement

Le fleuve emportant tout, on dit qu'il est violent,
Mais nul ne taxe de violence
Les rives qui l'enserrent.

Poèmes. 5. 1934-1941
Bertolt Brecht, traduit par Maurice Regnaut (page 111)

Dans les chapitres à venir, nous allons exposer les différentes hypothèses diagnostiques et explicatives des symptômes de détresse psychologique décrits précédemment chez les étudiants en médecine militaires : en premier lieu, nous verrons comment leurs profils de personnalité peuvent apparaitre spécifiques et comment ils sont soumis à des injonctions paradoxales potentiellement iatrogènes, liées aux contraintes du parcours académique médical et de l'engagement militaire ; nous envisagerons dans un deuxième temps selon quelle mesure la spécificité de la prise en charge du patient militaire peut faire le lit des symptômes rencontrés.

7.1 Des profils de personnalités spécifiques

Très peu d'auteurs se sont intéressés au profil psycho(patho)logique des médecins car cette thématique est longtemps restée Inconnue dans le champ de la psychologie médicale [Schneider, 2002][Chocard, 2003] Certains traits de personnalité correspondent à des variations normales et non pas à des traits pathologiques, et ont été plus fréquemment soulignés chez les médecins en comparaison aux autres professions ; nous retrouvons ces éléments à plusieurs reprises au cours des entretiens de recherche réalisés dans notre étude.

7.1.1 Une illusion de toute puissance

Plusieurs internes ont témoigné de leur désir d'être appréciés à la hauteur de leurs compétences et de leur dévouement, traduisant dans leurs propos un *perfectionnisme obsessionnel et une conscience professionnelle exacerbée* [Enns, 2001]

« Un bon médecin c'est quelqu'un qui a de l'expérience, qui est reconnu par ses semblables et qui montre qu'il est passionné par ce qu'il fait » [PART 29], nous dit cet interne « ma place en tant que médecin, c'est d'être forte, de ne pas flancher pour pouvoir faire face aux situations difficiles… » [PART20]

Ce perfectionnisme peut aussi être à l'origine d'une *culpabilité importante en cas d'erreur* - à l'origine d'une grande détresse, les jeunes médecins (c'est le cas aussi pour les praticiens plus âgés) parviennent difficilement à parler de leurs difficultés ou de leurs erreurs à d'autres collègues ou d'autres co-internes et expriment souvent un manque de soutien, d'empathie voire une compétitivité Au sein du groupe ; « il n'y a rien de moins empathique pour un médecin qu'un autre médecin... La raison essentielle à mon avis c'est que tout le monde subit la même pression et il peut exister une espèce de ressentiment vis-à-vis de ceux qui se mettraient en arrêt de travail car il faut compenser en quelque sorte les faiblesses de l'autre... Aller mal pour un médecin est considéré comme une faiblesse, et dans l'armée c'est encore plus marqué car il y a des répercussions en chaîne, ... Dans les stages difficiles, on savait que si on pensait se mettre en arrêt de travail, le collègue allait prendre deux fois la dose, de la même manière qu'on ne prenait jamais plus d'une semaine de congé à la fois ; et c'est pareil aussi pour les femmes qui tombent enceintes [rires] heureusement qu'elles sont pas toutes enceintes en même temps ! » [PART9]

Ces difficultés à exprimer et à gérer leurs sentiments peuvent être en lien avec des *traits alexithymiques* : « spontanément quand j'ai une difficulté j'ai tendance à ne pas en parler et je n'aurais pas trouvé normal de ne pas gérer les difficultés seule...j'ai toujours pensé que mes autres co-internes ne ressentaient pas la même chose que moi » [PART20]

« Ce qui m'aurait aidé dans les moments difficiles ça aurait été de maintenir le lien avec mes co-internes, pour en parler tous ensemble et me dire que finalement c'est dur pour tout le monde... mais on n'arrivait à se voir que très rarement... » [Part 19]

Le doute chronique fait partie également des traits prédominants de personnalités chez les médecins, « le plus difficile en médecine c'est d'être inefficace même après plusieurs années d'études ; quand on est par ex en études d'ingénieur, on travaille 2H et on a tout compris et on sait presque tout faire alors qu'en médecine, il faut bosser dix heures pour se rendre compte qu'on ne sait rien et que tout reste à apprendre »[Part 16]dans notre étude 56,7 % des étudiants de 8ème année craignaient de faire parfois des erreurs médicales et près de 5 % le craignaient tous les jours . 16,4 % étaient souvent préoccupés par leurs patients en dehors du contexte professionnel (cf. chapitre des résultats)

Associée à des angoisses d'échecs et de mort, l'impuissance en lien avec certaines situations au cours desquelles le médecin ne peut sauver son patient se traduit par un fort sentiment de frustration et de culpabilité qui peut aboutir à une perte de sens de la fonction soignante en lien avec cette alternance douloureuse de la toute-puissance de l'impuissance. Les mots de cet interne traduisent ce ressenti : « quand on est médecin militaire sur un bateau et qu'il y a un accident grave, tout le monde compte sur vous et s'il y a un problème on n'a pas beaucoup de chance pour se rattraper… J'ai peur d'être mis en échec alors que je n'ai le droit qu'à une seule chance… C'est le corollaire de la vocation, le risque c'est de décevoir les gens si on n'arrive pas à son idéal... l'engagement opérationnel qu'on a est reconnu par la nation et le service de santé» [Part 21]

L'émergence de la souffrance qui en résulte, si elle n'est pas reconnue et accompagnée, peut aboutir dans certains cas à des troubles conduisant au suicide**. *Dans notre étude, 9,8% des élèves de 4ème année et 21,2% des élèves de 8ème année avaient présenté des pensées de mort pour eux-mêmes ou réalisé une tentative de suicide. (Tableau 31)***

Nous retrouvons également *un besoin de contrôle et de maîtrise*, associé à un mépris de la fatigue et de la maladie et sous-tendu par un *fantasme d'invulnérabilité* que nous avons déjà évoqué et sur lequel nous reviendrons : cette étudiante le confirme :

« Un médecin ne peut pas dire qu'il est en difficulté ; on ne s'octroie pas la possibilité d'être malade par peur d'apparaître faible... C'est normal de s'en rajouter, de travailler chaque soir jusque 21H, on passe pour un fainéant si on part à 19H… tout le monde se teste, veut faire plus que son voisin... J'avais même honte de demander plus d'une semaine de vacances l'été… On dit que ça ne va pas quand c'est trop tard… On apprend par tel ou tel co-interne « on a tous fini sous antidépresseur dans ce stage... » [Part 19]

Le plus souvent, ces traits de personnalité permettent aux médecins d'être de bons praticiens et de bien exercer leur profession ; Cependant cette configuration psychique particulière peut être à l'origine de difficultés en période de crise : « Pendant mon premier semestre le stress a été tellement important à un moment donné que j'en perdais tous mes moyens... On voit qu'on est inefficace et en plus on se sent isolé, on ne peut pas contacter les chefs ; c'est un vrai cercle vicieux parce que les stages peu appréciés sont laissés aux internes de premier semestre, en particulier ceux où la charge de travail est considérable, où on ne peut pas joindre les chefs de service ou les assistants... » [Part 9]

7.1.2 Quand le médecin devient « patient »

Les médecins sont censés être forts constamment pour pouvoir soutenir les patients et les guérir. Maranda et al estiment d'ailleurs que l'identité des médecins se construit tout au long de leur formation sur une idéologie du succès dans laquelle l'erreur est inacceptable [Maranda, 2009]

Pour la plupart des médecins, dévoiler sa faiblesse ou sa vulnérabilité est inenvisageable ; on attend qu'ils soient en bonne santé et surtout en cas de maladie ils doivent surmonter cet aléa sans que cela soit perceptible aux yeux de leurs patients, ni même aux yeux de la collectivité ; notamment s'il s'agit de troubles psychiques le médecin craint d'être discrédité, jugé, et s'inquiète du retentissement négatif sur sa vie professionnelle ; en particulier pour les jeunes médecins militaires un trouble peut agir sur leur aptitude à servir : « il ne faudrait pas le noter dans le dossier et ça ne devrait pas influer sur l'aptitude… c'est pour ça que j'ai hésité à prendre rendez-vous ; on peut rapidement avoir peur d'être stigmatisé, de croiser quelqu'un dans le service qu'on connait, un infirmier par exemple ; et ce serait un aveu de faiblesse de consulter, c'est ce qui m'a bloquée; on n'est pas censé être dans cette position, on est censé tenir bon quand tout va mal !… et se mettre dans la position du patient, ça m'a gênée de ne pas avoir le contrôle »[Part 17]

En conséquence, les médecins sont moins susceptibles de demander de l'aide par rapport à d'autres professionnels : C'est bien ce que révèlent les résultats de notre questionnaire : en cas de difficultés psychologiques, 18 pour 100 des étudiants ont déclaré qu'ils préfèreraient de consulter personne, contre 24,2% des internes ***(Tableau 31)*** On peut se demander si beaucoup ne se réfugieraient pas dans le surinvestissement professionnel, l'isolement ou l'abus de substances ? (Tableau 27)

Il est donc particulièrement difficile pour le jeune praticien de passer du statut de soignant à celui de patient, cette démarche pour lui-même renvoyant à une remise en cause inconsciente de son illusion de toute puissance : « Les médecins sont des gens d'honneur et leur conscience professionnelle les rend à la

fois forts et vulnérables. Forts pour leurs capacités extraordinaires et vulnérables parce que leur haute conscience professionnelle les rend sensibles au malaise social « [Maranda & Al, 2006]

7.2 La relation médecin- patient et la spécificité de la prise en charge du patient militaire

Nous avons vu combien sont importantes pour les étudiants les interrogations sur la fin de vie et la mort, les difficultés et parfois une certaine ambivalence dans la prise en charge des patients, mais aussi la complexité à accepter des vécus subjectifs parfois dérangeants. Le jeune médecin est ainsi confronté dès sa rencontre avec les malades, lors de ses premiers stages d'externe, aux limites de la puissance médicale et plus précisément à sa propre limite par rapport à certaines maladies, à la mort, aux autres intervenants médicaux ; L'ensemble de ces facteurs progressivement cumulés, pourrait selon nous aboutir à des phénomènes de « fatigue de compassion », voire de « traumatisme par procuration » .

7.2.1 Fatigue de compassion, traumatisme par procuration

Les médecins, comme tous les autres soignants, sont amenés à prendre en charge des patients dont les besoins et les demandes sont fortes, parfois exigeantes, dans un métier qui requiert une grande disponibilité, une tolérance, une acceptation presque inconditionnelle des attentes du malade ; certains patients demandent des visites injustifiée ou excessives, manquent ou oublient des rendez-vous ; Les contraintes judiciaires sont également accrues pour les médecins qui voient leur responsabilité de plus en plus souvent engagée, d'autant que les recommandations de bonnes pratiques se multiplient ; depuis la loi du 4 mars 2002[118], le principe de précaution est de vigueur et le praticien a le devoir de preuve, d'information et de transmission des dossiers médicaux si le patient le demande ; les représentations sociales ont ainsi largement évolué ces dernières années et le statut du médecin est lui aussi de plus en plus remis en cause entrainant une démystification de l'identité médicale et une altération de son image ; il devient un simple interlocuteur technique et scientifique du moment, prestataire de services alors qu'autrefois la relation médecin- malade reposait sur un engagement fondé sur une confiance mutuelle et réciproque ; la société occidentale contemporaine, oubliant que le médecin a simplement une obligation de moyens et de soins et en aucun cas une obligation de guérison et de résultats, a donc mis en place un *double paradoxe* chez des patients qui acceptent de moins en moins le fait d'être malades tandis que les soignants peuvent se sentir de plus en plus coupables de ne pas guérir. Cet étudiant souligne : « En médecine on nous explique qu'il y a une obligation de moyens et pas une obligation de résultats, alors que chez les militaires c'est l'inverse on a parfois l'impression qu'il y a avant tout une obligation de résultat mais sans les moyens ! »[PART9]

La fatigue de compassion pourrait résulter au moins pour partie de ce double paradoxe : c'est une notion assez proche du syndrome d'épuisement professionnel du soignant et en serait en quelque sorte une forme particulière. L'influence de l'engagement thérapeutique sur la personnalité du soignant a été décrite dès les années 70, dans les travaux de Freudenberger et Maslach, surtout à partir des notions de transfert et de contre-transfert [Freudenberger, 1987]. Un autre concept assez proche est celui du traumatisme par

[118] La loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée loi Kouchner (ministre de la Santé de l'époque)

procuration décrit particulièrement chez des thérapeutes qui prennent en charge des victimes ayant survécu après des traumatismes majeurs (guerre, agressions sexuelles, tentative d'homicide…). La fatigue de compassion également est appelée stress traumatique secondaire par différenciation avec le stress traumatique primaire où l'individu est lui-même victime. [Delbrouck, 2008]

Arrêtons- nous un instant sur les notions de compassion et d'empathie : Compatir signifie « souffrir avec » ; la compassion serait ce sentiment de sympathie et de douleur pour une autre personne qui est frappée par la souffrance, le malheur ; l'empathie se distingue de la compassion car elle représente une attitude qui rend capable de saisir les émotions d'une autre personne, se mettre à sa place pour la comprendre tout en restant conscient qu'il s'agit d'une expérience de l'autre. Ceci implique que pour être capable de compassion le soignant doit pouvoir être empathique ; empathie et compassion permettent d'établir l'alliance thérapeutique avec le patient.

Ainsi la fatigue de compassion proviendrait d'un effet cumulatif de transformation chez le soignant qui prend en charge de manière répétitive des patients survivants à des événements traumatiques. Le plus souvent les thérapeutes et soignants qui prennent en charge des sujets ayant subi des traumatismes ressentent un renforcement du respect pour la force de l'autre, un sens augmenté du signifiant et du sentiment d'humanité ; pour autant, certaines études[119] ont montré - en particulier depuis les événements du 11 septembre 2001 à new York - que l'exposition au matériel traumatique des patients peut créer une certaine détresse émotive chez les thérapeutes par des phénomènes d'introjection des souvenirs ; bien entendu, des aspects spécifiques de la personnalité du soignant tels que son histoire personnelle et son niveau d'expérience professionnelle peuvent contribuer à la survenue de cette fatigue de compassion ou du traumatisme par procuration ; ainsi les étudiants les plus jeunes, ceux dont la personnalité est particulièrement sensible et empathique, revivant parfois une histoire personnelle de traumatisme peuvent être concernés tout particulièrement . [Delbrouck, 2008]

7.2.2 Le lit d'un potentiel état de stress post-traumatique

Les attaques terroristes récentes qui ont frappé la France ont soumis les personnels soignants aux mêmes risques traumatiques que les victimes elles-mêmes : Ainsi, le 13 novembre 2016, les soignants des hôpitaux des armées, dont plusieurs internes militaires en formation, ont pris en charge de nombreuses victimes des attentats et ont été encadrés comme des combattants. Comme dans les hôpitaux civils, des groupes de parole collectifs et des entretiens individuels ont été mis en place, dans un dispositif similaire à celui qui est de vigueur pour les militaires au retour d'opérations, c'était en réalité la première fois qu'un tel dispositif était instauré pour les personnels du service de santé des armées.

En dehors de ces situations de crise majeure en France ou sur les théâtres d'opérations extérieures, les jeunes médecins militaires peuvent aussi être soumis dans leur pratique ordinaire à une répétition de traumatismes dont l'intensité représente un impact psychologique et émotionnel important ; Les critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique(TSPT) selon le DSM V 309.81 (F 43.10) –que nous rappelons intégralement ci-après, le précisent :

[119] Delbrouck, Michel. « 4. Syndromes associés ou connexes au burn-out », Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel, sous la direction de Delbrouck Michel. De Boeck Supérieur, 2008, pp. 69-94.

Critères diagnostiques du trouble stress post-traumatique (TSPT) selon le DSM V 309.81 (F 43.10)

Critères A : exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou de plusieurs des façons suivantes :

- En étant *directement* exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
- En étant *témoin direct* d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes
- En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menaces de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
- *en étant exposé de manière répétée ou extrême* aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (par exemple intervenant de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)

Critère B : présence *d'un ou de plusieurs des symptômes envahissants* suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques qu'en cause

- Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissant du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.
- Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquelles le contenu et ou les faits du rêve sont liés à l'événement /aux événements traumatiques
- Réactions dissociatives par exemple flash-back (scène rétrospective) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.
- *Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique* lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause
- Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques

Critères C : évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

- évitement ou effort pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse
- évitement ou effort pour éviter les rappels externes (personnes, endroit, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent les souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse

Critères D : altérations négatives des cognitions et de l'humeur associée à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne *deux ou plus* des éléments suivants :

- incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques Typiquement en raison de L'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues
- *croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées* concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde par exemple : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne »
- distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer et ou à blâmer d'autres personnes
- *état émotionnel négatif persistant* par exemple craintes, horreur, colère, culpabilité ou honte
- réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou réduction de la participation à ces mêmes activités
- ***sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres***
- ***incapacité persistante d'éprouver des émotions positives*** par exemple incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux

Critères E : altération marquée de l'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent *deux ou plus* des éléments suivants :

- *comportement irritable ou accès de colère* avec peu ou pas de provocation qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets
- *comportement irréfléchi ou auto destructeur*
- hyper vigilance
- réaction de sursaut exagéré
- problème de concentration
    - -*perturbation du sommeil* par exemple difficultés d'endormissement au sommeil interrompu et agité

Critère F : la perturbation (symptômes des critères B, C,D, et E) dure plus d'un mois

Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicaments, alcool) ou à une autre affection médicale.

La lecture attentive de ces critères nous confirme qu'il pourrait y avoir une association entre syndrome d'épuisement professionnel,- dans ses dimensions d'épuisement émotionnel et de perte d'empathie- et TSPT ; nous reviendrons sur ce point dans le chapitre VIII. Le rapport de l'académie nationale de médecine sur le burnout paru en Février 2016[120], précise que – « même si Les nosographies médicales ne mentionnent pas le burnout, celui-ci peut s'apparenter soit à un trouble de l'adaptation, *soit à un état de stress post traumatique*, soit à un état dépressif. » D'autres études seront nécessaires pour confirmer ce point parmi les soignants militaires.

[120] Olié J-P., Légeron P, au nom d'un groupe de travail des Commissions V (Psychiatrie et santé mentale) de l'Académie Nationale de Médecine. Burn-out, dépression, trouble de l'adaptation, stress, travail. www.academie-medecine.fr paru le 23 février 2016

7.3 Les contraintes des milieux

7.3.1 Les contraintes de la formation médicale

Les étudiants en médecine, en particulier quand ils débutent leurs stages hospitaliers et prennent en charge des patients, sont soumis à des contraintes de leur environnement professionnel susceptibles de dégrader leur état de santé psychique et physique ; ces contraintes s'intègrent dans ce qu'on appelle communément les risques psycho sociaux (R P S) dont les conséquences peuvent être à la fois individuelles mais également collectives. La souffrance psychique causée ou aggravée par le travail d'ailleurs est le 2e groupe d'affections d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française, après les affections de l'appareil locomoteur [Khireddine I et al.,2015]

En 2011, un collège d'experts a établi un rapport pour le suivi des risques psycho sociaux au travail dans la population générale ; ce rapport a permis de dégager des indicateurs de surveillance pour la population générale regroupés en six dimensions suivantes :

- les exigences du travail en termes de charge, de cycles et d'amplitude horaire,
- les exigences psychologiques émotionnelles ou cognitives,
- l'autonomie dans le travail,
- les rapports sociaux et les relations de travail,
- les conflits de valeur,
- la sécurité socio-économique.

Ce rapport a été complété plus récemment par la réalisation d'un « *guide de prévention, repérage et prise en charge des risques psycho sociaux des internes chefs de clinique et assistants* » rédigé en 2016 par la direction générale de l'offre de soins DGOS ; Ce guide résulte de la mise en place d'un programme d'action et de prévention par rapport aux conditions de travail des étudiants et des internes demandé par la ministre de la santé au début de l'année 2012[121].

Nous constatons dans ces deux rapports combien les dimensions du RPS sont tout à fait parallèles et superposables aux différentes problématiques que nous avons décrites en particulier dans le chapitre II de notre étude, qui concerne le mode de vie spécifique des étudiants en médecine : une temporalité contrainte, les difficultés en lien avec acquisition de l'expérience professionnelle, des phénomènes de maltraitance au sein des équipes soignantes…

7.3.2 Les contraintes de l'engagement en médecine militaire

Les injonctions paradoxales liées aux contraintes de l'engagement en médecine militaire sont nombreuses tout au long du parcours de l'étudiant et mises en évidence dans la grande majorité des entretiens : c'est avant tout l'incertitude par rapport à l'avenir, dans un contexte de réforme majeure du service de santé des

[121] **DGOS (SDRH).** Rapport final du groupe de travail sur les conditions de travail des étudiants, internes et assistants. Ministère des affaires sociales et de la sante ; mars 2016

armées depuis plusieurs années, demandée à la suite du rapport de la cour des comptes établi en 2010[122] ; celle-ci doit aboutir à une restructuration profonde à l'horizon 2020 : Le service de santé des armées, soumis à d'importantes contraintes budgétaires, doit notamment et pour plusieurs années encore faire face à une réduction importante du nombre de postes de médecins militaires hospitaliers au profit des postes de médecins généralistes.

Beaucoup d'étudiants avaient l'espoir d'être récompensés après leurs études par la possibilité du choix d'une spécialité médicale spécifique, mais aussi une vie heureuse et équilibrée ; au contraire, ils (a)perçoivent un avenir incertain, une instabilité personnelle, des missions particulièrement dangereuses sur des théâtres d'opérations où ils seront confrontés à la Solitude de l'acte et à la mort des soldats, et où ils devront parfois risquer leur propre vie. Cette tension entre L'idéal et la réalité quotidienne du terrain, dont ils prennent conscience au fil des études, peuvent les conduire à l'effondrement du rêve humaniste ; c'est aussi une mise à l'amende du sentiment de toute puissance qui avait pu se mettre en place chez certains sujets. Même si une majorité des étudiants interrogés étaient satisfaits de leurs conditions d'études, la plupart d'entre eux ont souligné les importantes incertitudes de leur carrière à venir :

« De mon côté je suis extrêmement heureux de faire partie du service, c'est une expérience humaine incroyable, mais le point noir du SSA c'est l'absence de visibilité à long terme, on a l'impression qu'on ne maîtrise pas tout, c'est malheureux de se dire qu'au pire on a un diplôme civil - et donc il n'y pas d'angoisse au niveau chômage etc. - mais c'est de s'impliquer pour quelque chose alors qu'on ne sait pas si ça va servir à quelque chose et qu'on va peut-être devoir quitter le service de santé… je l'ai vécu pour mon père et mon grand-père qui ont beaucoup sacrifié pour leur famille... pour l'ECN on bosse énormément mais on ne sait pas si ça va servir à grand-chose si on n'a pas la spécialité qu'on souhaite dans la liste des postes... même si bien sûr il ne faut pas être obtus... de mon côté je pense que la médecine générale est une des spécialités les plus dures qui soient… mais quand même, on perd des gens brillants c'est du gaspillage… ! » [Part 12]

Plus spécifiquement, 19 % d'entre eux avaient le sentiment de ne pas être correctement accompagné ni par la faculté ni par le service de santé des armées au cours de leurs études. Dans les mêmes proportions 19, 4 % Des étudiants de huitième année évoquaient leur souhait de quitter le SSA, tandis que 17,9 % envisageaient de quitter médecine « on ne comprend pas tous les choix du SSA. Sur deux années consécutives, on ne voit pas deux fois la même direction ; donc on ne peut rien affirmer ni anticiper » [Part 11] « on vit au jour le jour, en ne peut pas trop se projeter... Pour faire une vie de famille c'est compliqué mais si on est devenu médecin militaire c'est que l'on sait s'adapter »[PART22] (tableaux 16,17)

Cet interne fait une analyse des répercussions de la réforme actuelle du service de santé des armées.

« Ce que j'ai constaté fait que 30 % de mes camarades de promotion démissionnent ou demandent à démissionner, à mon avis pour trois raisons :

> 1° Il y en a qui se rendent compte que la médecine ne leur convient pas, c'est vrai qu'on ne sait pas ce que c'est que la médecine à 17 ans à 18 ans
>
> 2° il y en a d'autres qui découvrent une spécialité par exemple la cardiologie qui leur plaît énormément et comme on a très peu de spécialités médicales offertes dans le service de santé à l'internat, ils décident de démissionner
>
> 3° et puis d'autres se rendent compte que le service de santé est une entreprise qui tourne bizarrement, après tout un contrat c'est fait pour être rompu ? » [PART23]

122

La carrière de médecin militaire, en particulier pour les médecins des forces, offre de multiples facettes et une richesse des possibilités d'exercice, très différente de celles du monde civil ; « exercer autrement », lit-on sur le site du service de santé des armées qui recrute actuellement plusieurs dizaines de médecins sous contrat ou commissionnés.[123] La nomination par concours en 2016 du premier professeur agrégé en médecine des forces armées (Pr Luc Aigle) a donné également aux étudiants militaires une visibilité, des perspectives nouvelles et considérables pour la carrière de médecin des forces.

Pour autant, certains étudiants se concentrent sur les limites d'une pratique qui ne leur permettra pas de réaliser leurs projets et familiaux et professionnels et décident effectivement de rompre leur engagement : « je ne peux oublier l'aide importante que m'a apportée l'institution militaire et je garde à l'esprit l'intention de servir mon pays, de participer au progrès médical et de vouer ma vie au service des patients… être muté tous les deux ans me paraît impossible et inadapté pour entreprendre des projets hospitaliers durables et assurer avec fiabilité le suivi des patients… me trouvant actuellement dans une impasse je choisis de renoncer à ma carrière d'officier et de retourner à la vie civile » [124]

Cette interne demande elle aussi à démissionner, selon le fait que ses projets personnels et professionnels sont incompatibles avec la pratique de la médecine générale dans les forces : « la pratique de la médecine générale civile permet le suivi d'une patientèle très variée et au long cours, contrairement à celle de la médecine des forces… je me suis récemment mariée avec un interne des hôpitaux des armées… les mutations prochaines obligatoires et les séparations géographiques, inéluctables en raison de nos deux carrières respectives, s'opposent à la construction d'une vie familiale stable et durable ;je ne peux envisager mon avenir sans un minimum de stabilité.[125]

[123] http://www.defense.gouv.fr/sante/recrutement/professions-medicales consulté le 04/06/2017
[124] Extrait d'une Lettre de demande de démission d'un élève
[125] idem

Conclusion

Les étudiants en médecine militaires présentent vraisemblablement des profils de personnalité spécifiques, associant une conscience professionnelle exacerbée voire obsessionnelle, une propension au doute chronique et une culpabilité importante en cas d'erreur ; nous retrouvons également un besoin de contrôle et de maîtrise, associé à un mépris de la fatigue et de la maladie et sous-tendu par un fantasme d'invulnérabilité. Le plus souvent, ces traits de personnalité permettent aux futurs médecins d'être de bons praticiens et de bien exercer leur profession ; cependant, cette configuration psychique particulière peut être à l'origine de difficultés en période de crise associée à des angoisses d'échecs et de mort, l'impuissance en lien avec certaines situations au cours desquelles le médecin ne peut sauver son patient se traduit par un fort sentiment de frustration et de culpabilité qui peut aboutir à une perte de sens de la fonction soignante en lien avec cette alternance douloureuse de la toute-puissance et de l'impuissance ; pour la plupart des étudiants, dévoiler sa faiblesse ou sa vulnérabilité est inenvisageable, d'autant plus que les traits alexithymiques peuvent être présents. Il est donc particulièrement difficile pour le jeune praticien de passer du statut de soignant à celui de patient, cette démarche pour lui-même renvoyant à une remise en cause inconsciente de son illusion de toute puissance. Dès sa rencontre avec les malades, le jeune médecin en formation est ainsi confronté aux limites de la puissance médicale. L'ensemble de ces facteurs progressivement cumulés, pourrait selon nous aboutir à des phénomènes de « fatigue de compassion », voire de véritable « traumatisme par procuration », aggravés par les contraintes conjuguées du milieu médical et militaire.

L'émergence de la souffrance qui en résulte, si elle n'est pas reconnue et accompagnée, peut aboutir à des troubles conduisant au suicide.

Nous soulignons une nouvelle fois que dans notre étude, 9,8% des élèves de 4ème année et 21,2% des élèves de 8ème année présentaient des pensées de mort pour eux-mêmes ou avaient réalisé une tentative de suicide.

8 Chapitre VIII : Un syndrome d'épuisement professionnel

En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. »

Freudenberger Herbert J.: « *L'épuisement professionnel : "la brûlure interne*" »
Éditeur : Gaëtan Morin ; 1987 p 142

Dès 1959, le psychiatre français Claude Veil, souligne que l'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation : pour des raisons impérieuses, le candidat à l'épuisement se sent obligé de négliger sa fatigue et d'aller au-delà. Ce syndrome se manifeste selon des phases progressivement évolutives le sujet présentant d'abord un épuisement émotionnel puis une diminution de l'empathie dans la relations aux autres, et enfin une perte du sentiment d'accomplissement personnel ; ces symptômes peuvent mener à la dépression et parfois au suicide, révélant un malaise et un mal-être existentiel individuel et social et posant tout simplement la question du sens de la vie. Il nous faut donc tenter d'expliquer ces raisons impérieuses qui mènent à l'épuisement du sujet et finalement à la chute de l'idéal.

Dans la fiche de la HAS et son rapport d'élaboration parus le 22 mai 2017, il est rappelé que les soignants sont une population exposée au risque de burnout qui concerne de façon prégnante les professions d'aide et de soins. « Pour celles-ci, le rapport à l'autre est essentiel. Il constitue un enjeu, parfois vital, pour les patients, bénéficiaires de la relation. Le professionnel de santé en activité ou en formation est particulièrement touché par l'épuisement professionnel. Différents facteurs le rendent vulnérable : confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge exigeant d'être impliqué dans l'intimité des patients, dispositifs de soin complexes, tensions démographiques, insécurité… »[126]

Les étudiants militaires sont recrutés et sélectionnés parmi les éléments les plus « valables » de notre société, tant au niveau de leurs intérêts que de leur capacités professionnelles et de leurs qualités personnelles ; nous avons montré en effet que leur vocation à devenir médecin militaire est prééminente et qu'ils font preuve de remarquables compétences à la fois scientifiques et humanistes ; pour autant, nous montrons aussi ce sont des candidats tout particulièrement propices au burnout, ceci dès le début de leur parcours. Nous présenterons dans ce chapitre une synthèse diachronique des résultats spécifiques de notre étude concernant l'épuisement professionnel afin de les mettre en perspective avec les données les plus récentes de la littérature française et étrangère.

[126] https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2754961/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge consulté le 23 mai 2017

8.1 Synthèse diachronique des résultats

Pour rappel de nos résultats, 393 questionnaires ont été distribués, 327 ont été recueillis et 261 ont été analysés, soit un taux de réponse global de 83,20%.

La moyenne d'âge de notre population était de 21, 5 ans, 46% étaient des hommes, 54% étaient des femmes.

35,6% étaient en première année d'étude, 14,9% étaient en deuxième année, 23,8% étaient en quatrième année, enfin 25,7% étaient des internes en 8° année d'études. Parmi les internes, 82,1% étaient en médecine générale et 17,9% étaient internes de spécialité hospitalière.

Les scores médians du MBI des étudiants étaient : en1ère année : EE =17, DP= 6 et AP =24 ; en 2ème année : EE =8, DP =4 et AP =21 ; en 4ème année : EE=14, DP=6 et AP=35 et en 8ème année : EE= 20, DP= 12 et AP=35.

Ces scores correspondaient à un **pourcentage global** des étudiants présentant un fort épuisement émotionnel de 12,3% ; 25,3% exprimaient une forte dépersonnalisation et 18,6% un faible accomplissement personnel (tableau 35)

Le pourcentage d'internes présentant un fort épuisement émotionnel était de 35,7% ; 38,0% exprimaient une forte dépersonnalisation et 37,1% un faible accomplissement personnel ;

Notre étude montrait que les scores médians d'*épuisement émotionnel et de dépersonnalisation s'aggravaient au cours des études de manière significative (p <0,001) ; tandis que les scores médians* d'accomplissement personnel restaient modérés de la première à la huitième année, n'augmentant pas en fin de parcours universitaire (tableaux 33 à 39 et figure 16)

Le graphique ci-dessous ([127]) illustre ces résultats et résume l'évolution diachronique des scores selon les composantes du burnout.

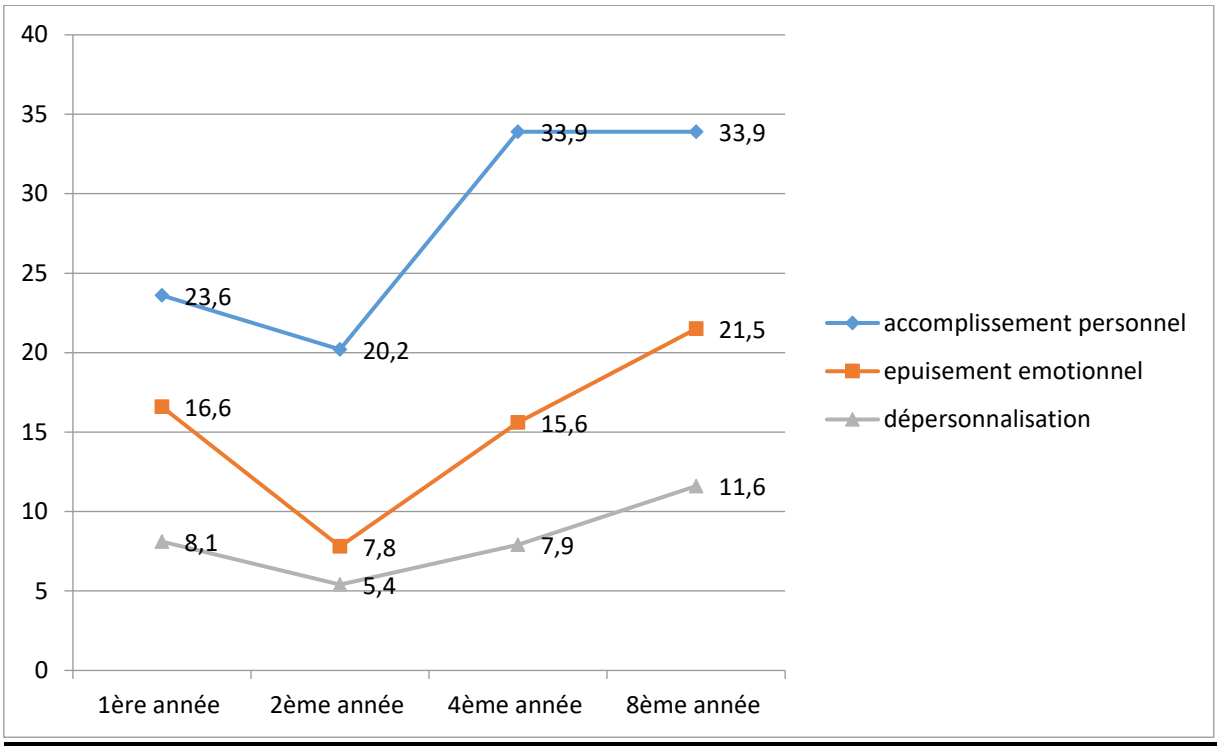
TABLEAU 49 : RAPPEL DES ECHELLES DE SCORES DU BURNOUT DANS LES 3 DIMENSIONS DU MBI

Score de burnout	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Elevé	≥30	≥12	≤33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	≤17	≤5	≥40

*version française traduite par Fontaine.

[127] À interpréter grâce au tableau de rappel Tableau 48

FIGURE 16 : ÉVOLUTION DIACHRONIQUE DES SCORES SELON LES COMPOSANTES DU BURNOUT



***Les nombres indiqués sur le graphe sont des scores moyens**

Cependant, il est important de rappeler que la fidélité du test en ce qui concerne le score de dépersonnalisation n'est pas satisfaisante en version française ; les résultats obtenus ne seraient donc pas obligatoirement le reflet de la perte d'empathie au sein de la population d'étude ; selon le modèle établi par Maslach, la première composante atteinte est l'épuisement émotionnel, ensuite la perte d'empathie et enfin l'accomplissement personnel. Si on se réfère à ce modèle, *le sentiment d'accomplissement personnel, origine d'un épanouissement au travail et d'un regard positif sur les réalisations professionnelles n'augmentait pas suffisamment dans notre population pour contrebalancer l'épuisement émotionnel et la perte d'empathie [Maslach, 1976-1981-1982]*

Lors des entretiens de recherche, les propos des étudiants confirment les résultats de l'analyse quantitative des scores MBI :

« L'internat, j'ai trouvé ça très difficile… On avait dix gardes par mois, au final je ne dormais plus j'étais épuisée… J'en avais ras le bol… j'avais l'impression que sans nous la machine ne pouvait pas tourner et il y a des moments où j'ai cru que j'allais décrocher, arrêter médecine, ce qui aurait été bien dommage à présent que je vois la fin ... » [PART19]

Il faut rappeler que ces chiffres et données d'entretiens ne permettent pas une estimation de la prévalence du burnout de notre population d'étude car le Malasch Burnout Inventory (comme d'autres auto-questionnaires) n'a pas été construit comme un instrument d'évaluation individuelle et ne permet donc pas une description des symptômes liés à chaque individu. Le Burnout est établi à partir de seuils statistiques sans corrélation avec l'intensité de l'atteinte clinique ; la HAS utilise le terme de burnout complet pour désigner un épuisement émotionnel élevé, une dépersonnalisation élevée et un accomplissement personnel faible.[128] C'est pourquoi les questionnaires ne peuvent être utilisés comme outil de dépistage individuel

[128] https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201705/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf p 12

même s'ils permettent l'étude du niveau d'épuisement professionnel subjectif d'une population, et peuvent être éventuellement utilisés pour guider un entretien avec un patient.

Nos résultats sont cohérents avec la plupart des études publiées ces dernières années, dont nous allons faire ci-après la synthèse. Nous avons retenu les travaux qui nous sont apparus les plus pertinents sur le plan scientifique.

8.2 Épidémiologie comparée du burnout

8.2.1 Selon les pays

8.2.1.1 En France

En France, quelques travaux de recherche ont été consacrés au syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine .Nous pouvons souligner comparer nos résultats pour la sous- population des internes de 8ème année (n=67)

Le tableau ci-dessous résume les études menées dans des populations d'internes en France depuis 2005 :

TABLEAU 50 : RECAPITULATIF DES PRINCIPALES ETUDES FRANÇAISES PARUES DEPUIS 2005 SUR LE BURNOUT DES INTERNES EN MEDECINE

Etude	Effectif	Lieu /Région	Fort EE*	Forte DP*	Bas AP*
ROBIN-LORRAIN (2016/2017)	67	France métropolitaine	**35,7%**	**38,0%**	**37,1%**
MALOUDI (2014)	81	France métropolitaine	**25,4%**	**25,5%**	**42,9 %**
DAST (2012)	324	Rennes	14,5%	32,7%	46,4%
LE TOURNEUR et KOMLY (2011)	4050	France métropolitaine	**16%**	**33,8%**	**38,9%**
ERNST (2009)	161	Strasbourg	19,2%	38,5%	21,7 %
BARBARIN (2008)	114	Nantes	16%	35%	21%
PITTACO (2008)	205	IDF (stage SAU)	16%	50%	33%
GUINAUD (2006)	692	IDF	24,1%	42%	48,6%

*EE : score d'épuisement émotionnel, DP : score de dépersonnalisation, AP : score d'accomplissement personnel.

*L'étude de Tourneur et Komly, menée en 2010 chez 6 349 internes par questionnaire anonyme (au total 4 050 questionnaires analysés, soit un taux de réponse de 64,2 %) a permis d'analyser des données épidémiologiques, professionnelles et personnelles de santé, ainsi que le score du MBI dans ses trois

dimensions. Les répondeurs avaient une moyenne d'âge de 26,4 ans, étaient de sexe masculin pour 31,3 % et se répartissaient pour 18,3 % en service d'urgence, 16,3 % en pédiatrie ou gynécologie, 26,6 % en médecine interne, et pour 24 % en médecine générale. Le pourcentage d'internes présentant un fort épuisement émotionnel était de 16 % ; concernant les deux autres dimensions du burnout : 33,8 % exprimaient une forte dépersonnalisation et 38,9 % un faible accomplissement personnel. Au total, 6,5 % (n = 283) des internes présentaient un burnout « complet », c'est-à-dire la présence des 3 scores élevés. Une association était notée entre le burnout et la charge de travail (78 % travaillaient plus de 50 heures/semaine), le manque de reconnaissance, une activité dans un service d'urgence et le manque de temps personnel. [Le Tourneur et Komly, 2011] [Galam, 2013]

L'étude de Bénédicte Barbarin mentionnée dans le tableau ci-dessus est également intéressante, mais l'effectif est plus faible : c'est une étude déclarative concernant tous les internes de médecine générale de Nantes en stage en février 2008 : Sur les 114 répondants (57,9 %), 65 internes (57 %) avaient au moins un critère de burnout. Les facteurs de risque pour l'épuisement émotionnel étaient le ressenti d'une discrimination entre les IMG et les autres spécialistes ($p < 0,001$), des connaissances théoriques perçues comme inadaptées ($p < 0,01$), et l'absence de reconnaissance de leur travail ($p < 0,05$). Les internes de premier semestre étaient plus à risque ($p = 0,04$). La dépersonnalisation était également liée à la discrimination entre internes de médecine générale et des autres spécialités ($p = 0,04$). Les scores de burnout n'étaient pas statistiquement corrélés à la charge horaire de travail. [Barbarin, 2012]

Si nous comparons les pourcentages d'étudiants présentant un épuisement émotionnel élevé, notre population d'internes détenait les taux plus importants parmi l'ensemble de ces travaux publiés antérieurement ; le pourcentage de faible accomplissement personnel est concordant avec celui retrouvé dans la thèse de Joachim Maloudi, qui s'intéressait également à une population d'internes militaires [Maloudi, 2014] (Tableau 49)

Les études les plus nombreuses en France concernaient des médecins déjà diplômés, en particulier les résultats de celles menées par Didier Truchot montraient que près de 50 % des médecins libéraux seraient concernés par le syndrome d'épuisement professionnel [Truchot, 2001 à 2004] ; Les mêmes chiffres sont retrouvés dans l'étude d'Éric Galam en Ile-de-France [Galam, 2007]

Des résultats analogues sont retrouvés à l'hôpital : une enquête comparative réalisée entre 2007 et 2008 sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres professionnels des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT), avait montré un risque de burnout élevé chez 13,5 % des médecins et des pharmaciens, un risque moyen pour 50 % d'entre eux et faible pour 37,7 % [Estryn-Behar et Al, 2011]

Selon les régions, Dusmesnil et al. rapportent une prévalence d'épuisement émotionnel de 23 % chez des médecins généralistes de la région PACA. Cette prévalence semble variable selon les régions, pouvant dépasser 45 % en Bourgogne. [Dusmesnil et al, 2009]

En ile de France, une enquête a été réalisée en 2007 par la commission Prévention et santé publique de l'URML-IDF menée par questionnaire auto-administré auprès d'un échantillon de 10 000 médecins libéraux représentatifs de la profession [URML, 2007]. Parmi les 2 243 médecins généralistes et spécialistes répondants, 53 % déclaraient se sentir menacés par le burnout surtout de généralistes (de secteur 1), qui réalisaient plus de 6 000 actes par an, consultant sans rendez-vous, pratiquant la visite à domicile, âgés entre 45 et 50 ans et célibataires. Parmi les causes évoquées par ces médecins, l'excès de « paperasserie » (62,6 %) et l'augmentation des contraintes collectives (47,3 %) sont les plus citées. Les conséquences du burnout évoquées par les médecins résident dans la diminution de l'accomplissement professionnel (87,2 %), la dégradation de la relation médecin-patient (84,4 %) et l'altération de la qualité des soins (82,6 %).

8.2.1.2 En Europe

En 2008, une grande enquête était réalisée dans 12 pays européens par l'European General Practice Research Network [Soler et Al, 2008] afin d'évaluer le syndrome d'épuisement professionnel et les facteurs associés chez les médecins généralistes ou médecins de famille. Malgré un taux de réponse faible dans certains pays qui diminuait la puissance de cette étude, il apparaissait que le burnout est un problème commun en Europe : 43 % des répondants ont déclaré avoir des niveaux élevés d'épuisement émotionnel, 35 % présentaient une dépersonnalisation et 39 % un faible sentiment d'accomplissement personnel ; 12% déclaraient un score important dans les trois dimensions. Comme le souligne Schaufelli, les taux sont très variables entre les différents pays d'Europe selon les biais culturels et contextuels, en particulier pour les réponses concernant la perte d'empathie. [Schaufeli WB, 2001] Il ressort toutefois de cette étude que les pays d'Europe du sud présentaient des niveaux d'épuisement émotionnels plus faibles mais aussi un plus faible sentiment d'accomplissement personnel.

8.2.1.3 Aux États-Unis

Les chercheurs américains se sont intéressés aux problématiques de l'épuisement professionnel des soignants depuis plus de 10 ans ; Le score de dépersonnalisation semble plus élevé qu'en Europe, car cette notion pourrait être mieux acceptée aux États-Unis que dans les pays d'Europe ; le niveau de burnout semblerait plus faible qu'en Europe car l'activité y serait moins stressante [Dyrbye, 2006]Cependant, les chiffres restent élevés car en 2006 on relevait 45 % de syndrome d'épuisement professionnel parmi 545 étudiants en médecine américains, cette étude soulignant que les événements péjoratifs dans leur vie personnelle étaient liés au burnout en analyse multivariée [Dyrbye, 2006]Ces chiffres ont été confirmés aux USA dans toutes les études qui préconisent des actions de prévention validées en recherche pour faciliter la prise en charge des praticiens en burnout ultérieures [Dyrbye et Al., 2014 à 2016]. Différentes sociétés savantes américaines ont élaboré des recommandations ciblant spécifiquement leurs professionnels de santé sur les questions de définition, mais aussi de repérage, de prévention et de prise en charge du burnout.

Leur méthode d'élaboration n'étant pas spécifiée, leurs recommandations n'ont pas été rapportées dans ce travail.[129]

8.2.2 Selon les caractéristiques personnelles

L'expertise collective de l'INSERM parue en 2011 mentionne les résultats contradictoires quant aux déterminants individuels (sexe, âge, niveau d'étude) et rapporte que l'existence d'antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs serait prédictive de l'épuisement professionnel. [INSERM, 2011]

129

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201705/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf (p 16)

8.2.2.1 L'âge

Ce facteur est très discuté dans la littérature, car les résultats sont le plus souvent non significatifs. Pour certains auteurs, les plus jeunes médecins seraient davantage marqués par la déshumanisation, tandis que les plus âgés seraient plus sensibles au manque d'accomplissement professionnel [Maslach, 1981] ; Pour d'autres auteurs, l'âge ne serait pas lié au burnout ; certaines études montrent un pic de burnout chez les jeunes praticiens installés depuis moins de 5 ans qu'on pourrait mettre en relation avec l'écart entre l'idéal et la découverte de la réalité du terrain. Dans le même sens, il existerait un pic de dépersonnalisation au début de la carrière, dans les cinq premières années essentiellement, qui diminuerait avec l'ancienneté professionnelle [Robert, 2002]

Cependant, Brewer & al. ont montré dans une méta-analyse incluant de cinq à 35 études et de 1092 à 10 818 sujets, les associations entre l'épuisement professionnel (EP) (quel que soit son moyen de mesure) et l'âge, ainsi que l'expérience dans le secteur d'activité : les sujets les plus âgés et avec le plus d'expérience avaient des niveaux d'EP plus faibles.

8.2.2.2 Le genre et le statut marital

Notre étude ne montrait pas de différence significative selon le sexe entre les trois dimensions du burnout pour les élèves des première et deuxième années Par *contre l'épuisement émotionnel était plus important chez les sujets féminins entre la quatrième et la huitième année d'études (p ‹ 0,001)* L'accomplissement personnel ne varie pas selon le sexe.

La méta analyse de Purvanova et Muros s'intéressait à l'effet du genre sur l'épuisement professionnel EP, ainsi que sur l'épuisement émotionnel et la déshumanisation. Ils rapportaient des scores d'EP global et d'épuisement émotionnel significativement plus élevés chez les femmes, alors que les scores de déshumanisation étaient significativement plus élevés chez les hommes. [Purvanova, 2010]

La plupart des études ne retrouvent pas le rôle du statut marital comme facteur de risque pour le Burnout ; notre étude confirme cet élément.

8.2.2.3 Selon le type de personnalité

Alarcon et al.se sont intéressés aux associations entre les trois dimensions de l'épuisement professionnel mesuré par le MBI) et des caractéristiques individuelles (personnalité selon le « Five Factor Model[130]», « Core Self-Evaluation[131]», optimisme, affectivité positive ou négative, personnalité de type A, proactive, endurance). Selon les effets étudiés, la méta-analyse incluait de cinq à 20 études, et de 530 à 13 047 sujets. Des associations significatives étaient retrouvées pour la plupart des variables étudiées, et les trois dimensions de l'épuisement professionnel.

[130] Modèle organisant les traits de personnalité autour de cinq dimensions : ouverture, conscience professionnelle, extraversion, agréabilité, névrosisme [Costa et McCrae, 1992]

[131] Core self-evaluation : concept qui désigne les croyances d'un individu dans ses propres compétences et sa valeur personnelle. Le concept comporte quatre paramètres : estime de soi, auto-efficacité (sentiment d'efficacité personnelle), stabilité émotionnelle, locus interne de contrôle (croyance du sujet en sa maîtrise et sa capacité d'action sur ce qui lui arrive) [Judge et al., 2003]

8.2.3 La spécialité ou le type de professionnels de santé

- Chez les médecins :

La méta analyse de Roberts et al. A mis en évidence des différences dans les niveaux d'EP entre les médecins hospitaliers et les médecins non hospitaliers, les premiers étant traditionnellement associés à un plus fort risque d'EP. Vingt-huit études ont été incluses ; les analyses montraient un épuisement émotionnel significativement plus élevé chez les médecins non hospitaliers (6,4 points de différence en moyenne). [Roberts, 2013]

Nous ne pouvons faire aucune conclusion dans notre étude car le nombre d'étudiants en spécialités hospitalières était trop faible pour être significatif. (17,9% étaient internes de spécialité hospitalière, N=67, soient 12 d'entre eux). A noter un rapport du service de santé des armées qui avait montré en 2011 le profond malaise des médecins anesthésistes réanimateurs et des urgentistes. Les médecins signalaient la détérioration des conditions de travail, le manque d'effectifs, l'excès d'activités techniques et du nombre de gardes, ainsi que les mauvaises relations hiérarchiques. [Mion et al, 2011]

- Chez les infirmiers :

Les études sont beaucoup plus nombreuses mais souvent peu reproductibles ce qui rend leur comparaison délicate ; cependant, nous pouvons citer Khamisa & al. qui ont réalisé une revue systématique de la littérature portant sur les associations entre stress professionnel, satisfaction au travail, EP et santé générale des infirmiers. Au total, 70 articles ont été retenus. Les auteurs retenaient des associations entre l'EP et la présence de facteurs stressants au travail (dix études) : dans l'environnement de travail, faible soutien des pairs, pauvreté des relations avec les patients, manque de reconnaissance/récompense, style de management délétère ; concernant le contenu du travail : complexité et exigences du travail, surcharge de travail, heures supplémentaires et objectifs flous. [Khamisa, 2013]

Adriaenssens J et Al. se sont intéressés aux déterminants de l'EP parmi les infirmiers des services d'urgence, via une revue systématique de la littérature. Dix-sept études ont été retenues. Les auteurs notaient que les facteurs personnels étaient sous-étudiés. Quant aux facteurs professionnels, il existait, selon les auteurs, une association forte entre l'EP et les déterminants du modèle Job Demand-Control (trois études), un effet délétère de l'exposition répétée à des traumas (deux études). Les auteurs soulignaient enfin l'importance d'une bonne communication, d'un esprit d'équipe, de la coopération interdisciplinaire (sept études) [Adriaenssens et al., 2015]

- Chez d'autres professionnels :

La méta-analyse de Cieslak & al. avait pour objectif principal d'étudier les liens entre EP et stress post-traumatique secondaire, c'est-à-dire un ensemble de symptômes, apparentés à ceux de l'état de stress post-traumatique, que peuvent connaître les professionnels prenant en charge régulièrement des victimes de traumas. Au total, 41 études ont été incluses, soit 8 256 sujets. Il existait une corrélation significative (r = 0,69) entre stress post-traumatique secondaire et EP, avec des associations plus marquées dans les échantillons comprenant plus de femmes [Cieslak & Al, 2014]

Plusieurs études ont mis en évidence des liens entre burnout, dépression et troubles du sommeil. De Barros et Al ont évalué en particulier les associations entre les conditions de santé mentale, les caractéristiques individuelles et d'emploi et les troubles du sommeil dans une population de 303 pompiers. La détresse psychologique, les troubles psychosomatiques et du sommeil étaient significativement associés aux idées suicidaires et à la consommation pathologique d'alcool. [De Barros V & Al,2013]

Enfin, dans une autre étude réalisée parmi 1027 pompiers américains, la prévalence des idées suicidaires était estimée à 46,8 % ; 19,2 % avaient planifié des tentatives de suicide des 15,5 % d'entre eux avait fait une tentative de suicide [Stanley, 2015]

8.2.4 Chez les militaires

Dans l'armée américaine, la littérature est abondante autour du stress professionnel et du burnout des personnels soignants militaires, qu'ils soient étudiants en formation, internes, spécialistes ou généralistes ; on retrouve des niveaux élevés d'épuisement professionnel, en particulier pour les médecins envoyés en mission sur les théâtres d'opérations. [Walters TA, 2014][Kok BC et Al, 2016] [Simons BS et Al, 2016][Adler AB et Al, 2017]

Dans l'armée française, il existe très peu de données disponibles à ce jour ; Céline Bryon-Portet, ancien officier de l'armée de l'air, souligne l'augmentation importante du stress dans l'accomplissement des tâches quotidiennes pour les militaires. Plus d'un quart de la population militaire pourrait souffrir d'un stress significatif en lien avec ses activités professionnelles, à la fois sur les théâtres d'opérations lors des missions de pacification ou de guerre mais également dans l'environnement de travail routinier en temps de paix. [Bryon-Portet C., 2011]. L'augmentation des conduites auto-agressives en milieu militaire a été notée dès la fin des années 1990 par l'équipe de Guillaume Desjeux, psychiatre à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes : il précise qu'en l'an 2000, le suicide était la seconde cause de mortalité dans l'armée française après les accidents, avec une surreprésentation dans la gendarmerie nationale qui s'expliquerait par les difficultés matérielles et morales d'un métier où l'on côtoie souvent la violence et la mort, mais aussi par la détention d'une arme de service qui facilite le passage l'acte. [M.-D. COLAS, 2009]

En conclusion

Les étudiants en médecine militaires, en particulier les internes, sont donc fortement exposés au risque d'épuisement professionnel, comme l'objectivent les résultats quantitatifs de notre étude : Le pourcentage d'internes présentant un fort épuisement émotionnel était de 35,7% ; 38,0% exprimaient une forte dépersonnalisation et 37,1% un faible accomplissement personnel. Notre étude montrait par ailleurs que les scores médians d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation s'aggravaient au cours des études de manière significative ($p < 0{,}001$) ; tandis que les scores médians d'accomplissement personnel restaient modérés de la première à la huitième année, n'augmentant pas en fin de parcours universitaire. Différents facteurs rendent les étudiants en médecine militaires vulnérables : indéniablement des profils de personnalité spécifiques alliant l'illusion d'une toute puissance, conjuguée aux exigences de performance et aux valeurs d'engagement et d'abnégation militaires, à ses injonctions paradoxales et aux contraintes très serrées du double parcours de formation mais aussi la prise en charge réitérée de patients spécifiques qui peut faire le lit potentiel d'états de stress post-traumatiques secondaires.

L'épuisement professionnel a des répercussions à la fois sur le plan humain et individuel mais aussi sur la qualité des soins prodigués aux patients ; les données de la littérature indiquent que l'EP est significativement associé à des pratiques professionnelles inadaptées et à une diminution des valeurs altruistes [Dyrbye, 2015]. On sait aussi que l'épuisement professionnel et les symptômes dépressifs sont significativement corrélés aux idéations suicidaires [Dyrbye, 2015] [Schwenk, 2010] Les étudiants militaires nécessitent donc au même titre que les autres groupes professionnels et les autres soignants une prise en charge spécifique et adaptée, d'autant plus que la demande d'aide peut être retardée ; nous allons détailler les modalités possibles de cette prise en charge dans le chapitre à venir.

9 Chapitre IX : Un syndrome d'épuisement professionnel

« Le médecin malade est probablement l'être humain le plus difficile à soigner »

Pr Didier Sicard,
Colloque sur le Soin aux Professionnels de Santé
Ecole du val de Grace, 29 novembre 2016

Le 5 décembre 2016 la ministre des affaires sociales et de la santé présentait à la presse une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les professionnels de santé[132], avec la volonté d'en faire une priorité politique. Cette stratégie, intitulée « prendre soin de ceux qui nous soignent » concernant à la fois les professionnels médicaux et non médicaux, est articulée autour de trois axes :

- une impulsion nationale reportée une priorité politique avec la création d'une mission et d'un observatoire national de la qualité de vie au travail et de la détection des risques psycho- sociaux
- une amélioration de l'environnement et des conditions de travail des professionnels au quotidien
- un accompagnement des professionnels aux changements et une amélioration de la détection des risques psycho sociaux

Le communiqué de presse relatif à cette nouvelle stratégie nationale rappelle : « le secteur de la santé évolue continuellement pour s'adapter aux nouveaux besoins des patients et aux progrès médicaux. Il est confronté aux défis que représente l'augmentation de l'espérance de vie et la hausse des maladies chroniques. Les réformes, engagées pour mieux répondre à ces évolutions, ont transformé en profondeur l'organisation des établissements. Ces évolutions ont un impact sur les conditions de travail et doivent être accompagnées pour améliorer le quotidien des professionnels et leur donner la fierté du travail bien fait, renforçant ainsi la qualité de la prise en charge des patients ». Le 21 mars 2017 a été également présenté le volet ambulatoire de ce plan, élaboré après une concertation avec les représentants des professionnels et des experts en médecine du travail et concernant les professionnels libéraux.

Ces annonces gouvernementales s'inscrivent dans un mouvement général très récent en France, en réalité un véritable changement de paradigme vers une meilleure prise en compte de la santé des soignants, faisant suite à une succession d'évènements dramatiques et particulièrement médiatisés. Ainsi, au cours de l'année 2016 et 2017,différentes actions informatives sur les problématiques spécifiques de la santé des soignants ont été menées, tel que le colloque de l'association soins aux professionnels de santé (SPS) ; la conférence de l'association européenne pour la santé des soignants (E A P H) a de même été organisée pour la première fois en France les 24 et 25 avril 2017 ; ce dernier congrès soutenu par le ministère de la santé, a vu la participation de la direction générale de l'offre de soins, de la haute autorité de santé et des associations françaises d'aide aux soignants et d'experts de la santé au travail.

Quelles mesures pourrait-on mettre en œuvre spécifiquement pour les soignants militaires ? Quels sont les moyens déjà existants et quels sont les axes possibles d'amélioration ? Les étudiants en médecine militaires présentent dans une proportion importante des symptômes d'épuisement émotionnel associé à une perte

[132] http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article du 05 décembre 2016

d'empathie précoce, dans un double parcours extrêmement dense et exigeant où s'intriquent parfois les injonctions et contraintes potentiellement iatrogènes et paradoxales du milieu et du cursus médical et militaire. Ces dernières ne constituent pas à elles seules un facteur de causalité unique dans la genèse de la souffrance psychique de l'individu, elles sont le plus souvent bien tolérées par l'individu, peuvent être uniques ou multiples, isolées ou associées, durables ou limitées dans le temps et doivent être mises en regard des caractéristiques personnelles du sujet, de son expérience professionnelle, de sa vulnérabilité individuelle, de ses facultés d'adaptation, de sa situation personnelle.

Nous allons donc envisager ici les différentes mesures de prévention possibles, fondées à la fois sur les moyens déjà en place, mais aussi sur des propositions d'amélioration à partir des recommandations existantes et les suggestions faites par les étudiants militaires.

9.1 Des mesures prévention primaire

Les Recommandations de l'OMS : « Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders – staff burnout» de 1995 [WHO, 1995] préconisent des mesures préventives d'ordre organisationnel et managérial, touchant au développement des équipes et du management, des actions à mener au niveau politique. En France les recommandations sont récentes et rejoignent les stratégies de prévention des RPS. Elles émanent du rapport de l'académie de médecine de 2016 et du guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT [ministère du travail, 2015] intitulé « Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout : mieux comprendre, pour mieux agir » et publié par Ministère du Travail en 2015 ; Nous l'avons montré et le guide d'aide à la prévention publié par l'INRS, l'ANACT et la DGT le souligne, le syndrome d'épuisement professionnel résulte d'une part d'une situation de travail dégradée par des caractéristiques liées au travail, telles que notamment les exigences au travail (intensité et temps de travail), les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie et de marges de manœuvre, les mauvais rapports sociaux, les mauvaises relations interpersonnelles, les conflits de valeur, l'insécurité selon la classification donnée en six axes du rapport Gollac [Gollac,2011] ; d'autre part, les caractéristiques liées à l'individu lui-même peuvent engendrer le burnout, comme les traits de personnalité tels que l'engagement fort dans le travail, la trop grande conscience professionnelle…

Ces instances proposent des pistes d'action individuelles et collectives pour la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel, que nous allons recouper avec les suggestions faites par les internes de notre population.

9.1.1 Diminuer la charge de travail

Plusieurs études internationales se sont intéressées à l'impact du temps de travail et ont évalué les réformes sur le temps de travail mises en place dès 2003 aux États-Unis : Même si les résultats ne sont pas univoques, il apparaît nettement que les indicateurs concernant la santé les internes se dégradent au fur et à mesure de l'ancienneté de l'interne. En réalité les internes les plus expérimentés accompliraient davantage de tâches dans un temps de réalisation moindre. Autres données significatives de la littérature : l'augmentation du temps de travail, le non-respect des temps de repos augmente le nombre d'erreurs médicales mais aussi les accidents de trajet ou du travail. Une étude réalisée aux États-Unis entre 2011 et 2014 montre qu'il existe

pour les jeunes praticiens ou les seniors une difficile conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée liée à l'épuisement professionnel. [Srijan Sen, 2013]

En France, les internes ont vu en 2015 la mise en place d'un décret (annexe 13) définissant les obligations hebdomadaires de service de l'interne avec mise en place d'un tableau de service nominatif et prévisionnel afin d'organiser le temps hebdomadaire de formation en stage et en dehors des stages ; ce temps se répartit comme suit :

- Huit demi-journées par semaine de stage incluant le temps de gardes et d'intervention en astreinte
- Une demi-journée par semaine de formation en dehors du stage pendant laquelle l'interne est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité

Ces deux temps sont décomptés comme du temps de travail effectif et ne peuvent représenter plus de 48 heures par période de sept jours

- Une demi-journée par semaine hors stage que l'internat gère de façon autonome afin de compléter et consolider ses connaissances ainsi que ses compétences. Cette demi-journée n'est pas considérée comme du temps de travail effectif mais elle est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne

Ainsi la durée de travail hebdomadaire maximale de l'interne a-t-elle été établie à 48 heures ; ce décret spécifie aussi un repos de sécurité immédiatement après chaque garde ou après un déplacement pendant une période d'astreinte.

Pour autant, dans notre étude le temps de travail recommandé par le décret était donc bien inférieur au nombre total d'heures de travail hebdomadaire calculé pour les étudiants de quatrième et de huitième année ; celui-ci était évalué à plus de 75 heures (Tableaux 22 et 23) ; toutefois, le recueil des données a eu lieu en juin 2015, quelques mois après la parution de ce décret ; le texte dans l'article 8 indique aussi : « sans préjudice du respect des obligations prévues par le statut général des militaires » ces dispositions « leur sont applicables dans toute la mesure compatible avec le bon fonctionnement du service » ; Dans notre étude, près de 64 % des étudiants interrogés étaient en faveur de l'aménagement d'un planning comportant des horaires précis de présence en stage et à l'hôpital. (Cf. chapitre des résultats)

Ce décret semble une avancée importante surtout en ce qui concerne la prise en compte de la fatigue après une garde ; parfois, la mise en œuvre de la réduction de temps de travail est contestée par certains internes eux-mêmes qui s'interrogent sur les possibilités d'une formation suffisante à la fois sur le plan quantitatif mais aussi sur le plan qualitatif dans des délais de plus en plus contraints : « Certains soignants veulent un métier idéal où on est super bien payé pour faire 35H ! On ne peut pas travailler dans un métier médical ou paramédical en espérant avoir des horaires fixes sans que le patient en souffre, c'est complètement illusoire ! » [Part 14]

« On nous demande beaucoup, beaucoup trop ; dans les services en tant qu'internes on n'a jamais d'horaires » [Part 10]

« Les internes se fichent de leur volume horaire mais ce qui veulent c'est être encadrés, se sentir utiles et soutenus... Ils veulent bien travailler 70h par semaine s'ils se sentent épaulés ! » [Part 25]

Sur le plan qualitatif, la plupart des internes estiment que les tâches administratives sont plus contraignantes que les activités cliniques, souvent avec un vécu de perte de temps par rapport aux soins. Il s'agit à la fois du

temps passé pour les activités administratives en lien avec la prise en charge des patients comme les courriers de sortie, la prise de rendez-vous, le codage des activités ; mais aussi cela concerne les différents travaux rédactionnels de thèse et de mémoire pour les internes, la publication éventuelle d'articles scientifiques, la réalisation de présentations cliniques :

« J'avais le stress du temps même si le travail de traces écrites est intéressant, la forme est très lourde alors que le fond serait passionnant si on en avait le temps. On nous demande tellement qu'on finit par rendre un travail qui pourrait être intéressant inintéressant... En ce qui concerne le décret sur le temps de travail des internes, le temps passé l'hôpital ne m'a jamais posé de problème ! Pour se former il faut bien passer du temps à l'hôpital, c'est une histoire d'équilibre et ça ne m'a jamais dérangée de finir tard si j'ai appris plein de choses... » [Part 27]

Même si le législateur a mis en place cette nouvelle réglementation concernant le temps de travail des internes, on voit bien qu'il peut exister dans certains services une inadéquation incompressible entre la charge de travail et les ressources humaines en place dans un contexte de réduction des effectifs et de maintien de la permanence des soins ; ceci ne manque pas de questionner sur les paradoxes d'une stratégie globale de politique de santé.

9.1.2 Améliorer le suivi médical des étudiants

9.1.2.1 Au début des études médicales jusqu'à la fin de l'externat

Nous avons vu que les étudiants militaires sont sélectionnés à la fois sur le plan physique et psychologique selon un processus établi en différentes étapes : tout d'abord une visite d'aptitude médicale afin de vérifier leur capacité à servir dans les armées, ensuite un entretien de motivation au moment du concours d'entrée à l'école en classe terminale, puis un repérage précoce des sujets vulnérables dès l'arrivée à l'école pour les élèves admis au concours.

Après ces premières étapes de sélection, jusqu'à la sixième année de leur scolarité, les étudiants en médecine militaire dépendent du service médical de l'école de santé de Lyon ; Tout au long de cette première partie de leurs études ils bénéficient de visites médicales périodiques qui permettent parfois lors d'un l'entretien avec le médecin de l'école pour un autre motif de dépister une souffrance psychique passée inaperçue. Le service médical de l'école de Lyon bénéficie aussi de la présence d'une psychologue militaire exerçant à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, à raison d'une demi-journée par semaine selon les besoins. Les relations du service médical sont étroites avec la direction des études, les professeurs auxquels les étudiants se confient parfois. Les encadrants militaires, en particulier les moniteurs de sport sont aussi en première ligne et repèrent parfois un élève en difficulté sur le plan psychologique. Le service médical, bien fléché à proximité des logements des élèves est à l'écart des bâtiments du commandement. Les consultations sont gratuites car le médecin et la psychologue sont militaires et rétribuées par le service de santé des armées. Cependant la problématique de la confidentialité est un élément récurrent au cours des entretiens et dans l'analyse des questionnaires :

« Dès qu'on a un problème de santé dans le milieu tout le monde le sait en particulier à l'École… C'est un milieu fermé où les informations circulent très vite... » [Part 13]

Ce dispositif de prévention et de soins est un atout indéniable pour le service de santé des armées, largement supérieur à celui qui existe pour les étudiants civils relevant soit du service de Santé au travail de leur centre hospitalier universitaire d'affectation, soit de celui où ils effectuent leurs stages : néanmoins, une

évaluation initiale aussi poussée soit-elle reste limitée dans sa pertinence du fait des variations individuelles, d'une évolutivité imprédictible et du polymorphisme de l'exercice professionnel. En milieu militaire, l'exclusion peut advenir pour des motifs d'inaptitude physique, psychique ou des résultats insuffisants. Tous les élèves non reçus au concours de la Paces sont présentés devant le conseil d'instruction de l'école de santé de Lyon. En milieu civil, la longueur des études imposerait pour certains de fait une sélection aux moins motivés ou aux plus fragiles, le but n'étant pas d'exclure ces étudiants mais de leur épargner des désillusions et les aider à affronter les difficultés académiques et professionnelles ultérieures.

9.1.2.2 À partir de l'internat et dans la suite de la carrière

Les médecins militaires tout comme les autres personnels des armées doivent réaliser une visite médicale périodique obligatoire au minimum tous les deux ans, parfois annuellement dans certains emplois particuliers ou quand certaines restrictions d'aptitude ont été mises en évidence. Ce dispositif permet en théorie de déterminer les éventuelles difficultés psychiques et de mieux identifier les médecins à risque, dans un double but de dépistage et de protection vis-à-vis à la fois de la sécurité des médecins mais aussi de celle des patients pris en charge. Pour autant, en dépit de ce dispositif de visite médicale périodique obligatoire pour les médecins militaires, la réalité semble quelque peu différente : la plupart des internes ne sont pas à jour de leur visite médicale périodique VMP, détenant parfois leur propre dossier médical ; Lorsqu'elles sont effectuées, souvent après rappel du commandement, les VMP sont faites le plus souvent sans que le jeune médecin soit interrogé sur ses antécédents, sur ses éventuelles difficultés ni même examiné, parfois aussi les certificats médicaux d'aptitude sont signés sans autre forme de procès.

La question de la confidentialité et de l'aptitude sous-tend ces difficultés à faire réaliser des visites de prévention chez les médecins. On a vu dans notre étude que les étudiants consultaient peu, même en cas de difficultés importantes : 24,2% des internes préféraient ne rencontrer personne ; s'ils le faisaient ils préféraient rencontrer plutôt un psychologue en ville pour 33,8% d'entre eux plutôt qu'un confrère à l'hôpital (Tableau 41). Le besoin de soutien apparait clair : « une consultation psychologique proposée aux internes serait intéressante car c'est une période de transition qui peut être difficile à vivre mais il ne faudrait pas le noter dans le dossier et ça ne devrait pas influer sur l'aptitude… c'est pour ça que j'ai hésité à prendre rendez-vous On peut rapidement avoir peur d'être stigmatisé, de croiser quelqu'un dans le service qu'on connait un infirmier par exemple ; et ce serait un aveu de faiblesse de consulter, c'est ce qui m'a bloquée; on n'est pas censé être dans cette position, on est censé tenir bon quand tout va mal ! … et se mettre dans la position du patient, ça m'a gênée de ne pas avoir le contrôle » [Part 17]

En parallèle on peut imaginer les difficultés déontologiques de médecins qui doivent signaler et rendre parfois inaptes des confrères souffrant d'un trouble mental, d'une addiction. Celui-ci peut lui-même être mis en difficulté face un(e) jeune collègue et qui présente des troubles psychiques et il peut exister des phénomènes de déni, de banalisation, d'identification qui peuvent entraver la prise en charge. Les médecins devraient être formés à la prise en charge de leurs confrères.

En secteur civil, le Ministère de la santé relaie depuis le mois de mai 2017 une campagne intitulée « Dis doc t'as ton doc ? ». L'objet de cette campagne est de solliciter les professionnels médecins ou pharmaciens en formation ou en en exercice, afin qu'ils décident de se rapprocher d'un médecin traitant personnel de leur choix, pour leur propre santé, en écartant la pratique de l'autodiagnostic et de l'automédication. En France, 80% des médecins n'ont pas de médecin traitant personnel et privilégient l'autodiagnostic, l'automédication ou recherchent un conseil rapide auprès d'un confrère. Ce constat alarmant a conduit la Commission « santé

des médecins anesthésistes réanimateurs au travail » (SMART) du collège Français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) à lancer une campagne de sensibilisation auprès de tous les professionnels de santé exerçant en France. Cette campagne fait partie intégrante de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail et rassemble 31 partenaires dont le ministère des affaires sociales et de la santé : le centre national de gestion (CNG), le collège de médecine générale, les fédérations publics et privés, les organisations syndicales et intersyndicales médicales du secteur public et privé, les syndicats d'étudiants, d'internes etc. Des visuels sont disponibles et téléchargeables sur le site du CFARhttp://cfar.org/didoc/. Le SSA ne fait pas partie pour l'instant des partenaires mais l'opportunité d'étudier l'intérêt de relayer cette campagne au sein du SSA est actuellement étudiée, notamment au sein de l'Ecole du Val de Grace, de l'Ecole de Santé des Armées de Lyon, des Hôpitaux d'instruction des armées et des Centre médicaux des armées.

Pour les étudiants civils, aucune obligation n'existe à ce jour en matière de visite médicale périodique ; il n'existe pas de service de médecine du travail pour les médecins ; la seule visite médicale au cours des études se situe au moment où l'étudiant est admis en internat et intègre l'hôpital. La qualité de ces visites d'aptitude serait très inégale.

Par ailleurs, l'enquête récente rendue publique le 24 juin 2016 par le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)[133] réalisée auprès de près de 8000 étudiants et jeunes médecins montre que ces derniers ne semblent pas consulter de médecins généralistes. Interrogés sur leurs consultations d'un médecin généraliste au cours des douze mois précédant l'enquête, seul un tiers des participants a répondu à la question, et la réponse était largement négative : 68% des répondants n'avaient pas consulté de médecin généraliste au cours des douze derniers mois, une proportion qui augmente à 73% chez les répondants en 3e cycle et à 78% chez les étudiants en fin de cursus. Parmi les motifs avancés pour expliquer l'absence de consultation, 39% des répondants déclaraient n'en avoir « pas le temps », et 15% qu'ils optaient pour une prise en charge personnelle. Une autre l'enquête sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins a été publiée le mardi 13 juin 2017. Selon cette étude réalisée par plusieurs syndicats représentant les étudiants et internes de médecine ainsi que des chefs de cliniques et assistants des hôpitaux, plus de 66 % des jeunes et futurs médecins souffriraient d'anxiété, contre 26 % de la population française. De même, ils seraient près de 28 % atteints de troubles dépressifs, contre 10 % des Français.[134] Si la représentativité de l'échantillon de ses répondants n'est pas assurée, les taux de réponses sont relativement importants et les résultats cohérents avec d'autres études récentes [Dyrbye, 2016][Schwenk, 2016] [Shanafelt, 2017] : 22 000 futurs et jeunes médecins ont répondu au questionnaire - dont 20 % d'étudiants de deuxième année et de troisième année, 40 % d'externes et 35 % d'internes. Parmi eux, près de 24 % déclaraient avoir déjà eu des idées suicidaires », un chiffre supérieur de 10 points à celui du Conseil national de l'ordre des médecins dans l'enquête sur la santé des jeunes médecins de juin 2016.

9.1.3 Diminuer la charge psychologique des internes

L'activité de soins comporte une charge émotionnelle et cognitive importante dans la gestion des émotions face aux patients, aussi en lien avec l'augmentation des connaissances et des techniques médicales, l'exigence en termes de qualité de soins, l'intégration dans les décisions des problématiques de santé

[133] https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726 enquête publiée en ligne le 24 juin 2016 sur la santé des étudiants et jeunes médecins

[134] http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/06/13/66-des-futurs-et-jeunes-medecins-souffriraient-d-anxiete

publique et dans une certaine mesure la violence interne qui existe parfois au sein des équipes ou en provenance des patients et de leurs familles. L'ensemble de ces facteurs comme on l'a vu contribue au stress des jeunes médecins et à l'accentuation des difficultés psychologiques.

De nombreuses solutions de prévention primaire sont déjà en place à la fois dans les services mais aussi dans les modules de formation à la faculté en particulier dans les cours donnés aux internes de médecine générale ; la difficulté le plus souvent rapportée lors des entretiens est relative à la gestion de sentiments parfois contradictoires dans lesquels les étudiants doivent masquer leurs émotions par rapport à la mort d'un patient, la prise en charge de la douleur ou l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Les capacités d'empathie, d'acceptation et de résilience indépendamment de la personnalité du sujet sont des qualités professionnelles essentielles pour le jeune médecin et peuvent être développées durant l'enseignement universitaire, au sein des services hospitaliers ou encore lors de modules spécifiques à l'école du val-de-grâce par exemple sous la forme de simulation d'entretiens ou de mises en situation réelle à l'occasion des stages cliniques.

L'attribution d'un tuteur à chaque élève (souhaitée par 43 % des étudiants dans notre étude) permettrait l'amélioration de l'acquisition et de l'évaluation de ces compétences. Cette mesure a d'ailleurs été mise en place pour l'ensemble des élèves militaires de la promotion de ECN 2016. Ce tutorat rejoint aussi l'importance de la séniorisation dans la maîtrise des actes de soins avec une responsabilisation progressive ; il faudrait aussi introduire la notion d'erreurs et d'effets indésirables liés aux activités de soins lors de la formation initiale, tout en diminuant la culpabilité et la stigmatisation lors de débriefings empathiques favorisant la verbalisation et l'expression de la détresse de l'étudiant.

La prise en compte des violences internes et externes est fondamentale : des mesures simples sont parfois oubliées dans certains services comme l'importance de la présentation de l'interne ou de l'externe et la définition de son rôle et de ses besoins auprès de l'ensemble de l'équipe. Concernant les violences verbales voire physiques en provenance des patients en difficulté ou de leurs familles, des formations initiale et continue peuvent être mises en place au sein des services ainsi que des groupes d'analyse de pratiques tels que les groupes de paroles de type Balint : 62,8% des répondants pensent que la mise en place de tels groupes de parole pourrait les aider dans leur apprentissage (Tableau 41).

Nous rappelons l'existence de l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) au sein de la direction générale de l'offre de soins qui peut permettre une analyse et un repérage des points faibles d'un service en matière de sécurité.

D'autres initiatives très diverses peuvent être mises en place dans le domaine de la prévention primaire, dont il conviendrait d'évaluer l'efficacité : par exemple une formation dédiée au burnout à l'université *(*43 % des étudiants interrogés dans notre étude étaient favorables à cette proposition) ; un exemple à l'université Jean Monnet de st Étienne, les étudiants en médecine disposent depuis 2016 d'une salle de sieste afin de prévenir les troubles du sommeil.

9.1.4 Améliorer l'autonomie, la reconnaissance, la considération

L'autonomie est la latitude laissée au sujet pour atteindre son objectif. L'absence d'autonomie est un facteur de risque important de l'épuisement professionnel chez les jeunes médecins en formation alors que le développement des compétences participe à la motivation, au plaisir et au sentiment d'accomplissement

professionnel. Ces facteurs de risque sont souvent en lien à la charge de travail en particulier dans le domaine administratif, mais pas uniquement. L'objectif princeps de l'internat est l'acquisition de d'une expérience professionnelle et de compétences médicales pour les jeunes internes ; au sein du service hospitalier, l'équilibre entre cette formation professionnelle, cette acquisition de compétences et la participation à l'activité du service est bien souvent fragile. Les contraintes temporelles et financières peuvent devenir prioritaires par rapport aux possibilités d'enseignement et d'accompagnement du jeune praticien occasionnant parfois l'impossibilité de participer à la formation clinique, aux décisions du service ou à l'inverse, exigeant du jeune praticien une autonomie non adaptée à ses capacités professionnelles en particulier en début de parcours : en tant qu' internes on nous laisse gérer des patients très complexes seuls mais on nous ne laisse que peu de choix pour la formation et les études, par exemple en ce qui concerne les plannings de garde, les cours à la faculté "[PART27]

Les pistes pour améliorer le manque d'autonomie sont plurielles et nécessitent souvent une implication volontariste et bienveillante des médecins seniors afin de faciliter d'une part la formation et d'autre part la nécessité de la présence dans les services cliniques. En ce qui concerne les choix des stages, les internes militaires sont accompagnés par le département de la formation initiale spécialisée de l'école du val-de-grâce et bénéficient de la possibilité de cursus individualisés en concertation avec les différents acteurs universitaires et hospitaliers de leur discipline.

Le besoin de reconnaissance et de soutien est souligné fréquemment dans les entretiens de recherche. C'est théoriquement l'un des atouts majeurs du service de santé des armées car les valeurs communes, la connaissance des individus au sein du groupe permettent une amélioration des relations inter individuelles et une diminution de l'impact négatif de la forte charge de travail ou émotionnelle. Cet interne très investi a vécu une expérience difficile au cours d'un stage et témoigne de son inquiétude : « j'ai peur de ne pas être compris plus tard... on a l'impression que ceux qui travaillent obtiennent quand même de la reconnaissance ; quand on est remis en cause dans la qualité de notre engagement alors qu'on a tout donné, c'est difficile à vivre... »[Part 21]

Dans le même sens, en 2014, le Professeur de Montleau, chef du service de psychiatrie de l'HIA Percy, établit un rapport sur le soutien psychologique du personnel du service de santé des armées, engagé sur un théâtre d'opérations. Il conclut ainsi : « Les personnels du service de santé sont conscients des progrès accomplis et en retirent une réelle satisfaction. Ils font cependant état d'un certain nombre de déceptions professionnelles qui tiennent au ressenti que leur institution d'appartenance, le service de santé, n'est pas suffisamment attentive à leurs attentes, en particulier en matière de reconnaissance de leur forte implication dans des missions éprouvantes qui demandent un fort engagement personnel, mais aussi familial. Le travail fourni, et cela reste vrai dans notre milieu et les valeurs qu'il véhicule, s'inscrit toujours dans un système d'échange. La juste expression de la reconnaissance, par exemple à travers les signifiants institutionnels militaires que sont les décorations mais aussi l'accueil qui est réservé aux personnels de retour de mission, est une condition impérative à la confiance de nos personnels en leur institution d'appartenance et au maintien ou au renforcement de leur niveau d'engagement. »

Le sujet peut être touché dans les relations interpersonnelles du fait d'un manque de reconnaissance mais aussi d'un défaut d'intégration ou d'un sentiment d'injustice ; ces concepts ont été modélisés sous la forme de différents outils destinés aux enquêtes épidémiologiques tels que le modèle de soutien social de Karasek, le modèle d'équilibre et forte récompense de Siegrist[135] et enfin un modèle plus récent de justice

[135] Le modèle de Karasek repose sur la notion d'équilibre entre deux caractéristiques des situations de travail : - la demande psychologique : quantité de travail, contraintes de temps, demandes contradictoires, interruptions fréquentes ; - la latitude décisionnelle : possibilité de prendre des décisions, d'être créatif, d'avoir des moyens pour réaliser son travail. Une situation de travail avec une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle -

organisationnelle [Frimousse S,2008]. Plusieurs études ont montré un lien significatif entre l'augmentation de l'épuisement professionnel et les mauvaises relations interpersonnelles en particulier avec les médecins seniors. Les fortes exigences associées à un défaut de reconnaissance, l'absence de communication et de coordination, l'individualisme sont tout autant de facteurs qui contribuent à aggraver d'épuisement émotionnel du jeune praticien. Les actions de prévention pourraient être très diverses, avec une évaluation nécessaire de leur pertinence : en 2016, après la communication de nos résultats préliminaires au commandement militaire de l'école du Val de Grâce, celui-ci a décidé la mise en place effective pour chaque nouvel interne de la promotion ECN 2016 d'un tutorat individuel, souhaité par 43% des répondants (Tableau 41) ; ce pourrait être aussi d'autres actions comme la promotion réaffirmée de l'esprit de corps, un enseignement et un rappel régulier de l'éthique professionnelle, la mise en place de lieux et de moments de rencontre et de convivialité afin d'échanger de manière informelle….

9.2 D'autres possibilités de prévention

La mise en place d'actions de prévention primaire pourrait permettre de diminuer les sources de stress en agissant sur certaines causes de la souffrance au travail pour ces jeunes professionnels de santé. Cependant nous avons montré dans notre étude, et la méta-analyse d'Alarcon & Al. le confirme, que la détresse psychologique des étudiants tient également à des profils de personnalités spécifiques marquées par le perfectionnisme, la conscience professionnelle exacerbée, le besoin de contrôle et de maîtrise, le manque de compassion et d'empathie vis-à-vis de soi-même. [Alarcon, 2009]

Il s'agit alors dans un deuxième niveau de prévention de dépister les symptômes de souffrance au travail précocement dans un stade préclinique afin de permettre soulagement et adaptation au stress ; il faudrait ainsi pouvoir cultiver la notion de bien-être et d'épanouissement travail en proposant différentes techniques d'aide à la gestion du stress.

Les recommandations françaises étaient inexistantes jusqu'à la parution du rapport et de la fiche de recommandations de la HAS en mai 2017. En Europe, un programme de recherche sur l'épuisement professionnel en Belgique avait recommandé en 2012-2013 le développement de groupes de pairs ainsi que des techniques permettant le développement des capacités d'adaptation du sujet face au stress du travail telles que la relaxation ou les psychothérapies [Université de Liège, 2013]

Nous allons détailler ici les différentes possibilités d'interventions recommandées à partir des données de la littérature.

---

soit un déséquilibre demande/contrôle appelé jobstrain - expose à un risque de stress et, à plus long terme, à des troubles de santé mentale, cardiovasculaires ou musculosquelettiques ; l'existence d'un soutien social de la part des collègues ou de l'encadrement peut toutefois atténuer ce déséquilibre.

Le modèle de Siegrist porte quant à lui sur l'équilibre entre : - les efforts consentis : contraintes de temps, interruptions, heures supplémentaires, responsabilités, augmentation de la demande, investissement personnel ; - les récompenses : rémunération, estime, sécurité de l'emploi, opportunités de carrière. Le déséquilibre entre les efforts élevés consentis et de faibles récompenses peut s'avérer délétère. Les personnes surinvesties dans leur travail sont plus vulnérables à ce déséquilibre. (Source : Les modèles de Karasek et Siegrist.Santé & Travail n° 075 - juillet 2011)

9.2.1 Les thérapies cognitivo- comportementales et autres techniques de gestion du stress

Différentes techniques sont possibles comme la relaxation, la méditation, l'imagerie mentale, training autogène, et des approches comportementales et cognitives… toutes ces méthodes ont pour objectif commun de diminuer les conséquences psychologiques et physiologiques des situations de stress et par là même celui de développer l'efficacité et le bien-être.

Les thérapies cognitivo- comportementales (TCC) ont en particulier pour but de modifier des pensées et comportements dysfonctionnels dans les situations de stress ; plusieurs revues systématiques et méta-analyses ont eu pour but d'évaluer l'efficacité de différentes interventions, même si l'on constate souvent un manque d'études concernant l'évaluation des interventions organisationnelles.

La méta-analyse de Maricutoiu et Al parue en 2016 avait pour but d'évaluer diverses techniques sur la réduction de l'épuisement professionnel en comparaison avec un groupe contrôle. [Maricutoiu et Al, 2016] Ce travail mettait en évidence un effet modéré des techniques de type cognitivo- comportementales ou de relaxation sur le niveau global de l'épuisement professionnel et en particulier sur l'épuisement émotionnel mais les résultats étaient statistiquement non significatifs sur la perte d'empathie et la perte d'accomplissement personnel ; Les auteurs soulignaient également le fait qu'une intervention en groupe aurait plus d'efficacité que les interventions individuelles.

D'autres revues systématiques publiées récemment avaient pour objectif d'évaluer l'efficacité d'actions centrées sur les personnes ou le travail comparativement à l'absence d'intervention ou à des interventions alternatives [Ruotsalainen JH et Al, 2015]. Même si les études incluses sont parfois de faibles niveaux de preuves, ces travaux montrent globalement que les thérapies comportementales et la relaxation mentale comme la méditation par exemple ou les thérapies physiques telles que les massages réduisent le stress modérément par rapport à l'absence d'intervention.

Une autre revue systématique publiée en 2015 [Barbosa et Al, 2015] rapportait des différences significatives grâce aux approches orientées sur l'émotion, le comportement, ou la stimulation dans au moins une des dimensions du burnout ; cependant de nombreuses différences sont notées dans les protocoles de ces études et ne permettent donc pas de les comparer entre elles ni de généraliser les résultats et donc de conclure à l'efficacité de tel ou tel type d'intervention. Les mêmes remarques sont à faire concernant d'autres revues systématiques plus anciennes [Ruotsalainen JH, 2008] [Richardson KM, Rothstein HR, 2008]

9.2.2 Méditation de pleine conscience et "self care"

Le fonctionnement psychique mindful en pleine conscience est celui d'un sujet qui choisit et parvient de recevoir ce qui arrive à sa conscience dans une attitude de réceptivité, d'ouverture, de non jugement. Cette capacité longtemps associée au développement spirituel peut être développée notamment par les techniques de méditation et permet au sujet de prendre de la distance par rapport à des affects, des sensations, des émotions négatifs. L'utilisation du mindfulness permet de réduire les symptômes psychologiques liés au stress et d'améliorer la qualité de vie, le bien-être psychologique et somatique. Les sujets mindful ont ainsi une capacité accrue à faire face à des expériences négatives, une diminution de l'anxiété, une augmentation du nombre de stratégies de réponses adaptées aux émotions. Le fonctionnement psychique mindful en pleine conscience est étroitement associé au fonctionnement qui caractérise un sujet résiliant, capable de rebondir après un événement traumatique. Ainsi ces deux

modalités de fonctionnement psychique sont tout particulièrement importantes dans la prise en compte du stress et de la bonne santé des individus.

Les techniques de méditation comme celles de relaxation ont pour objet de recentrer l'attention du sujet afin d'éloigner l'origine du stress, de réduire les tensions du corps et de l'esprit par un lâcher prise. Différents programmes de « mindfullness-based stress reduction » (MBSR) ont été développés depuis la fin des années 1970 à partir des travaux de Jon Kabbat-Zinn, qu'il s'agisse de groupes hebdomadaires sur environ deux mois pour les protocoles standards, ou des protocoles abrégés comportant une pratique individuelle de 10 minutes par jour cinq fois par semaine. [Kabat-Zinn J.,1982].

La littérature internationale est globalement unanime pour affirmer les effets positifs de la méditation de pleine conscience qui améliore significativement la santé mentale en particulier les symptômes de dépression, l'anxiété, le stress et l'efficacité personnelle, également le burnout [Luken, 2016] ; la plupart des auteurs recommandent donc ce type d'intervention, en particulier chez les professionnels de santé. [Dharmawardene M, 2016] [Lamothe et Al, 2016]

L'étude contrôlée réalisée en 2013 par Barbosa et Al. a montré une diminution de l'anxiété et une amélioration de l'empathie dans un groupe d'étudiants du domaine de la santé qui avait suivi un entraînement MBSR [Barbosa et Al, 2013]. Une équipe de chercheurs australiens a réalisé une autre étude récente dans une population de 207 étudiants en médecine australiens répartis sur différentes années d'études [Slonim J, 2015]. Même si elle reste limitée sur le plan méthodologique, cette étude a montré que le fonctionnement psychique mindful ainsi que la prise en compte de la santé personnelle « self care »est bénéfique chez les étudiants en médecine permettant de diminuer le stress et d'améliorer le bien-être, elle a aussi été confortée par des travaux plus anciens [Richards KC, et AL 2010] [Shapiro, 1998] ;demeurent cependant des interrogations par rapport aux modalités de développement cognitif de ce processus qui nécessitent des investigations en cours ou à venir.

9.2.3 Des techniques militaires spécifiques d'optimisation du potentiel (TOP)

En milieu militaire, la prise en charge du stress chronique revêt un double enjeu car il peut non seulement être à l'origine d'effets délétères sur le bien-être et la qualité de vie mais aussi sur les performances intellectuelles et physiques, et finalement sur la santé des individus. [Thurin JM, 2006][Seaward BL, 2006]. Comme nous l'avons vu, le stress chronique potentialise également l'émergence des pathologies post-traumatiques.

C'est l'armée de l'air qui a été un précurseur de la gestion du stress opérationnel puisque cette problématique a été prise en compte par son commandement et par le service de santé des armées dès le début des années 1990 afin d'améliorer la sécurité des vols.

Des techniques spécifiques « techniques d'optimisation du potentiel » (TOP), initialement appliquées aux élèves pilotes, ont été par la suite étendues à la marine et à la gendarmerie. Les TOP se définissent comme un ensemble de moyens de stratégie mentale qui permettent de mobiliser les ressources physiques et psychologiques un individu en fonction des exigences des situations qu'il rencontre. Ce sont en réalité des procédés de base connus du sport de haut niveau, se rapprochant des méthodes de préparation mentale du sportif [Perraut-Pierre, 2000 et 2012], il s'agit en somme d'une « boîte à outils » qui regroupe des exercices en fonction de l'objectif opérationnel recherché : l'apprentissage, la dynamisation, la régulation, la récupération. Le sujet a donc le choix en fonction de son besoin entre plusieurs exercices.

À partir de 2011, ces techniques sont généralisées à l'armée de terre qui a instauré une formation TOP[136] dans le cadre de la mise en condition avant projection[137]. Depuis 2013, elles font partie intégrante de l'entraînement du militaire et s'appliquent à l'ensemble des armées, même si peu de médecins militaires en bénéficient.

En ce qui concerne l'efficacité de cette méthode, les données de la littérature montrent clairement les effets des techniques d'imagerie mentale de dialogue interne, de relaxation et de pleine conscience sur la performance mais aussi sur la santé et le bien-être. [Luken M, 2016][Lamothe et Al, 2016]. Par contre les données disponibles sur les TOP sont encore parcellaires et le niveau de preuves des études disponibles n'est pas équivalent. Plusieurs études apportent cependant un ensemble d'arguments sur les bénéfices à la fois cliniques et opérationnels des techniques d'optimisation du potentiel.

Pour les performances, une étude randomisée a montré le bénéfice sur les performances cognitives de ce type de formation pour la préparation à un concours ou un examen dans une population comportant deux groupes d'élèves : 50 élèves-officiers en première année de médecine et 50 étudiants en première année d'école de commerce ; 65 % élèves officiers étudiants en médecine militaire ayant bénéficié de la formation TOP ont réussi le concours de la première année des études médicales, alors que dans la population contrôle ce pourcentage est à peine de 50 %. [Steiler D., 2011]. Une autre étude randomisée non contrôlée réalisée dans une population de 30 pilotes de chasse en mission en Afghanistan a montré que la pratique des TOP pendant l'OPEX améliore la cohésion du groupe et la performance opérationnelle. [Trousselard, 2009]

Pour la gestion du stress, un essai clinique prospectif a mis en évidence l'effet bénéfique des TOP dans un groupe de 20 sous-mariniers en situation opérationnelle et donc soumis à des contraintes chrono biologiques importantes, notamment en matière de sommeil et d'humeur tout au long de la mission [Crosnier, 2013]. Un autre essai clinique contrôlé et randomisé a été réalisé dans une population de 180 pompiers de la brigade des sapeurs-pompiers de Paris. Cette étude a montré que la formation aux TOP - d'autant plus qu'elle est pratiquée de façon régulière- réduit le stress perçu et améliore la stabilité psychique. Les bénéfices de cette formation sont d'autant plus importants que les pompiers étaient à prédisposition anxieuse. [Trousselard, 2015]

Pour conclure il existe donc un ensemble de données et de résultats qui placent le mindfulness, la prise en compte du bien-être et les techniques d'optimisation du potentiel en première ligne dans le développement personnel, et la prise en charge du stress des élèves médecins militaires [Hassed C,2008]. La formation des élèves de l'école de santé comporte déjà ce type de formation depuis 2015 pour les élèves de première année, afin de les aider dans la préparation du concours de la PACES. L'école du val-de-grâce pourrait inclure un tel apprentissage théorique et pratique. Persistent cependant un certain nombre d'obstacles tels que le manque d'intérêt de la part de la hiérarchie, considérant qu'il ne s'agit pas d'une priorité dans un cursus déjà très chargé, mais aussi des difficultés de mise en place logistique, tout comme un manque de demande de la part des étudiants eux-mêmes et surtout des contraintes dans la pratique personnelle à maintenir impérativement après les formations collectives. D'autres études complémentaires sont nécessaires afin d'améliorer les modalités de la formation et comprendre les raisons d'une observance non régulière malgré l'efficacité de ces techniques.

[136] Directive relative à l'apprentissage des TOP dans l'armée de terre n° 094743/DEF/EMAT/CAB/CEMAT du 07 juillet 2011.

[137]Directive relative à la mise en condition avant projection (MCP) n°524455/CFT/DIV PO/BCPO/MCP du 21 décembre 2011.

Et Directive sur la sensibilisation et la formation des militaires à la prévention du stress opérationnel n°13-009803/DEF/EMA/CNSD/DEHN/BREF du 30 juillet 2013

9.2.4 Des mesures de prévention tertiaire

Plus de 67 % des étudiants de notre population étaient favorables à la **mise en place une consultation dédiée** au Burnout dans chaque hôpital d'instruction des armées. Dans le même sens, **44,8%** étaient en faveur de la mise en place d'une ligne d'aide psychologique téléphonique 24h/24 (Tableau 41).

Ainsi une consultation avec un professionnel de santé, formé et sensible à cette prise en charge spécifique, peut être nécessaire afin de rechercher les signes cliniques et objectiver la souffrance qui permettront de guider la prise en charge du jeune praticien. Parfois, l'entourage remarquera des modifications du comportement et pourra orienter les étudiants vers une personne une structure ressource à même de dépister d'orienter ou de prendre en charge. Tout l'enjeu est donc de faciliter largement l'accès à des structures de soins dédiées, identifiées pour la prise en charge de la souffrance psychique du soignant dans un souci constant de confidentialité et de dé stigmatisation. [Seritan A, 2012]

Il serait ainsi important de **former les médecins seniors, les tuteurs, les responsables de l'encadrement des jeunes médecins aux signaux d'alerte et aux possibilités d'intervention**. En effet si des symptômes et un sentiment de détresse peuvent être évoqués spontanément par les étudiants, le mal-être peut aussi se révéler seulement pendant ou décours d'une entrevue. Ce repérage peut être effectué lors de temps privilégiés comme les entretiens individuels de notation par le chef de service, le maître de stage, ou encore le coordinateur de la spécialité universitaire pour les internes. Les moments d'échanges avec les directeurs de thèse sont également des temps d'écoute. D'autres initiatives informelles et conviviales peuvent mettre à jour les difficultés éventuelles de l'étudiant.

Parfois seule une modification de comportement pourra être révélatrice de la dégradation de l'état de santé psychique : Certains signaux sont également à prendre en compte dans ce repérage particulièrement s'ils persistent dans la durée. Par exemple des courriers de sortie des patients réalisés avec un retard important, des erreurs minimes ou plus importantes, des plaintes à la fois des patients sur la qualité des soins mais aussi de la part des collègues de l'équipe médicale ou paramédicale, un absentéisme répété ou à l'inverse une augmentation du temps de présence dans le service et enfin bien entendu l'apparition d'une agressivité, de propos cyniques, des pleurs, un désinvestissement, l'aveu d'une perte de confiance…

On pourrait aussi mettre en place un **référent en santé à chaque changement de stages** pour les internes, leur rappeler le caractère obligatoire des visites médicales périodiques, faciliter l'accès à certaines consultations spécialisées en psychiatrie, addictologie, psychologie…

On peut également se poser la question de faciliter le repérage de signes de souffrance psychique par des questionnaires permettant théoriquement un autodiagnostic. De nombreux outils existent et permettent d'évaluer à la fois la souffrance psychologique mais aussi l'adaptation au stress. Cependant, certains d'entre eux n'ont aucune valeur individuelle et ne sont valides qu'à l'échelle de populations.

Très récemment une équipe franco américaine a mis au point un outil spécifique testé, validé et possédant de très bonnes qualités psychométriques [Myszkowski et Al, 2016] : **L'Internal Medicine Residency Stress Scale IMRSS**, fortement corrélé avec l'épuisement émotionnel et l'anxiété.

Ce questionnaire très rapide est recommandé pour évaluer de façon trimestrielle les éléments qui ont pu stresser l'interne au cours des trois derniers mois précédant le questionnaire (Tableau 51)

TABLEAU 51 : L'INTERNAL MEDICINE RESIDENCY STRESS SCALE (IMRSS)

1 WO le fait de se sentir fatigué
2 WO le rythme de travail : les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes
5 WO la charge de travail, temps passé à l'hôpital
6 WO Le manque de temps passé en famille, avec ses proches
9 WO le manque de sommeil ou le sommeil de mauvaise qualité
3 MA l'arrivée dans un nouveau stage
4 MA Le fait d'être responsable de vies humaines
7 MA le manque de connaissances théoriques
8 MA le manque d'expérience

Pour l'interprétation, les participants répondent en utilisant une échelle de Likert (de 1 : pas du tout ; 2 ; 3 ; 4 ; 5 : beaucoup) chaque item comportant un score de un à cinq.

Les scores élevés indiquent de hauts niveaux de stress.

Les Scores WO supérieurs ou égaux à 20 et 22 Indiquent respectivement un stress modéré à sévère en lien avec une surcharge de travail.

Les scores MA supérieurs ou égaux à 18 et 19 indiquent respectivement un stress modéré à sévères en lien avec les responsabilités médicales.

Nous remarquons que les items mentionnés ci-dessus reprennent certains des éléments que nous avons détaillés dans le chapitre II de notre travail, correspondant au mode de vie spécifique de l'étudiant en médecine.

Même si cette nouvelle **échelle de mesure du stress chez les internes** semble tout particulièrement intéressante, l'analyse de tels questionnaires n'est valable que pour l'étude de populations et doit être accompagnée par un professionnel de santé afin d'orienter vers une prise en charge éventuelle.

Un **renforcement de la communication** par rapport aux situations d'épuisement professionnel serait intéressant par exemple en utilisant le site du bureau des internes et des assistants de l'école du val-de-grâce qui diffuse une newsletter, également le site des élèves de l'école de santé de Lyon. Le Directeur de l'enseignement et de la Formation du SSA, auquel nous avons présenté les résultats de cette étude, a demandé au début de l'année 2017 que soit mis en place au sein de l'école du Val de Grâce un **Bureau d'Information et de Suivi particulier des Elèves, au profit spécifique du suivi des internes (BISPE)** dont nous détaillons les modalités de fonctionnement dans l'annexe 15.

La création d'un **réseau d'écoute téléphonique** spécifiquement dédié aux (Jeunes) médecins en souffrance est souhaité par près de 45 pour 100 des étudiants interrogés dans notre population. En effet, la problématique soulevée par une majorité d'internes est celle de ne pas vouloir être pris en charge par d'éventuels collègues au sein même de l'hôpital ou du service qui accueille leurs propres patients. Il existe en France plusieurs structures associatives qui prennent en compte ce besoin d'anonymat : ces associations civiles, mises en place depuis 2004 sont à la disposition des médecins en souffrance et proposent soit une

communication par messagerie soit une écoute téléphonique directe. On peut citer en particulier à Paris pour les internes SOSSIHP sosihp@gmail.com, gérée par le syndicat des internes des hôpitaux de Paris grâce à une permanence téléphonique d'internes en psychiatrie.

En milieu militaire, dès 2011, le service de santé des armées (SSA) a développé des actions spécifiques au profit des blessés psychiques issus des engagements opérationnels des forces armées : soucieux d'apporter la meilleure prise en charge possible aux blessés psychiques, le SSA s'est positionné vis-à-vis des recommandations de la Haute Autorité de Santé ; trois plans d'action successifs sur la prise en charge et le suivi des blessés psychiques ont ainsi été mis en place[138], ce qui a abouti en 2015 à la création d'un numéro d'appel unique :

« Écoute Défense » 0808 800 321

Il s'agit d'une offre directe d'écoute, de soutien et d'information au profit des militaires ou anciens militaires mais aussi des civils de la Défense qui ont été exposés à des situations de stress et de traumatismes psychiques en service, notamment au cours de leurs missions opérationnelles.

L'accueil téléphonique est assuré à tour de rôle par l'ensemble des psychologues du Service de santé des armées. Ces psychologues s'engagent à donner une réponse dans les 24 heures et à proposer une consultation dans un délai d'une semaine maximum en orientant vers les soins de proximité les plus adéquats parmi les centres médicaux des armées ou les huit hôpitaux d'instruction des armées.

On pourrait donc étendre cette assistance téléphonique anonyme et confidentielle au soutien des étudiants en médecine militaires en difficulté et à cette fin communiquer ou rappeler l'existence de ce dispositif lors des modules de formation l'école du val-de-grâce ou sur la plate-forme d'enseignement dédiée aux internes.

Pour autant, le troisième plan souligne dans son axe 7 concernant le suivi spécifique du personnel travaillant au sein de la fonction santé du SSA que « Le personnel travaillant au sein des établissements du SSA connait des contraintes particulières inhérentes à son activité et à son identité professionnelle. Ce personnel peut être, dans le cadre de ses fonctions, exposé à un évènement potentiellement traumatique. Certaines situations, liées à des activités spécifiques de l'exercice médical en milieu militaire, peuvent aussi se répéter, offrant les conditions d'une exposition prolongée. Le SSA n'a à ce jour pas mis en place de documents administratifs permettant la traçabilité de ces évènements potentiellement traumatiques. De la même façon, la mise en œuvre d'un repérage systématique des troubles psychotraumatiques chez les personnels du SSA reste marginale. » Des objectifs y sont alors fixés qui sont les suivants mais restent peu concrets dans leurs modalités d'application :

- Permettre au personnel du SSA présentant des TSPT de bénéficier de la prise en charge que nécessite leur état
- Etablir des documents et procédures de traçabilité des évènements potentiellement traumatiques auxquels sont confrontés les acteurs du SSA ainsi que tout le personnel travaillant au sein du SSA. »

Malgré toutes ces possibilités de prise en charge et les atouts indéniables du service de santé, de nombreux obstacles demeurent quant au dépistage de la souffrance psychique et la prise en charge médicale les étudiants en milieu militaire. Les visites médicales périodiques permettent théoriquement un dépistage

[138] Plans d'action troubles psychiques dans les armées :
n° 564/DEF/DCSSA/AST/TEC du 10 mars 2011
n° 517996/DEF/DCSSA/PC/CNSMPA du 20 décembre 2013
n° 527 740 /DEF/DCSSA/AAD-EMP du 18 décembre 2015

efficace, mais la périodicité de ces visites espacées de deux ans relativise cette efficacité. Souvent les visites médicales d'aptitude ne sont réalisées qu'en toute fin de parcours à la demande du commandement de l'école du val de grâce et des gestionnaires en ressources humaines de la direction centrale du SSA afin de statuer sur les aptitudes requises pour les emplois dans certains postes (troupes aéroportées, marine, commando…) d'autres facteurs déjà évoqués au cours de ce travail influent sur cette difficulté de suivi et de dépistage :une temporalité contrainte, la complexité à reconnaître le besoin du soin. Le recours fréquent à l'automédication mais aussi la honte à consulter un confrère, parfois l'inquiétude quant à la qualité du soin, enfin les problématiques de confidentialité et d'aptitude très importants en milieu militaire. C'est en réalité la nécessité d'un changement de paradigme dans la prise en compte de la santé des soignants qui doit se mettre en place progressivement dans le service de santé des armées, à l'instar des consignes récentes du ministère de la santé.[139]

9.2.5 Un nécessaire changement de paradigme ou la mise en place d'une prévention primordiale

Les conséquences de la détresse psychologique sont potentiellement délétères chez les étudiants en médecine à la fois dans leur vie personnelle mais aussi dans leur vie professionnelle, et peuvent induire à la fois des difficultés relationnelles interpersonnelles, parfois un épuisement professionnel sur le plan émotionnel conduisant à la consommation de toxiques a visée anxiolytiques et dans certains cas selon une logique de dopage cognitif. On sait aussi que cette détresse contribue à la perte d'empathie et au cynisme, à la diminution en termes de qualité des soins pour les patients et finalement à une modification intrinsèquement fondamentale de la culture médicale.

Il existe une réticence institutionnelle qui tient au caractère confidentiel, inconcevable et quasi tabou des données relatives à la souffrance psychologique et à la potentialité de suicide des jeunes médecins en France, d'autant plus pour ceux qui exercent en milieu militaire. De même qu'aucune entreprise ne souhaite communiquer par rapport à l'augmentation du mal-être de ses salariés et reconnaître qu'elle peut être à l'origine de la détresse de certains d'entre eux, de même le service de santé des armées peine à révéler les difficultés. Nous avons vu que la littérature américaine et australienne communique beaucoup plus sur cette problématique de souffrance psychologique des soignants en milieu civil. En milieu militaire, en dehors des forces armées américaines qui publient plus facilement sur ces thèmes, [Steven, 2006] la plupart des institutions de défense européennes et mondiales mettent sous silence une question considérée comme particulièrement sensible, surtout lorsqu'il s'agit de données concernant certains suicides.

Le sujet lui-même est peu enclin à avouer ses difficultés psychiques qu'il perçoit comme un signe de vulnérabilité à la fois pour lui-même en tant que militaire et médecin, mais aussi vis-à-vis des patients dont il a la charge. Il existe une intrication complexe des déterminants sociaux, psychologiques et médicaux d'autant plus importante chez les militaires dont l'éthos exige abnégation, esprit de sacrifice et disponibilité. C'est donc souvent une conjonction de facteurs précipitants qui peut aboutir à l'extrême au suicide, dont nous avons vu que le risque relatif chez les médecins est élevé par rapport à la population générale.

Dans notre étude, les idées suicidaires étaient présentes chez 10, 5% des élèves au cours des 12 mois précédents, 9,8% des élèves de 4ème année et 21,2% des élèves de 8ème année présentaient des pensées de mort pour eux-mêmes ou avaient réalisé une tentative de suicide. Ainsi, les problèmes d'estime de soi, mais aussi l'adaptation lors de chaque nouveau stage, l'isolement, l'échec académique peuvent constituer les principaux soubassements de la crise suicidaire, qui survient à des moments clés du parcours de

[139] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/rapport_elaboration_burnout.pdf

l'étudiant. La recherche des antécédents suicidaires du jeune adulte est donc essentielle au cours des consultations en particulier au cours des visites médicales périodiques et il appartient au praticien d'en faire une évaluation très précise dans la mesure où le risque de récidive est majeur. Identifier la crise suicidaire permet de créer un espace de prévention et d'intervention. Si le recours au médecin apparaît devoir être systématique, ce n'est pas la solution à tout. Le médecin, sensibilisé à ces difficultés spécifiques de ses jeunes confrères, est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement. Une partie de son action thérapeutique et quelquefois la possibilité même de cette action dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement. Ainsi à l'École de santé et à l'école du val de grâce, dans les différents hôpitaux et sur les lieux de stage, le réseau d'écoute et de vigilance créé avec les professeurs, les personnels de la scolarité, les cadres militaires et parfois d'autres élèves proches permet souvent une prise en charge rapide ; Ce sont ainsi les valeurs de l'éthos militaire et soignant qui sont réaffirmées dans la prévention et la prise en charge précoce de ces cas de détresse ultime au bénéfice des soignants eux-mêmes . On pourrait ainsi s'appuyer sur l'engagement de chacun dans l'attention à la souffrance psychologique de l'autre, la force du groupe, sa cohésion, valeurs que le commandement militaire du service de santé sait et peut souligner et valoriser comme une ligne directrice dans les parcours individuels. C'est donc bien un réel changement de paradigme dans la conception du soin, qui s'articule fondamentalement avec la revalorisation de l'empathie comme élément fondamental dans l'évolution de la culture médicale.

9.3 De l'empathie

Parler d'empathie dans la relation de soins semble une évidence, caractérisant cette attitude générale et plutôt constante du médecin de grande attention aux malades, de chaleur dans la relation, d'écoute et de disponibilité. L'empathie est donc essentielle dans le travail du médecin, d'autant plus qu'elle a prouvé son efficacité en termes de résultats sur la santé des patients, notamment en termes de satisfaction vis-à-vis des soins, de compliance au traitement et même de contribution à la guérison [Decety, 2015]

Pour autant, nous avons montré dans notre étude que les items spécifiques du score MBI mettaient en évidence parallèlement à l'augmentation de l'épuisement émotionnel des étudiants une diminution précoce de l'empathie, liée négativement à certains facteurs comme l'absence de motivation précise pour les études médicales, l'existence de problèmes de santé dans l'entourage proche, les troubles du sommeil et les idées suicidaires, la consommation d'alcool et le désir de quitter l'institution militaire (**tableaux 33 à 38**). De nombreux autres travaux de recherche ont mis en évidence le déclin précoce de l'empathie chez les étudiants en médecine, ceci dès la rencontre avec les patients [Neuman, 2011] ; [Paro, 2014] ; [Hojat, 2002]

Comment comprendre alors un tel paradoxe et quels moyens pourrait-on mettre en œuvre pour remédier à cette diminution de l'attention à l'autre ? L'empathie serait-elle une disposition naturelle inhérente à la personnalité du sujet ? Quelle serait l'origine de cette qualité qui semble naturelle et indispensable dans la relation médecin-patient ? Comment pourrait-on l'améliorer et la cultiver chez les étudiants en médecine, mais aussi chez les praticiens plus âgés ?

C'est une qualité souvent considérée comme allant de soi chez le praticien. On attend d'un bon médecin qu'il soit capable d'empathie, pour autant elle n'est ni recherchée ni évaluée chez les étudiants en médecine, sélectionnés en début de parcours essentiellement sur leurs capacités de mémorisation et de travail. Les étudiants militaires bénéficient à la fois d'un entretien de motivation lors du concours d'entrée en première année qui évalue essentiellement leur intention d'être militaire, leur disponibilité affirmée pour les départs sur les théâtres d'opérations extérieures.

La notion d'empathie a fait en parallèle l'objet ces dernières années de multiples publications dans de nombreuses disciplines qui la rendent à l'instar du concept de burnout difficile à circonscrire et à comprendre.

C'est pourquoi nous avons choisi de restreindre notre propos qui ne sera nullement exhaustif en développant les définitions essentielles du concept, son origine et son évolution avant de mettre en perspective quelques aspects spécifiques de l'empathie appliquée à la formation médicale qui nous semblent les plus pertinents dans le soutien possible pour les étudiants en formation.

9.3.1 Définitions et origine du concept

Le dictionnaire Larousse précise la définition[140] de de ce concept qui vient du grec ancien *ev*, dans, à l'intérieur et pathos, souffrance, ce qui est éprouvé. C'est la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui et de percevoir ce qu'il ressent. Il s'agit donc de la compréhension des sentiments et des émotions d'un autre individu. Dès 1873, le philosophe allemand robert Vischer en 1873 parlait dans sa thèse de doctorat d'« Einfuhlung », (signifiant ressenti de l'intérieur) afin de désigner l'empathie esthétique, la relation d'un sujet face à une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens. Ce terme est ensuite réutilisé par Théodore Lipps dont les écrits en philosophie de l'esprit ont influencé la réflexion de Freud et des phénoménologues, Lipps décrivant ce processus selon lequel un observateur se projette dans les objets qu'il perçoit, et introduisant progressivement dans ses écrits une dimension affective[141]. Ce terme est utilisé pour la première fois de façon isolée 1905 par Freud dans « le mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient » [Freud, 1905]

9.3.2 Différentes approches et évolutions

C'est surtout au 20e siècle que le concept d'empathie fait l'objet de larges réflexions dans le champ des sciences humaines : Geoffrey Miller dans son ouvrage intitulé *The mating mind* voit dans l'empathie une origine probable de l'animisme et du panthéisme et développe l'idée que l'empathie ce serait mise en place chez l'homme parce qu'il cherchait à se mettre à la place de l'autre pour savoir comment il pensait et allait réagir dans un contexte de compétition et de survie permanente. [Miller, 2000]. Depuis une dizaine d'années nous constatons dans la littérature la parution croissante d'études portant sur l'empathie dans différents domaines qui peuvent aller des neurosciences, la neuropsychologie, la psychanalyse. La plupart de ces études ont été centrées essentiellement sur les origines de l'empathie, son développement et ses bases neurobiologiques, aussi sur l'influence du contexte social et des relations interpersonnelles.

9.3.2.1 En neurophysiologie, neuropsychologie et neuropsychiatrie

La neurophysiologie utilise principalement des techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle chez l'adulte et chez l'enfant. Par exemple lorsqu'on montre à des enfants des vidéo-clips sur des situations douloureuses

[140] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/empathie/28880 Consulté le 9 mars 2017
[141] « Theodor Lipps and the shift from sympathy to empathy » [archive], sur www.interscience.wiley.com (consulté le 30 juin 2016)

dont l'origine est accidentelle, les circuits neuronaux impliqués dans le nociception sont activés. De la même manière si on fait subir sur le plan expérimental une légère douleur à une première personne, on constate qu'une région cérébrale précise s'illumine à l'IRM fonctionnelle. Une personne voisine observant la scène sans être manipulée présente la même image IRM au même moment, selon un mécanisme de l'empathie [Pessoa L, 2010] ; on a pu ainsi montrer que le circuit neuronal de l'empathie englobe l'insula, le cortex somato-sensoriel, le cortex singulaire antérieur et la substance grise [Morrison et Al, 2004] [Lamm et Al.,2007] ; sur un plan évolutif et ontogénétique, ce processus de résonance sensori-somatique entre l'autre et soi, jouerait un rôle majeur dans le développement de l'empathie et du raisonnement moral, permettant de partager la détresse des autres et de déclencher une inhibition des comportements agressifs. [Decety, J., & Meyer, M. (2008).]. Plusieurs travaux de recherche complémentaires ont montré que dans de nombreuses espèces de mammifères en particulier chez les rats ces mécanismes de partage de la détresse de l'autre peuvent être modulés par différents facteurs comme les relations interpersonnelles ou l'appartenance à un groupe ; en d'autres termes il ne serait pas adaptatif d'éprouver la souffrance d'un ennemi de la même manière que celle d'un individu appartenant au même groupe. [Church, R. M. (1959)]

La théorie des neurones miroirs, semble apporter de nouvelles explications du concept d'empathie sur un plan neurologique : ces neurones situés principalement dans l'aire de Broca semblent fortement impliqués dans les processus d'apprentissage émotionnel, agissant de la même manière tant lors de l'observation d'une action que dans la production de cette même action. Ceci est considéré comme important en ce qui concerne la formation de la sensibilité interpersonnelle d'un individu. [Keysers C, 2010]

Les théories de l'esprit décrivent quant à elles sur un plan cognitif les mécanismes qui permettent la compréhension des ressenti d'autrui, impliquant des processus de décodage et de raisonnement en lien avec les fonctions exécutives (la flexibilité mentale, les processus d'inhibition et de mise à jour) et la mémoire [Duval, 2011]

Enfin, en neuropsychiatrie, Jean Decéty, chercheur français à l'université de Chicago a développé depuis plus de dix ans un modèle fonctionnel, multi dimensionnel qui résulte à la fois d'une intégration de facteurs cognitifs, comportementaux, émotionnels entre le praticien et son patient et repose sur une régulation des émotions, la souplesse mentale, la résonance affective en permettant de partager les émotions avec autrui sans confusion entre soi et l'autre. Selon lui l'empathie est un puissant moyen de communication interindividuelle et aussi un élément majeur dans la relation thérapeutique. [Decéty¸2015]

Dans la plupart des études, la notion d'empathie est finalement abordée selon l'une des trois perspectives suivantes :

- l'empathie serait une disposition, un trait de personnalité, une compétence de la personne
- l'empathie serait également une expérience s'inscrivant dans un contexte variable suivant l'état cognitif et affectif de la personne qui vit cette expérience
- enfin l'empathie peut être considérée comme un processus évoluant selon plusieurs phases : la résonance en pratique, l'empathie exprimée et l'empathie reçue [Barrett Lenard, 1978]

Ces deux premières perspectives considérant l'empathie à la fois comme une compétence ou comme une expérience rejoignent la question du caractère inné ou acquis de l'empathie.

Jean Decéty estime qu'elle peut exister à la fois comme un trait inné et comme un état acquis [Decéty, 2002 à 2015].

Nous pensons sur le modèle de ce chercheur et les résultats de notre étude nous y confortent : l'empathie a certainement un caractère inné, peut varier selon l'environnement et le contexte et son développement est possible.

9.3.2.2 En psychanalyse

Nous ne trouvons pas de définition spécifique de ce terme dans les dictionnaires des termes psychanalytiques. Cependant nous remarquons la proximité avec la définition de l'identification donnée par Laplanche et Pontalis en 1967 : « processus psychologique par lequel un sujet assimile un aspect, une propriété, un attribut de l'autre et se transforme, totalement ou partiellement, sur le modèle de celui-ci, devient identique à un autre ».

Quelle est la place de l'empathie dans les écrits de Freud ? Des auteurs principalement nord-américains ont insisté sur l'importance de l'empathie dans la pensée freudienne comme Kohut en 1959 estimant qu'elle occupe la place principale dans la phase de compréhension rationnelle de l'analyse [Kohut J.,1959]. L'américain Meissner est du même avis [Meissner W., 1996]. Un autre américain Pigman a réalisé une étude très complète des textes de Freud dans leur langue originale et pense que l'empathie était un concept important pour lui [Pigman G. 1995] Pour autant, en France, d'autres auteurs réfutent cette hypothèse : Louise de Urtubey, étudiant l'importance dans les textes freudiens de sa pensée de l'empathie [de Urtubey Louise,2004], montre que Freud en a très peu parlé dans ses textes cliniques. Le terme d'« einfuhlung » est utilisé pour la première fois de façon isolée 1905 par Freud dans « le mot d'esprit et ses relations avec l'inconscient » [Freud, 1905]. Ensuite il écrit plusieurs fois le mot tout au long de son œuvre mais n'a jamais proposé d'étude metapsychologique sur la question de l'empathie qu'il ne définit d'ailleurs pas analytiquement. C'est dans Psychanalyse des foules et analyse du moi que Freud décrit l'identification primaire, notion fondamentale que nous avons détaillée dans le premier chapitre de notre étude. Il revient à ce terme qu'il a abandonné depuis longtemps en établissant une différence entre l'identification et l'empathie, celle-ci permettant selon lui de comprendre ce qu'il y a d'étranger à notre moi chez un autre alors que l'identification requiert une communauté psychique : « la liaison réciproque des individus dans la masse est de la nature d'une identification due à une importante communauté affective, résidant dans le mode de liaison au meneur. Le problème de l'empathie n'est pas épuisé » et nous nous trouvons devant le processus que la psychologie appelle empathie, « qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qui est étranger au moi chez d'autres personnes »[142] [Freud, 1921]

En 1926, Hélène Deutsch considère la réaction sensible du nourrisson face à l'état affectif de sa mère comme une manifestation d'empathie [Deutsch, 1926], reprise ensuite par d'autres auteurs selon lesquels l'empathie serait primordiale et archaïque, articulée à l'unité première mère-enfant, et s'estomperait au fil des années [Schafer, 1968]. Selon Winnicott également, l'empathie de l'analyste en séance s'identifie à celui que la mère éprouve pour son nourrisson, et permet dans le travail de contre transfert de retrouver les parties inconnues de soi restées clivées dans la psyché. [Winnicott D. W., 1961] la faculté d'être en empathie ne semble pas présente dans la petite enfance car la capacité de séparer self et non-self est absente chez le nourrisson et le petit enfant qui n'ont pas encore acquis des représentations stables du soi et de l'objet ou de la perception de la constance de l'objet [Mahler, 1968]. La capacité d'empathie nécessite l'acquisition du processus de séparation-individuation et le développement de fonctions cognitives comme la mémoire, la pensée, la conceptualisation. Ainsi l'empathie demande un développement considérable du moi, et sa capacité augmente avec l'âge et l'expérience.

Il est clair aussi que l'identification intervient dans le processus d'empathie mais sous une forme particulière : en effet s'agit d'une identification passagère, celui qui est en empathie avec autrui préserve sa séparation d'avec l'objet. Béres le souligne à propos de l'identification passagère qui implique le sentiment temporaire de ne faire qu'un avec l'objet, suivi d'un sentiment de séparation lui permettant d'évaluer le ressenti à la fois avec le patient mais aussi à son sujet [Béres David, 1968]. Cet élément nous apparait

[142] p 46

particulièrement important dans la relation thérapeutique en médecine et spécifiquement en psychiatrie. La préoccupation et la sollicitude éprouvée par le praticien envers son patient, son écoute sensible prennent ainsi en partie pour modèle l'attitude et l'empathie maternelle pour son bébé.

9.3.3 Enseigner, cultiver et valoriser l'empathie

Les problématiques du déclin de l'empathie tout au long du parcours médical sont bien connues [Hegazi, 2013] et nous avons montré cette décroissance au cours de notre étude. Les recherches sur l'empathie des soignants vis-à-vis des patients sont nombreuses [Fields et al., 2004 ; Henry-Tillman et al., 2002 ; Hojat et al., 2002, 2003, 2004, 2005 ; Oz, 2001 ; Shanafelt et al., 2005 ; Strug et al., 2003; Watt-Watson et al., 2000 ; Wilkes et al., 2002 …]. En psychologie, il existe de multiples questionnaires de personnalité qui permettent de mesurer la disposition empathique du sujet. Une revue de la littérature a recensé 36 instruments de mesure de l'empathie : 14 échelles auto évaluatives, 5 échelles hétéro évaluatives remplies par les patients et 17 grilles d'observation montraient que les échelles d'empathie employées en recherche médicale et en soins infirmiers sont majoritairement auto évaluatives [Hemmerdinger et al., 2007]. Par contre il existe peu d'enquêtes évaluatives de l'empathie au sein des équipes alors que nous avons vu qu'une certaine maltraitance peut exister dans les lieux de soins en lien avec une temporalité et des injonctions de rentabilité toujours plus contraintes.

C'est dans ce contexte de « tension empathique » que la psychologie médicale est enseignée depuis de nombreuses années dans les facultés de médecine. Certaines ont également mis en place d'autres formations à la communication ou à l'éthique, dont l'objectif princeps est de donner à l'étudiant - au-delà des compétences purement techniques - les clés d'une compréhension globale du patient pris dans son environnement bio-psycho-social. D'autres initiatives récentes se mettent progressivement en place en France. L'enseignement de Céline Lefève à l'université Paris Diderot prodigue en particulier aux étudiants en médecine des notions de philosophie et d'éthique du soin à travers l'apport de la narration et de la fiction cinématographique.

Outre ces formations, les stages ambulatoires chez le praticien permettent aux externes et aux internes de médecine générale, de se confronter à de nouvelles techniques pédagogiques comme par exemple celle des récits de situation complexe authentique. Le tutorat, sorte de compagnonnage par un médecin un peu plus expérimenté, est aussi considéré comme très efficace pour former les futurs médecins à la relation médecin-malade. Là encore, on constate que les processus d'identification sont à l'œuvre. Les médecins reconnus par leurs pairs pour leur grande capacité d'empathie et d'humanisme ont pu être marqués dans leur parcours par la figure charismatique d'un chef de clinique, d'un assistant ou d'un interne qui a les eux-mêmes guidés. C'est l'instauration d'un cercle vertueux de l'apprentissage-empathie-identification. A l'inverse il existe des praticiens dont la qualité de la relation est insuffisante à la fois avec leurs patients mais aussi avec les étudiants dont ils ont la charge en matière de formation.

C'est dans ce contexte que l'enseignement de la médecine narrative a été instauré en France, alors qu'il a fait ses preuves depuis plus d'une dizaine d'années aux États-Unis. C'est Rita Charon, médecin interniste à l'université de Columbia dans l'état de New York, qui est à l'origine du développement de cette discipline s'inscrivant dans la tradition des séminaires de littérature et de médecine à l'Amérique du nord. Il s'agit d'une application de la narratologie pour analyser les récits des patients à travers des enseignements théoriques et des exercices d'écriture de lecture pratiquée en petits groupes d'étudiants. Selon Rita Charon, cette formation pourrait être une « réponse aux insuffisances d'un système de santé qui laisse parfois des patients ignorés dans leurs souffrances, et des médecins isolés dans leur pratique ». C'est donc la recherche

d'une médecine plus humaniste qui prévaut ici face à une approche de plus en plus scientifique [Charon, 2001]

En France, le Pr François Goupy, de l'université Paris Descartes, en association avec le Pr Claire Lejeunne chef du service de médecine interne de l'hôtel-Dieu à Paris, ont introduit dès l'année 2009 cet enseignement à la faculté et le considèrent comme une véritable révolution pédagogique : selon eux, « les patients doivent oser raconter leur histoire… et les médecins réapprendre à les écouter… la « médecine narrative est une compétence qui permet de reconnaître, absorber, interpréter et être ému par les histoires des maladies des patients. Son enseignement devrait être avec celui de la « médecine fondée sur les preuves l'un des deux piliers de la formation initiale des médecins ».

Les étudiants militaires affectés dans cette faculté participent aussi à cet enseignement depuis 2009, qu'ils ont accueilli de façon très favorable, même si certains d'entre eux ont été initialement déroutés par les premiers exercices d'écriture et de lecture.

Conclusion

Au total, nous avons mis en évidence différentes possibilités d'aide et de prévention pour le jeune praticien militaire en formation. Il s'agit tout d'abord de continuer à développer et améliorer les mesures destinées à la diminution de la charge de travail en place depuis le décret de 2015 ; poursuivre l'amélioration du suivi médical des étudiants en médecine militaire en dé- stigmatisant et déculpabilisant les demandes de soins. La prise en compte des violences internes et externes est également fondamentale, à travers des formations par exemple au sein des services ou dans des groupes d'analyse de pratiques.

Les valeurs communes du service de santé, la connaissance des individus au sein du groupe sont atouts indéniables et des facteurs favorisant le bien-être des étudiants. A ce titre elles devraient être développées et valorisées. De la même façon le milieu militaire a développé des techniques spécifiques d'optimisation du potentiel qui semblent être très prometteuses quant à leurs bénéfices cliniques. La formation des élèves de l'école de santé est déjà en place, pour les internes de l'école du val-de-grâce l'enseignement pourrait comprendre de tels apprentissages théoriques et pratiques, ce qui nécessiterait de la part de la hiérarchie un réel soutien, une politique volontariste et la mise en place d'une logistique adaptée dans un parcours déjà très chargé.

Il semble enfin fondamental de sensibiliser les médecins seniors, qu'il s'agisse des formateurs à l'hôpital ou des tuteurs accompagnant le parcours des élèves, aux problématiques psychiques des élèves, et renforcer la communication par rapport aux situations d'épuisement professionnel. Une réelle culture de l'empathie est à valoriser et développer, dans la relation médecin-patient mais aussi dans la relation d'étudiant à formateur. Celle-ci peut être développée à travers des techniques de narratologie qui ont prouvé leur efficacité depuis plus de 10 ans sur le continent nord-américain.

Conclusion générale

Dans ses derniers textes écrits en 1938, Freud écrit : « Nous nous sommes approchés ici du secret véritable, encore non dévoilé, du psychique », résume les acquis théoriques et pratiques des dernières années [143] et consigne ses ultimes pensées. Mais jusqu'à la fin, il n'aura cessé de s'interroger sur « la nature du psychique ». C'est aussi dans ce texte que Freud aborde la problématique de la méthode employée en recherche[144] et distingue deux façons de présenter un travail : Une présentation génétique, pour laquelle on connait son affinité à travers toute son œuvre, et une présentation dogmatique fondée sur la primauté des résultats. [Freud, 1938]

La présentation génétique d'une recherche retrace le chemin parcouru tout au long du travail, la genèse de l'explication et de la pensée, selon la question fondamentale qui s'impose à tout chercheur, c'est-à-dire comment se construit le savoir à partir de connaissances antérieures qui permettent de rendre l'expérience intelligible ; comment aussi la théorie peut être un préjugé qu'il faut savoir garder en arrière-plan. C'est ainsi la question de savoir ce qui a été fait, par quels chemins on est passé dans une sorte de retour en arrière continu jusqu'à un point de méconnaissance, d''ignorance, à partir duquel on peut commencer à penser ; finalement nous pensons que la démarche qualitative rejoint la théorie psychanalytique et sa conception de l'événement. De même celle-ci- ne rend pas compte de tout, reste ambivalente et souvent conditionnée par la subjectivité du théoricien, de même la recherche en psychanalyse suppose qu'on se soucie du réel comme contingence et qu'on ne donne pas au concept un statut définitif, mais aussi et surtout qu'il existe un partage du savoir humaniste avec l'objet à travers la rencontre de la parole de l'Autre.

Nous avons donc mené ce travail de recherche selon trois niveaux d'exploration, d'abord à partir de considérations d'ordre ontologique, ensuite selon une théorisation étiologique, enfin dans une logique thérapeutique. Car devenir praticien dans les armées est un parcours à risque, celui de développer la « maladie du médecin ». Contrairement à la langue française la terminologie anglo-saxonne distingue pour le terme maladie, trois termes différents : d'abord l' « *illness* », en tant qu'expérience psychologique et sociale de la maladie, ensuite la « *sickness* » comme réalité socioculturelle et enfin la « *disease* » pour désigner le dysfonctionnement de processus biologiques. C'est finalement à l'ensemble de ces processus que nous nous sommes intéressés, par une approche « transculturelle »[145] du groupe médico-militaire, que nous avons considéré comme une entité collective particulière et distincte, et dont nous avons exploré les conditions spécifiques liées aux milieux, aux environnements physiques, techniques et sociaux.

Devenir médecin militaire c'est d'abord l'enjeu du devenir médecin, puis celui d'être militaire ; c'est tenter d'apprendre et de concilier deux métiers « impossibles ».[146] Au-delà des satisfactions immenses pour ces étudiants liées à l'apprentissage de la médecine scientifique, du soin humaniste apporté aux patients et de l'engagement pour un pays, les étudiants sont parfois confrontés au découragement, à la souffrance, à l'impuissance et la désillusion, voire à l'échec.

---

[143] *Freud (1938) Abrégé de psychanalyse* suivi de *Some Elementary Lessons in Psycho-Analysis Paris, PUF*

[144] La lecture de ce texte a été éclairée lors de l'enseignement du Pr Fethi Benslama, responsable de l'UFR d'études psychanalytiques de l'université Paris Diderot

[145] Baubet T. et Moro M.-R. (Éds) (2009). Psychopathologie transculturelle de l'enfance à l'âge adulte. Paris : Masson.

[146] L'expression « métier impossible » est apparue dans deux textes de segments de Freud : sa préface à « jeunesse à l'abandon »d'Aichhorn écrite en 1925 et Analyse terminée et analyse interminable en 1937

Nous avons montré qu'un nombre important d'entre eux présentaient des symptômes de souffrance psychique, aggravée par des contraintes spécifiques liées à la conjugaison du parcours académique médical et de l'engagement militaire.

Tout au long de notre travail nous avons décrit une « dé-ontologie » de l'étudiant en médecine, militaire, une étude de l'être et de son devenir, et nous avons proposé une compréhension de la « maladie du médecin » : les étudiants n'ont souvent pas conscience lors de leur engagement que l'apprentissage de la médecine et ses particularités militaires leur imposera une temporalité contrainte dans un environnement complexe, soumis à des injonctions sociétales parfois paradoxales. C'est également une relative méconnaissance initiale de l'ethos militaire, pour lequel les valeurs de hiérarchie, de courage, de ténacité, d'abnégation et d'altruisme, parfois poussées jusqu'au sacrifice ultime rejoignent, complètent et potentialisent celles du monde médical. L'identification est ainsi fondamentale dans le parcours de ces jeunes gens, s'appuyant à la fois sur les faits marquants d'une histoire de la médecine scientifique et mais aussi sur celle de héros militaires où les actes glorieux tiennent une place essentielle. Ces jeunes médecins sont sélectionnés, disciplinés, classés et préparés pour leurs futures missions. Mais on sait bien que l'être humain résiste et échappe aux prédéterminations ainsi qu'aux tentatives normatives ou totalisantes. C'est pourquoi l'avenir incertain du mode de vie militaire, auquel s'ajoutent les réformes actuelles du service de santé des armées et la violence du contexte politique international, met à mal l'idéal médico-militaire de ces étudiants soumis aux tensions d'un environnement iatrogène dans lequel anxiété, stress, épuisement, dépression, addiction voire suicide peuvent advenir. Notre étude a permis en effet de montrer que ce parcours est éprouvant pour les individus qui s'y engagent : des symptômes d'épuisement émotionnel apparaissent tout au long des études sauf en deuxième année, tandis que la perte d'empathie était constante et s'aggravait en fin d'études, l'accomplissement personnel restait quant à lui modéré sur l'ensemble de la formation médicale. Nous avons montré également qu'il existe différents facteurs protecteurs vis-à-vis de l'épuisement professionnel. Les sujets masculins, engagés dans la voie de la médecine militaire par vocation, ayant pu rencontrer un modèle identificatoire, sans problème de santé dans leur famille, semblaient moins à risques de développer un syndrome d'épuisement professionnel. À l'inverse, certains facteurs aggravants ont été mis en évidence pour l'épuisement émotionnel, notamment une association avec la consommation d'alcool, les troubles du sommeil et le nombre d'heures passées en stage si celui-ci était supérieur à 50 heures par semaine. L'ensemble de ces données demande toutefois à être précisé par des études complémentaires, utilisant des méthodologies quantitatives et qualitatives. D'autres travaux pourront préciser la nature et la causalité des symptômes rapportés dans notre étude, en particulier la comparaison de nos données avec un groupe - contrôle d'étudiants civils, mais aussi la réalisation d'études dans différentes populations de médecins militaires, chez les jeunes médecins militaires diplômés affectés au cours de leur première affectation, également chez les praticiens hospitaliers ou exerçant dans les hôpitaux d'instruction des armées. Certaines de ces études sont en cours.

Même si en l'état actuel des connaissances le syndrome d'épuisement professionnel ne peut être un diagnostic médical, nous pensons qu'il pourrait constituer à terme une nouvelle entité nosographique, articulée avec les troubles de l'adaptation, les états de stress post-traumatiques et les syndromes dépressifs. Sa réalité indéniable mérite toute l'attention des chercheurs afin d'établir des facteurs étiologiques environnementaux individuels notamment sur un plan neuro-physiologique et des critères spécifiques pour les personnels soignants militaires particulièrement exposés au risque de blessures physiques et psychiques.

L'autre tension fondamentale est indéniablement en lien avec la « familiarité dyschronique » de ces jeunes praticiens avec la (pulsion) de mort : en temps ordinaire, dans certains services hospitaliers survient le décès de certains patients incurables. Les jeunes médecins peuvent ressentir à la fois impuissance, confrontation aux limites, culpabilité et anxiété. Ce sont des données classiques du deuil des soignants [Hanus, 2006]. Très tôt, le temps opérationnel placera le jeune praticien des armées en première ligne pour soigner les soldats blessés sur le champ de bataille. Nous pensons que la confrontation de ces jeunes médecins au décès des patients et des soldats amplifie le syndrome d'épuisement professionnel et la souffrance psychique, et pourrait être à l'origine de véritables états de stress post traumatiques, d'autant plus que les potentialités de décès sont nombreuses, qu'il surviennent brutalement et que les patients sont jeunes, ce qui est le cas majoritairement dans les forces armées. Ce point demandera aussi à être conforté dans des études ultérieures.

Le sentiment de solitude et d'isolement, l'inquiétude par rapport à la construction d'une vie personnelle et familiale équilibrée, sont présents et dans certains cas subis douloureusement. Derrière ce ressenti c'est finalement toujours l'idée de la rupture du lien avec l'objet, échappant à la maîtrise, la réactivation d'un manque de liens affectifs à l'autre, renforcé avec l'approche de la mort, cette impossibilité de rompre le lien au premier objet d'amour qui nous a précipité vers une finitude irrémédiable, parfois aussi une autre façon d'éprouver le deuil dans la permanence du lien imaginaire à l'autre aimé et perdu.

Selon nous, la construction psychique du jeune médecin militaire se réalise sur un mode ordalique dans une volonté inconsciente de se poser comme maître de son destin, selon un fonctionnement proche de l'adolescent. Pourrait-on évoquer ici une crise d'adulescence[147] qui n'est pas sans évoquer la krisis de la médecine Hippocratique ; citons ici Alain Vanier : « on attendait - principes de la méthode expectante - que le temps passant porte remède et que se décide le destin du sujet entre la vie et la mort »[148]. [Vanier, 2014] Le temps qui passe serait-il la seule aide possible pour ces jeunes gens ?

Au contraire, il existe selon nous des possibilités de soutien aux étudiants tout au long de leurs études, permettant de diminuer concrètement la charge psychologique : la formation aux soins peut être un lieu de pouvoir, de puissance, voire de maltraitance mais le système militaire - même s'il évolue comme un miroir de la société en épousant globalement ses évolutions - garde des valeurs fondamentales comme l'entraide, la cohésion, la solidarité, la connaissance au sein du groupe, l'esprit de corps et possède des atouts indéniables pour aider ses étudiants en médecine . Les chefs militaires assimilés à des « figures paternelles » aux côtés de la « mère patrie » et des « frères d'armes » confèrent à l'institution un caractère protecteur qu'il conviendrait de renforcer. Il semble aussi nécessaire de réaffirmer constamment les valeurs de bienveillance, d'empathie, de considération, de reconnaissance et dé-stigmatiser la souffrance des soignants qui reste malgré quelques évolutions un sujet tabou, indicible, honteux. Comment faire preuve d'empathie dans des situations parfois très tendues et difficiles ? Comment comprendre l'expérience vécue par son jeune collègue en souffrance ? Comment lui communiquer sa compassion pour ensuite agir utilement pour lui ? Ceci n'est pas inné, exige des savoirs, un apprentissage et un savoir-faire : Il faudrait par exemple former dans de petits groupes de paroles institués, non seulement les étudiants en médecine, mais aussi les séniors aux dimensions de l'empathie, aux problématiques de l'épuisement professionnel, de la mort des patients, autant de champs encore insuffisamment abordés au cours de la formation médicale. Le praticien entretient une relation intersubjective avec ses pairs formateurs mais aussi et surtout avec l'objet de sa réflexion. Ceci confère d'ailleurs à la médecine une place à part dans le champ des sciences. La médecine

[147]Anatrella, T. (2003). Les « adulescents ». Études, tome 399,(7), 37-47. http://www.cairn.info/revue-etudes-2003-7-page-37

[148] **VANIER A .**, « Le deuxième temps de l'adolescence. », *Insistance* 1/2014 (n° 11), p. 61-72

n'est pas sans malade. Chacun n'existe en effet dans sa position de sujet, que par rapport à l'autre: il n'y a de médecin et de malade que parce qu'il y a une intersubjectivité, uniquement parce que l'un assigne sa place à l'autre.

Comme nous le rappellent les philosophes de l'inter subjectivité la relation à autrui est fondamentale. Aucune connaissance, pas même la connaissance de soi, ne se développe indépendamment du rapport à autrui. L'étudiant en médecine militaire ou non, dans la relation avec son patient, avec ses collègues, et avec ses professeurs ou formateurs, peut donc développer sa pensée. Ainsi la reconnaissance de soi passe par la reconnaissance de l'autre, donc par l'altérité. Pour chaque conscience, la conscience de soi n'est conscience de soi que parce qu'elle accepte d'être conscience de soi pour une autre conscience de soi, dans une véritable réciprocité. Ainsi le sujet ne se pose comme conscience que dans l'expérience de la qualité d'une autre conscience, le sujet se saisit comme l'autre d'un autre sujet. Dès lors, l'éducation et la formation au soin se présente comme une tentative de reconnaissance de l'autre, comme la condition nécessaire à la construction de sa propre subjectivité, comme un ensemble de techniques visant l'acquisition de pratiques propres à la réception et au soin de soi et de l'autre. Citons Alexandre Klein : « L'éducation au soin permet la constitution du sujet, la subjectivation de l'individu dans la position de soignant ou de soigné, de professeur à élève, par la prise de conscience du rapport essentiel à l'altérité qui nous constitue comme sujet. Elle révèle que toute subjectivité est essentiellement intersubjectivité » [Klein, 2007] *C'est aussi le destin de l'Homme qui se pose pour ces jeunes médecins militaires, à travers la question du sens de la vie, de la sagesse et du salut, mais aussi d'autres interrogations sur l'être, la vérité, la justice ; comment aller bien, comment être heureux dans un monde qui va mal ? Comment trouver le sens de son existence ? L'histoire de la pensée philosophique nous donne encore quelques pistes de réflexion, qu'on pourrait proposer dans la formation des étudiants à travers de l'étude de* textes fondamentaux, ou lors de séminaires interdisciplinaires. Dès l'antiquité grecque, les discours des grands penseurs de la tradition philosophique grecque en filigrane des grands récits mythologiques- ont apporté une première réponse à cette question du sens de la vie. Celle -ci repose sur l'idée princeps que le monde est construit selon un ordre parfaitement harmonieux, un ordre « cosmique » où chacun aurait sa place assignée, tout comme chaque organe trouve sa place au sein du corps humain. Il suffirait selon cette conception de s'accorder avec l'harmonie universelle, en passant d'abord par la connaissance du monde dans lequel nous vivons. L'être humain ne serait qu'un simple fragment d'éternité et la mort une part insignifiante de l'existence humaine ; il s'agirait donc d'une mise en harmonie de soi avec l'harmonie cosmique ; certains aspects de la réponse antique peuvent garder une part de résonnance dans la modernité ; ce modèle du salut a été supplanté au fil des siècles par le message chrétien apportant aux croyants une forme de salut différente, assumant l'idée d'une résurrection des individus et des personnes singulières et promettant de retrouver les êtres aimés après leur mort dans le « royaume éternel ». Puis l'humanisme moderne, valorisant les connaissances, la culture et l'éducation, a proposé de mettre en harmonie l'humanité avec elle-même à travers notamment la pensée élargie décrite par Kant[149] . Cette conception de l'homme moderne justifiait aussi le sens de la vie par la contribution à

[149] Kant, anthropologie du point de vue pragmatique, 1797, Vrin, p.71, traduction : M. Foucault « En ce qui concerne la seconde maxime de la pensée nous sommes bien habitués par ailleurs à appeler étroit d'esprit (borné, le contraire d'élargi) celui dont les talents ne suffisent pas à un usage important (particulièrement à celui qui demande une grande force d'application). Il n'est pas en ceci question des facultés de la connaissance, mais de la manière de penser et de faire de la pensée un usage final; et si petit selon l'extension et le degré que soit le champ couvert par les dons naturels de l'homme, c'est là ce qui montre cependant un homme d'esprit ouvert que de pouvoir s'élever au-dessus des conditions subjectives du jugement, en lesquelles tant d'autres se cramponnent, et de pouvoir réfléchir sur son propre jugement à partir d'un point de vue universel (qu'il ne peut déterminer qu'en se plaçant au point de vue d'autrui). […] »

l'histoire et à un avenir meilleur pour les êtres humains. Parmi ces jeunes brillants médecins se trouveront peut-être les savants reconnus qui auront apporté par leur travail, leur volonté, leur courage et leur abnégation une amélioration du destin de l'humanité. En somme, l'humanisme s'apparente aussi à une doctrine du salut : en participant à l'histoire médicale et militaire, en apportant une contribution scientifique au progrès de l'humanité à travers l'exercice de la médecine et la recherche, l'homme acquiert une dimension d'éternité. Les philosophes de la déconstruction proposeront une autre réponse, celle de l'harmonie du soi avec soi, impliquant le démantèlement des grands idéaux portés par la religion, la métaphysique et autres idéologies progressistes qui avaient soumis l'homme à des valeurs supérieures idéales ; Nietzsche en particulier considérait dans ces grands idéaux en apparence laïque une forme de religion qui justifierait le sacrifice et condamnerait ceux qui refusent de s'y soumettre en s'imposant comme une seule légitimité pour l'existence humaine, comme une vérité supérieure à la vie. Selon Nietzsche[150], tout idéal transcendant, toute croyance à des valeurs supérieures même si elle repose sur un fondement de progrès, peut-être une négation de la vie, dont la valeur la plus profonde est fondamentalement son intensité, dans laquelle l'humain peut se réconcilier avec soi-même. Cette approche nietzschéenne mériterait aussi selon nous d'être travaillée et discutée avec les étudiants en médecine militaires, élargie à celle des autres philosophes de la déconstruction et d'autres grands textes philosophiques, car c'est elle qui a permis d'affranchir l'humain de nombreuses illusions métaphysiques et de le libérer pour lui donner davantage d'autonomie et de liberté afin d'inventer son destin et décider de la vie qui lui convient.

Au-delà de ces réflexions philosophiques qui ouvrent l'étudiant à d'autres champs de réflexion , Il faut prendre « soin » de nos étudiants en médecine (militaires), leur témoigner « re-connaissance » et valorisation pour le travail accompli et les préparer à leurs dangereuses missions ; là encore la terminologie anglaise exprime le soin par deux mots, « cure » et « care » qui peuvent l'un et l'autre être traduit en français par le mot « soins », alors que ces deux termes renvoient à des pratiques médicales dont les fondements et les objectifs sont différents et complémentaires. Alors que le « cure » correspond à l'acte thérapeutique, le soin curatif qui vise à lutter contre la maladie, à contribuer à la guérison, le « Care » désigne le « prendre soin « ou l'attention portée à autrui, à son bien-être, à ses besoins fondamentaux. Le développement d'une théorisation du Care fait depuis quelques années l'objet d'un intérêt renouvelé en philosophie morale et politique, en sciences sociales mais aussi dans le champ médical, s'articulant avec la conception des soins de l'organisation, de l'évaluation et de l'enseignement de la médecine [Pachoud, 2010]. Pour les étudiants en médecine militaires ou civils, nous proposons de développer et privilégier le « care », l' instaurer et le valoriser comme valeur princeps afin de mettre en place un cercle vertueux qui permettra aux étudiants de devenir à leur tour les praticiens seniors attentifs à la fois à leurs patients mais aussi à leurs jeunes collègues en formation et parfois en difficulté. Les techniques de psychoéducation, dont l'intérêt n'est plus à démontrer, pourraient permettre grâce à une approche intégrative alliant démarche pédagogique, psychologique et comportementale de soutenir ces étudiants, tout en les considérants comme des acteurs à part entière de leur parcours de formation, devenant des « pairs-experts » ou « aidants ». Ces différentes techniques devraient de la même manière être évaluées et validées en recherche pour les adapter aux étudiants en médecine et au contexte militaire. [Hogarty et Al ,1991] Dans ce sens, il faudrait établir un « diagnostic éducatif », valider un programme de formation et évaluer les compétences acquises et l'amélioration du bien-être et de la santé des étudiants.

C'est en réalité un nécessaire changement de paradigme dans le soin apporté aux soignants, qui prend forme actuellement en Europe, très récemment en France, plus d'une quinzaine d'années après les pays

[150] Nietzsche (1888), Crépuscule des idoles (Profil formation), Hatier, 1983

d'Amérique du nord[151]. L'enjeu est à la fois sanitaire, prendre soin des soignants pour qu'ils prennent mieux soin de leurs patients, mais aussi c'est un enjeu politique, une reconnaissance sociétale aux praticiens afin de leur assurer les conditions d'une vie décente. En cela les théories du Care sont utiles et nécessaires car elles ont su repérer que le Care est indispensable à tous, du fait de la vulnérabilité et de la finitude irrémédiable de la condition humaine. [Slote M. 2007] L'approche et la dimension par le Care a cependant ses limites car elle ne considère pas suffisamment les conditions par lesquelles le sujet est capable de prendre soin de soi-même, d'assurer pour soi-même le Care [Worms, 2010]

Cette autonomie du soin pour soi-même renvoie à l'histoire du sujet, à la qualité ou aux carences dont il a fait l'objet. C'est alors que la thérapie psychanalytique peut permettre de comprendre l'origine et les éventuels défauts dans l'acquisition du prendre soin de soi mais aussi les désirs inconscients du sujet : Tout commence avec le désir [Israël, 2007] et nous l'avons vu, certains concepts psychanalytiques nous semblent éclairer plus largement la subjectivation, la formation et la pratique contemporaine des étudiants en médecine militaires. Face à l'irréductible du corps, face à l'excès (l'idéal de l'excellence médicale et militaire) prôné dans le discours social et articulé à la question de la pulsion et de la jouissance, la psychanalyse peut jouer un rôle dans la compréhension des problématiques psychiques de certains parmi ces étudiants pris dans les mailles du discours contemporain. [Foucault, 1976] Il nous a fallu d'abord penser pour nous même une position d'analyste - médecin des armées - à la fois pris dans les normes d'une époque et d'un contexte, simultanément capable de produire une pensée qui déconstruit ces normes. Quelles seraient les possibilités de la pratique analytique dans le discours contemporain normé de l'excellence médico-militaire ? Il s'agissait de ne pas prendre le risque d'une position qui aurait pu tendre à normaliser les corps et les comportements, mais en même temps tenter de faire entendre à l'institution médico militaire, ce qui la normalise, ceci afin de mobiliser les ressources en prévention primordiale d'une modification des déterminants sous- jacents aux problématiques identifiées.

Dans le séminaire « l'envers de la psychanalyse », Lacan insiste sur ce point et écrit: « le discours de l'analyste doit se trouver à l'opposé de toute volonté au moins avouée de maîtriser. Mais il est facile de déraper du côté de la maîtrise ». La position de l'analyste doit être cause de désir, « objet a », sans cesse dans le « dynamisme du travail de la vérité » avec sa part conflictuelle et dialectique. Lacan se pose alors la question de savoir à quoi servirait une forme de savoir qui rejette et exclut le dynamisme de la vérité : Le discours de l'analyste devrait déployer et rendre lisible ce qui est comprimé dans le discours du maître. « d'où vient le discours que je tiens et qui me tiens ?», l'analyste étant sujet supposé savoir sur le transfert (avec l'analysant et avec la théorie, c'est à dire son propre savoir) mais rien d'autre, autrement dit placé dans une position de pouvoir qu'il n'exerce pas et qu'il sait qu'il ne l'exerce pas. C'est précisément de ce non exercice de pouvoir que procéderait l'exercice analytique. Si on considère qu'une pratique est liée à une expérience singulière et une théorie est liée à un discours constitué en savoir, c'est toute la difficulté de penser cette articulation entre discours constitué et expérience singulière. Il faut donc penser cette tension entre l'expérience analytique (qui engage le sujet dans son rapport à l'autre) et le dispositif qui permet cette entreprise singulière. D'une certaine manière la réflexion sur les tensions entre expérience, discours, exercice et dispositif représentent des moments clés dans le questionnement sur la place de la psychanalyse dans la médecine contemporaine. La psychanalyse trouverait à cet endroit précis sa place dans le discours contemporain face à l'afflux des techniques modernes, aux dispositifs de pouvoir et de savoir qui peuvent imposer au sujet une sorte de dispositif normalisant. Lacan[152] nous indique une forme de direction pour la psychanalyse : « Qu'y renonce donc plutôt celui qui ne peut rejoindre à son horizon la subjectivité de son époque car comment pourrait-il faire de son être l'axe de tant de vies celui qui ne saurait rien de la

[151] Congrès de l'Association Européenne pour la Santé des Soignants à Paris les 24 & 25 avril 2017

[152] Les Écrits : fonction et champs de la parole et du langage en psychanalyse p. 321

dialectique qui l'engage avec ces vies dans un mouvement symbolique ». Dès 1966, dans une conférence visionnaire prononcée à la Salpetrière, qui à l'époque n'avait pas forcément été comprise par un large public, Lacan apportait d'autres éléments fondamentaux et visionnaires d'une compréhension de la place du médecin dans la modernité. Ce dernier, confronté aux problèmes de la vie et de la mort, du désir de vie et du désir de mort, aussi à la remise en cause rapide de sa fonction, de son prestige, de son autorité, parallèle à sa mise à disposition face à la technologie, devient « le servant d'un monde scientifique, nanti de pouvoirs nouveaux d'investigation et de recherche ». Lacan démontre pas à pas tout au long de cette conférence comment la psychanalyse permet de décrypter la demande du malade et au médecin de garder sa « place » : « C'est dans le registre du mode de réponse à la demande du malade qu'est la chance de survie de la position proprement médicale [….][153] » et serait donc une possibilité pour le médecin de « survivre » quelle est donc cette demande qui pourrait être comprise par le jeune médecin en formation ? Le malade envoyé au médecin n'attend pas purement et simplement la guérison : nous citons Lacan : »[le malade] met le médecin à l'épreuve de le sortir de sa condition de malade, ce qui est tout à fait différent, car ceci peut impliquer qu'il est tout à fait attaché à l'idée de la conserver. Il va parfois nous demander de l'authentifier comme malade, dans bien d'autres cas il vient de la façon la plus manifeste, nous demander de le préserver dans sa maladie, de le traiter de la façon qui lui convient à lui, celle qui lui permettra de continuer d'être malade bien installé dans sa maladie. » C'est toute la signification de la demande, que peut mettre en lumière la psychanalyse et qui s'articule en particulier à la fonction médicale, à travers la « faille qui existe entre la demande et le désir ». Une autre faille est soulignée par Lacan, « épistémo-somatique » , c'est-à-dire l'exclusion dans le savoir sur le corps médicalisé de toute dimension de jouissance, qui rejoint aussi la dimension de l'autre, de l'altérité : nous citons Lacan : « ce corps n'est pas simplement caractérisé par la dimension de l'étendue : un corps est quelque chose qui est fait pour jouir, jouir de soi-même.[…] car la science n'est pas incapable de savoir ce qu'elle peut, mais elle, plus que le sujet qu'elle engendre, ne peut savoir ce qu'elle veut. » Grâce à ces deux repères, premièrement la demande du malade, deuxièmement la jouissance du corps, le jeune médecin en formation pourrait donc prendre sa place face à l'emprise de la science. C'est ici que le langage reflète l'inconscient parce qu'il y a un désir, « c'est-à-dire du langage qui échappe au sujet dans sa structure et ses effets, et il y a toujours au niveau du langage quelque chose qui est au-delà de la conscience, et c'est là que se situe la fonction du désir »[154]. Lacan nous permet ainsi de comprendre à travers la topologie du sujet une définition du désir comme point de compromis fantasmatique, imaginaire, en quelque sorte une barrière permettant de reculer le plaisir et la jouissance. Même s'il existe d'évidents obstacles pour un tel enseignement aux étudiants en médecine et la place de la psychanalyse dans la médecine reste marginale, « extra-territoriale », parfois décriée au profit de thérapies essentiellement comportementales, validées sur le plan scientifique, ce serait donc tout l'enjeu pour les jeunes médecins en formation de tenter de comprendre la demande du malade et le rapport à la jouissance du corps : « si le médecin doit rester quelque chose, qui ne saurait être l'héritage de son antique fonction qui était une fonction sacrée, [serait-ce] à poursuivre et à maintenir dans sa vie propre la découverte de Freud ? »

[153] Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpetrière : Cahiers du collège de Médecine 1966, pp. 761 à 774.
[154] ibid

10 Bibliographie

Abdulghani, H., Al-Drees , A., Khalil, M., Ahmad, F., Ponnamperuma, G., & Amin, Z. (2014, April). What factors determine academic achievement in high achieving undergraduate medical students? A qualitative study. *Med Teach*(36 Suppl), 1:S43-8.

Adlaf E.M., Lalomiteanu A. (2002). CAMH Monitor eReport: addiction and mental health indicators among Ontario adults in 2001 and changes since 1977 . *Centre for Addiction and Mental Health , Research Document Series*(No. 12).

Adlaf, E., Demers, A., & Gliksman, L. (2005). Consommation excessive d'alcool et niveau élevé de stress parmi les étudiants universitaires - Enquête sur les campus canadiens. *CAMH, editor. Enquête sur les campus canadiens*.

Adler, A., Adrian, A., Hemphill, M., Scaro, N., Sipos, M., & Thomas, J. (2017). Professional Stress and Burnout in U.S. Military Medical Personnel Deployed to Afghanistan. *Mil Med, 182*(3), 1669-1676.

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *journal of nursing studies, 52*(2), 649-61.

Alarcon, G. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior, 79*(2), Journal of Vocational Behavior.

Alarcon, G., Eschleman, K., & Bowling, N. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress, 23*(3), 244-63.

Alleon, A.-M., & Morvan, O. M. (1994). *Idées de suicide, dépression,dépressivité, Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte.* (PUF, Éd.) Paris.

Amar, S. (2009). *Psychanalyse et soins palliatifs. Le statut de l'angoisse de mort à l'épreuve des cliniques de la péri-mortalité .* Thèse de doctorat en psychopathologie fondamentale et psychanalyse, Université Paris 7 – Denis-Diderot.

Amar, S. (2009). Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs. *Le Journal des psychologues*(266), 35-38.

Amar, S. (2012, 06). L'hôpital moderne au risque du sujet... de la naissance à la mort. *Bulletin de psychologie*(522), 533-541.

Amarasurya, S., Jorm, A., & Reavley, N. (2015, sep 29). Perceptions and intentions relating to seeking help for depression among medical undergraduates in Sri Lanka: a cross-sectional comparison with non-medical undergraduates. *BMC Med Educ, 15*(1), 162.

Arnetz, B., Horte, L., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., & Malker, H. (1987). Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatr Scand*(75), 139-143.

Auslender, V. (2015). *Les violences faites aux femmes : enquête nationale auprès des étudiants en médecine .* Thèse d'exercice Médecine générale , Paris 6 .

Bacchi, S., & Licinio, J. (2015, novembre). Qualitative Literature Review of the Prevalence of Depression in Medical Students Compared to Students in Non-medical Degrees. *Acad Psychiatry*.

Bacqué, M. F. (2013). *La médecine face à la mort : alliance ou combat .* Le Bouscat: l'Esprit du temps.

Bailly, D., Lesueur, M., Boniface, M., & Parquet, P. (1992). Comportements boulimiques chez les étudiants français : une fréquence peu élevée ? . *Ann Psychiatr* (150), 59-64.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control .* New York : W. H. Freeman & Co, Publishers.

Barbarin, B., & Goronflot, L. (2012). Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exercer*(101), 72-8.

Batson, C. D. (1989). Personal values, moral principles, and a three-path model of prosocial motivation. Dans N. Eisenberg, J. Reykowski, & E. Staub, *Social and moral values : Individual and societal perspectives* (pp. 213-228). Hillsdale: NJ : Lawrence Erlbaum Associates.

Batson, C. D. (1998). Altruism and prosocial behavior. Dans D. Gilbert, S. Fiske, & G. G. Lindzey, *The handbook of social psychology* (Vol. 2, pp. 282-315). New York: McGraw-Hill.

Batson, C. D., & Shaw, L. L. (1991). Evidence for altruism : Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological Inquiry*(2), 107-122.

Batson, C. D., Eklund, J. H., Chermok, V. L., Hoyt, J. L., & Ortiz, B. G. (2007). An additional antecedent of empathic concern : Valuing the welfare of the person in need. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*, 65-74.

Batson, C. D., Turk, C. L., Shaw, L. L., & Klein, T. R. (1995). Information function of empathic emotion : Learning that we value the other's welfare. *. Journal of Personality and Social Psychology, 68*, 300-313.

Benhamou, O. (2009). *Comment peut-on encore être médecin? Enquête sur le désarroi des soignants .* Paris: Fayard.

Benner, P. (1996). Réflexion sur le sens de l'acte médical en mission extérieure. *Médecine et armées, 24*(5), 403-406.

Benton , S., Robertson, J., Wen-Chih, T., Newton, F., & Benton, S. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Prof Psychol Res Pract , 34*, 66-72 .

Beres, D. (1968). The role of empathy in psychotherapy and psychoanalysis . *J. Hillside Hospital XVII*, 362-369.

Berger, F., & Lemouzy-Sauret, B. (2008). Clinique du sujet et du lien social contemporain . *Cliniques méditerranéennes, 2*(78), 83-98.

Bertrand, M., & Bourdellon, G. (2009). L'identification à l'agresseur : argument. *Revue française de psychanalyse , 73*(1), 5-10.

Bessy, J. (2017). *Servitudes et souffrances militaires dans les armées françaises au XX1ème siècle .* Paris: L'Harmattan.

Bion, W. (1962). *Aux sources de l'expérience* (éd. 1979). Paris: PUF.

Biotti-Mache, F. (2010). Se préparer à sa mort. *Études sur la mort , 2*(138), 107-124 .

Blanchard, P., Truchot, D., Albiges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., & Rodrigues, M. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer Oxf Engl, 46*(15), 2708-15.

Bleandonu, G., & Revol, O. (2006). Approche psychopathologique et psychanalytique des enfants surdoués. *EMC-Psychiatrie, 1*(6), article 37-200-A-20.

Bloch, A. L. (2009). *Médecine technique, médecine tragique. Le tragique, sens et destin de la médecine moderne.* Paris: Seli Arslan .

Bloy, G. (2011, février). Jeunes diplômés de médecine générale :devenir médecin généraliste... ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010) . *Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES*(104).

Bonnet, F., Beaujouan, L., Chandon, M., & Pourriat, J. (2002). Conduites addictives chez le médecin anesthésiste. Dans e. Sfar (Éd.), *44è Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Conférences d'actualisation* (pp. 25-30). Paris: Elsevier.

Boudoukha, A. H., Bonnaud-Antignac, A., Acier, D., & Chaillou, A. (2011). Anxiété et stress: impact de la préparation du concours de pharmacie: L'anxiété et les TCC: identification, compréhension et traitement. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 21*(3), 90-96.

Boujut E., & Bruchon-Schweitzer M. (2003). *Le stress et la santé chez les étudiants de première année. Une approche transactionnelle en psychologie de la santé.* Mémoire de DEA, université de Bordeaux, Bordeaux.

Boujut, E., Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., & Bourgeois, M.-L. (2009). La santé mentale chez les étudiants: suivi d'une cohorte en première année d'université . *Annales médico-psychologiques, 167*(9), 662-668.

Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte .* Paris: Puf.

Brazeau, C., Shanafelt, T., Durning, S., Massie, F., Eacker, A., & C., M. (2014). Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll, 89*(11), 1520-5.

Brini, C. (2011). Das Ding et l'Autre maternel chez Melanie Klein . *La revue lacanienne , 9*(1), 183-187.

Briole, G. (1996). l'éthique en médecine militaire . *Médecine et armées, 24*, 649-57.

Bryon-Portet, C. (2011). Stress et suicides liés au travail au sein de l'institution militaire. *Travailler, 26*, 87-110.

Campbell, D. (2010). Physician wellness and patient safety. *Ann Surg, 251*(6), 1001-2.

Campbell, J., Prochazka, A., Yamashita, T., & Gopal, R. (2010). Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: a prospective cohort study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll., 85*(10), 1630-4.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique* (éd. Gallien coll). Paris: PUF.

Caspi, A., & Al. (2010, may). Genetic sensitivity to the environment: the case of the serotonin transporter gene and. *Am J Psychiatry, 167*(5), 509-27.

Center, C., Davis, M., & Detre, T. (2003). Confronting depression and suicide in physicians. A consensus Statement. *JAMA, 18*(289,23), 3161-3166.

Cerqueira, J., & Al. (2007, Mar 14). The prefrontal cortex as a key target of the maladaptive response to stress. *J Neurosci, 27*(11), 2781-7.

Cespedes, V. (2013). *L' ambition ou l'épopée de soi.* Paris: Flammarion.

Chabrol, H., & Choquet, M. (2009). Relationship between depressive symptoms, hopelessness and suicidal ideation among 1547 high school students. *Encephale, 35*(5), 443-7.

Charmaz, K. (2005). *Constructing Grounded Theory : A Practical Guide Through Qualitative Analysis.* London: Sage.

Charon, R. (2001). The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA, 286*(15), 1897-902.

Chocard, A., & Juan, F. (2007). Suicide et tentatives de suicide chez les médecins. *La lettre du psychiatre, 3*, 10-14.

Chocard, A., Gohier, B., & Juan, F. (2003). Le suicide des médecins. Revue de la littérature. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 65*, 23-29.

Christaki, A. (2014). Trois métiers impossibles, trois métiers de résistance. *Insistance, 1*(11), 227-230 .

Church, R. M. (1959). Emotional reactions of rats to the pain of others. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 52*, 132-34.

Cieslak, R., Shoji, K., Douglas, A., Melville, E., Luszczynska, A., & Benight, C. (2014). A meta-analysis of the relationship between job burnout and secondary traumatic stress among workers with indirect exposure to trauma. *Psychological services, 11*(1), 75-86.

Clavreul, J. (1978). *L'Ordre Médical .* Paris: Seuil.

Clervoy, P. (2012). *Dix semaines à Kaboul - Chroniques d'un médecin militaire .* Paris: Steinkis.

Colas, M., & Lahutte, B. (2009). Le stress au sein de la population militaire: du stress opérationnel à l'état de stress post-traumatique . *Médecine et armées, 37*(5).

Collange, J., Tavani, J., & Soula, M. (2013). Regards croisés sur le burn-out : aspects médicaux et psychologiques . *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement., 74*, 35-43.

Conseil National des médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins. (s.d.). Récupéré sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/sante_et_jeunes_medecins.pdf

Cordier, A. (2010). La vocation médicale de l'homme : in-quiétude éthique et professions de santé. En lisant Emmanuel Levinas . *Traité de bioéthique*, 708.

Costantini , M., Spitz, E., Desprat, P., & Montier, V. (2001). Processus d'adaptation chez l'étudiant de première année, santé physique, santé psychique . Communication au 1er congrès français de psychologie de la santé .

Coupland, D. (1991). *Génération X .* New York: St Martin Press .

Crosnier, S. (2013). *Évaluation du sommeil des sous-mariniers en situation opérationnelle sur Sous-marins Nucléaires lanceurs d'Engins : intérêt des Techniques d'optimisation du Potentiel.* Thèse de Médecine, faculté de médecine , Brest.

Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students : a cross-sectionnal study. *Med Educ , 39*(6), 594-604.

Danon -Boileau, H. (1984). *Les études et l'échec .* Paris: Payot.

Dast, J., & Badoul, A. (2013). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out chez les internes de médecine générale rennais en 2012 .* thèse d'exercice, Université européenne de Bretagne;faculté de médecine, Rennes.

De Barros, V. (2013). Mental health conditions,individual characteristics and sleep disturbances among firefighters. *J Health Psychol, 18*(3), 350-8.

De Urtubey, L. (2004). Freud et l'empathie . *Revue française de psychanalyse, 68*(3), 863-875.

Decety, J. (2002). Naturaliser l'empathie. *L'Encéphale, 28*, 9-20.

Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie . *Revue de Psychiatrie, Sciences Humaines et Neurosciences, 3*, 16-24.

Decety, J., & Jackson, P. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews, 3*, 71-100.

Decety, J., & Jackson, P. (2006). A social neuroscience perspective of empathy. *Current Directions in Psychological Science, 15*, 54-58.

Decety, J., & Meyer, M. (2008). From emotion resonance to empathic understanding: A social developmental neuroscience account. *Development and Psychopathology, 20*, 1053-1080.

Degos, L. (2002). Soigner un malade et non une maladie . *Laennec, 50*, 45-51.

Delbrouck, M. (2008). *Le burn-out du soignant* (éd. Oxalis). Bruxelles: De Boeck Supérieur.

Descartes, R. (1641). *Méditations métaphysiques* (éd. 1992). Paris: Garnier Flammarion.

Deschamps, J.-F., & R, F. (2012). Existe-t-il un véritable altruisme fondé sur des valeurs personnelles? *Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 1*(93), 37-62.

Deutsch, H. (1926). *Occult processes occurring during psychoanalysis, in Psychoanalysis and the Occult* (éd. 1953). New York: Georges Devereux,International Universities Press,.

DGOS. (2016). *Rapport final du groupe de travail sur les conditions de travail des étudiants, internes et assistants .* Ministère des affaires sociales et de la santé, Paris.

Dharmawardene, M., Givens, J., Wachholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2016). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health professionals . *BMJ supportive & palliative care , 6*(2), 160-9.

Dixon, T. (2012). la science du cerveau et la religion de l'humanité: Auguste Comte et l'altruisme dans l'Angleterre victorienne. *Revue d'histoire des sciences, 2*(65), 287-316.

Douglas, K., Collins, J., Warren, C., Kann, L., Gold, R., Clayton, S., & al. (1997). Results from the 1995 National College risk behavior survey. *J Am Coll Health* (46), 55-66.

Dovero, M. (1996). *Vaincre l'anxiété aux examens et aux épreuves d'évaluation.* Gordes.

Downs, N. (2014, Octobre). Listening to depression and suicide risk in medical students : The Healer Education Assessment and Referral (HEAR) Program. *Acad Psychiatry*(38), 547-553.

Dusmesnil, H., Saliba Serre, B., Régi, J.-C., Leopold, Y., & Verger, P. (2009). Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* (21), 355-64.

Duval, C., Piolino, P., Bejanin, A., Laisney, M., Eustache, F., & Desgranges, B. (2011, Janvier). La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie, 3*, 41-51.

Dyrbye, L., Massie, F., Eacker, A., & Al. (2010). Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA, 304*(11), 1173-1180.

Dyrbye, L. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*(149), 334-41.

Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Med Educ*(50), 132-149.

Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2005). Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*(80), 1613-1622.

Dyrbye, L., Thomas, M., & Shanafelt, T. (2006, Avril). Systematic review of depression, anxiety, and others indicators of psychological distress among U.S and Canadian medical students. *Acad Med*(81), 354-373.

Dyrbye, L., Trockel, M., Frank, E., Olson, K., Linzer, M., Lemaire, J., . . . Sinsky, C. (2017, Mai). Development of a Research Agenda to Identify Evidence-Based Strategies to Improve Physician Wellness and Reduce Burnout. *Ann Intern Med., 166*(10), 743-744.

Dyrbye, L., West, C., Satele, D., Boone, S., Tan, L., Sloan, J., & Shanafelt, T. (2014, Mars). Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S.population. *Acad Med*(89), 443-51.

Enns, M., Cox, B., Sareen, J., & Freeman, P. (2001). Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. *Med Educ, 35*, 1034-1042.

Epstein, L., Thomas, C., Shaffer, J., & al. (1973). Clinical predictions of physician suicide based on medical student data. *J Nerv Ment Dis*(156), 19-29.

Ernst, M., & Jung, C. (2009). *Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens.* Thèse d'exercice: Médecine générale, Université de Strasbourg - Faculté de médecine, Strasbourg.

Estryn-Behar, M., Braudo, M., Fry, C., & Guetarni, K. (2011). Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT) . *L'information Psychiatrique*(10), 1-23.

Falissard, B. (2008). *Mesurer la subjectivité en santé: perspective méthodologique et statistique.* Paris: Masson.

Ferriman, K., Lubinski, D., & Benbow, C. (2009, Septembre). Work preferences, life values, and personal views of top math/science graduate students and the profoundly gifted: Developmental changes and gender differences during emerging adulthood and parenthood. *J Pers Soc Psychol*(97), 517-532.

Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J , 292*, 1177-1180.

Foucault, M. (1974-1975). *« Les Anormaux », Cours au Collège de France* (éd. Seuil (1999)). Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1975). *« Pouvoir et corps. » Interview de M. Foucault dans quel corps ? Dits et Écrits.* Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1978-1979). *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France* (éd. Seuil (2004)). Paris: Gallimard.

Foucault, M. (1981). Les mailles du pouvoir. *Barbárie*(4), 23-27.

Foucault, M. (1999). *« Les anormaux ». Cours au Collège de France.* Paris: Gallimard.

Frank, R., Serdula, M., & Adame, D. (1991). Weight loss and bulimic eating behavior: changing patterns within a population of young adult women. *South Med J , 84*, 457-460.

Frankfurt, H. (1988). *The importance of what we care about. Philosophical essays.* Cambridge university Press .

Freud, S. (1900). *L'Interprétation des rêves.* Paris: PUF.

Freud, S. (1905). *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient* (éd. 1988). Paris: Gallimard.

Freud, S. (1910). Un souvenir d'enfance de Léonard de Vinci. Dans *Oeuvres complètes, vol. X.* Paris: PUF.

Freud, S. (1913). *Totem et Tabou .* Paris: Payot.

Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans *La vie sexuelle.* Paris: PUF.

Freud, S. (1915). Observations sur l'amour de transfert. Dans *La technique psychanalytique.* Paris: PUF.

Freud, S. (1921). Psychologie des foules et analyse du moi. Dans *Essais de psychanalyses.* Paris: Payot.

Freud, S. (1929). *Malaise dans la civilisation .* Paris: Seuil.

Freud, S. (1933). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse.* Paris: Gallimard.

Freud, S. (1937). Analyse avec fin et analyse sans fin. Dans *Résultats, idées, problèmes, Paris.* PUF.

Freudenberger, H. (1987). *L'épuisement professionnel : la brûlure interne.* Chicoutimi: G. Morin.

Frimousse, S., Peretti, J., & Swalhi, A. (2008). La diversité des formes de performance au travail : le rôle de la justice organisationnelle. *Management & Avenir, 18*(4), 117-132.

Furr, S., Westefeld, J., McConnell, G., & Jenkins, J. (2001). Suicide and depression among college students: a decade later. *Prof Psychol Res Pract* (32), 97-100 .

Galam, E. (Juin 2007). *Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux.* Ile de France: URML.

Galam, E., Komly, V., Le Tourneur, A., & Jund, J. (2013). Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*(63(608)), 217-24.

Garlow, S. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depress Anxiety*(25(6)), 482-8.

Gautier, I. (2003, Mars). Burnout des médecins . *Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la ville de Paris*(86).

Gilligan. (1986). *une si grande différence.* (fr. A. Kwiatek, Trad.) Paris: Flammarion.

Glaser, B. (1978). *Theoretical Sensitivity.* Mill Valley: Sociology Press.

Glaser, B. (1998). *Doing Grounded Theory : Issues and Discussions.* Mill Valley: Sociology Press.

Glaser, B., Strauss, & Al. (1965). *Awareness of Dying.* Chicago: Aldine.

Glaser, B., Strauss, & Al. (1967). *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago: Aldine.

Godeau, E. (2007). *L'esprit de corps. Sexe et mort dans la formation des internes en médecine.* Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme.

Godsil, B., Kiss, J., Speeding, M., & Jay, T. (2013, octobre). the hippocampal-prefrontal pathway : the weak link in psychiatric disorders ? *Eur neuropsychopharmacol, 23*(10), 1165-8.

Goebert, D. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med, 84*(2), 236-41.

Goitein, L., & Ludmerer, K. (2013). Resident workload: let's treat the disease, not just the symptom. *JAMA Intern Med, 173*(8), 655-656.

Goldman, M., Shah, R., & Bernstein, C. (2015). Depression and suicide among physician trainees: recommendations for a national response. *JAMA Psychiatry, 72*(5), 411-412.

Gollac, M. (Paris, 2011). *Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.* Récupéré sur Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Gómez-Urquiza, J., Aneas-López, A., Fuente-Solana, E., Albendín-García, L., Díaz-Rodríguez, L., & Fuente, G. (2006). Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: A systematic review. *Oncology nursing forum*(43(3)), 104-20.

Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2005). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence.* Paris: Denoël.

Gori, R., & Del Volgo, M.-J. (2011, Avril). Chaque société a la psychopathologie qu'elle mérite. *Revue française de psychanalyse*(75), 1007-1022.

Gould, E., & Al. (1998, March). Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress. *Proc Natl Acad Sci U S A, 95*(6), 3168-71.

Gramstad, T., Gjestad, R., & Haver, B. (2013). Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med Educ*(13), 150.

Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine.* Paris: PUF.

Grenouilloux, A. (2008, Mars). Quelques apports de la phénoménologie à la clinique de la personnalité. *L'information psychiatrique, 84*, 219-223 .

Grigon, C., Gruel, L., & Bensoussan, B. (2000). Les conditions de vie des étudiants . *Cahiers de l'OVE*.

Guchet, X. (2001, Février). Théorie du lien social, technologie et philosophie : Simondon lecteur de Merleau-Ponty. *Les Études philosophiques*(n°57).

Guillemain, H. (2009). Devenir médecin au XIXème siècle . *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*(116-3), 109-123.

Guillemette, F. (2006). L'approche de la Gounded Theory ; pour innover ? . *Recherches qualitatives*(26(1)), 32-50.

Guinaud, M. (2006). *Evaluation du burnout chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés.* These d'exercice, faculté de médecine de Créteil, université Paris XII.

Haberman, S., & Luffey, D. (1998). Weighing in college students diet and exercise behaviors. *J Am Coll Health* (46), 189.

Haldorsen, H., & Al . (2014, Febuary). Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scand J Public Health*(42(1)), 89-95.

Hampton, T. (2005). Experts address risk of physician suicide. *JAMA*(294(10)), 1189-1191.

Harrison, D. (2012). Le stress pourrait déconnecter progressivement les circuits neuronaux. *Trends Neurosci*, 35:742-751.

Hart, K., & Ollendick, T. (1985). Prevalence of bulimia in working and university women. *Am J Psychiatry* (142), 851-854.

Hassed, C. (2008). The role of spirituality in medicine". *Aust Fam Physician* (37), 955–7.

Helfter, C. (2006 , Août). Décisions médicales et conflits de valeurs . *Informations sociales*(136), 63-64.

Hennebo, N. (2009). Récupéré sur Guide du bon usage de la théorisation ancrée par les étudiants en médecine: www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf

Herzog, D., Norman, D., Rigotti, N., & Pepose, M. (1986). Frequency of bulimic behaviors and associated social maladjustment in female graduate students. *J Psychiatric Res* (20), 355-361 .

Hughes, P., Brandenberg, N., Baldwin, D. J., Storr, C., Williams, K., Anthony, J., & Sheedan, P. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *JAMA*(267 (17)), 2333-2339.

IGAS. (s.d.). Récupéré sur Inspection générale des affaires sociales. Établissements de santé, risques psychosociaux des personnels médicaux : recommandations pour une meilleure prise en charge. Mise en responsabilité médicale : recommandations pour une amélioration des pratiques.: www.igas.gouv.fr/spip.php-article567

INSERM. (2005). *Suicide – Autopsie, psychologie, outil de recherche en prévention, Expertise collective INSERM.* Paris: Les éditions de l'INSERM.

Jankélévitch, V. (1994). *Penser la mort ? .* Paris : Liana Levi .

Janowitz, M. (1960). *The professional soldier, a social and political portrait.* Glencoe (Ill): The Free Press.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*(4(1)), 33-47.

Kern, S., & Al. (2008). Glucose metabolic changes in the prefrontal cortex are associated with HPA axis response to a psychosocial stressor. *Psychoneuroendocrinology, 33*(4), 517-29.

Keysers, C., Kaas, J., & Gazzola, V. (2010). Somatosensation in social perception. *Nature Reviews Neuroscience*(11), 417-428.

Khamisa, N., Peltzer, K., & Oldenburg, B. (2013). Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *International journal of environmental research and public health*(10(6)), 2214-40.

Khireddine, I., & al. (2015). La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Bull Epidémiol Hebdo*((23)), 431-8.

Kim, K., & Kee, C. (2012). Gifted students' academic performance in medical school: a study of Olympiad. *Teach Learn Med*(24(2)), 128-32.

Klein, A. (2007, Avril). On ne peut apprendre rapidement la médecine. *Le Portique, Soin et éducation (II)*.

Klein, M. (1932). *La psychanalyse des enfants .* Paris: PUF.

Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development.* San Francisco: Harper and Row.

Kohn, P., Lafreniere, K., & Gurevich, M. (1990). The inventory of college student's recent life experiences: a decontaminated hassles scale for a special population. *J Behav Med* (13), 619-630 .

Kohut, J. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*(7), 459-483.

Kok, B., Herrell, R., Grossman, S., West, J., & Wilk, J. (2016, January 1). Prevalence of Professional Burnout Among Military Mental Health Service Providers. *Psychiatr Serv*(67 (1)), 137-40.

Kristensen, T., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessement of burnout. *Work Stress*(19(3)), 192-207.

Kuhlmann, S., Piel, M., & Wolf, O. (2005, Mar 16). Impaired memory retrieval after psychosocial stress in healthy young men. *J Neurosci, 25*(11), 2977-82.

Lacan, J. (1959-1960). *Le Séminaire, livre VII, L'éthique de la psychanalyse* (éd. 1986). Paris: Le Seuil.

Lacan, J. (1966). Conférence et débat du Collège de médecine à La Salpetrière. *Cahiers du collège de Médecine*, (pp. 761-764). Paris.

Lachaud, M., Miquel, V., Rousseau, A., & Chabrol, H. (2014). Pratiques alimentaires et préoccupations corporelles chez les jeunes femmes . *J Ther Comport Cogn , 14*, 131-134.

Ladevèze, M., & G, L. (2010, Janvier). Le médecin généraliste et la mort de ses patients. *Pratiques et Organisation des Soins, 41*, 65-72.

Lafay, N., Manzanera, C., Papet, N., Marcelli, D., & Senon, J. (2003). Les états dépressifs de la post-adolescence. Résultats d'une enquête menée chez 1521 étudiants de l'université de Poitiers. *Ann .Med .Psychol, 161*, 147-151.

Lamboy, B. (2009). Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept . *Devenir, 21*, 31-60.

Lamm, C., Batson, C., & Decety, J. (2007). The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *Journal of Cognitive Neuroscience, 19*, 42-58.

Lamothe, M., Rondeau, É., Malboeuf-Hurtubise, C., Duval, M., & Sultan, S. (2016). Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary therapies in medicine, 24*, 19-28.

Lancelot, A., Costantini-Tramoni, M.-L., Tarquinio, C., & Martinet, Y. (2009, Février). Première étape de l'élaboration d'une échelle d'empathie perçue. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*(82), 25-42.

Lang, K. (1965). Military organisations . Dans M. J.G., & R. McNally (Éd.), *Handbook of organisations.* Chicago.

Laufer, L. (2006). La belle mort ou la mort du corps mort. *Figures de la psychanalyse* (13), 143-156.

Laufer, L. (2011). Biopolitique du corps féminin. À propos de…« Nullipare » de Jeanne Sautière. *Evol psychiatr*(76).

Laufer, L. (2012). Corps contemporain, corps politique ? À propos de Surveiller et jouir, anthropologie politique du sexe de Gayle Rubin. *Recherches en psychanalyse* (14), 118-126.

Laugier, S. (2007). Le care : enjeux politiques d'une éthique féministe. *Raison Publique , 6*, 26-46.

Lazarus, R. (1984). Puzzles in the study of daily hassles. *J Behav Med , 7*, 375-489.

Lazzarato, M. (2000). Du biopouvoir à la biopolitique. *Multitudes* (1), 45-57.

Le Coz, P. (2006). *Le médecin et la mort, Approches éthique et philosophique.* Paris: Vuibert.

Le Page, C., & Bensoussan, J. (juin 2010). *Les Militaires et leurs familles* . SGA /SPAC/PGT.

Le Taillendier de Gabory, T. (2015). *les médecins ont –ils encore la vocation ?* . Thèse de philosophie pratique, université Paris Est.

Lebovici, S. (1990). *Devenir adulte.* Paris: PUF.

Lecourt, D. (2004). *Dictionnaire de la pensée médicale.* Paris: PUF.

Ledoux, S., Choquet, M., & Flament, M. (1991). Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Disord , 10*, 81-89.

Lee, T., & Al. (2009). Chronic stress selectively reduces hippocampal volume in rats :a longitudinal magnetic resonance imaging study. *Neuroreport, 20*(17), 1554-8.

Lefève, C. (2012). *Devenir médecin.* Paris: PUF - Collection Questions de soin.

Lefève, C. (2015). *Les classiques du soin.* Paris: PUF.

Légeron, P. (2001). *Le stress au travail* . Paris: Odile Jacob.

Légeron, P. (2008). Le stress professionnel . *L'information psychiatrique, 84*(9), 809-820.

Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J., & Srikameswaran, S. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. *Int J Eat Disord, 5*(969-982).

Leopold, Y. (2006). *Le suicide des médecins: expression ultime du burn-out ?* CARMF 2006. Récupéré sur www.apima.org/img_bronner/Suicide_Medecins_2006.pps

Leopold, Y. (octobre 2003). *Les chiffres du suicide chez les médecins* . Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Lindeman, S., Laara, E., Hakko, H., & Lonnqvist, J. (1997). Suicides among physicians, engineers and teachers: the prevalence of reported depression, admission to hospital and contributory causes of death. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 96*, 68-71.

Lindeman, S., Laara, E., Hirvonen, J., & Lonnqvist, J. (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry, 168*, 274-278.

Lindeman, S., Laara, E., Hirvonen, J., & Lonnqvist, J. (1997). Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? *Psychol Med, 27*, 1219-1222.

LMDE. (s.d.). *4ème enquête nationale sur la santé des étudiants ». Etat de santé des étudiants en France.* Récupéré sur https://www.lmde.fr/lmde/ense-4

Louvel, K., & Fillault, T. (2008, Juin). Prémices de la permanence des soins en France . *La Revue du Praticien, 58*.

Low, K., & Gendaszek, A. (2002). Illicit use of psychostimulants among college students: a preliminary study. *Psychol Health Med , 7*, 283-287.

Luken, M., & Sammons, A. (2016). Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *The American Journal of Occupational Therapy* (70), 1-10.

Lupien, S., & McEwen, B. (1997). The acute effects of corticosteroids on cognition: integration of animal and human model studies. *Brain Res Brain Res Rev, 24*(1), 1-27.

Luxereau, C. (2001). Psychiatrie en médecine : la confusion des langues. *Champ psychosomatique, 23*(3), 157-174.

Maisonneuve, J., & Bruchon-Schweitzer, M. (1999). *Le corps et la beauté .* Paris PUF - "Que sais-je ?".

Maloudi, J. (2014). *Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes militaires de médecine générale de la promotion ECN 2011 et reliquats .* Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Marseille.

Maranda, M., Gilbert., M., St-Arnaud, L., & Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins: un appel au changement.* PUL.

Maricuţoiu, L., Sava, F., & Butta, O. (2016). The effectiveness of controlled interventions on employees'burnout: A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*(89), 1-27.

Markowitsch, H., & Al. (1998, Jan). Psychic trauma causing grossly reduced brain metabolism and cognitive deterioration. *Neuropsychologia, 36*(1), 77-82.

Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behaviour*(5), 16-22.

Maslach, C. (1982). *Burnout-The Cost of Caring.* Englewook Cliffs: Prentice Hall.

Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior, 2*, 99-113.

Maslach, C., & Leiter, M. (2014). *Burn Out. Le syndrome d'épuisement pofessionnel.* Paris: Les Arènes.

Mata, D., Ramos, M., Bansal, N., & Al. (2015, Dec 8). Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 314*(22), 2373-83.

Matheson, K., Barrett, T., Landine, J., McLuckie, A., Soh, N.-W., & Walter, G. (2016). Experiences of Psychological Distress and Sources of Stress and Support During Medical Training: a Survey of Medical Students. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry, 40*(1), 63-68.

Maurin, E. (2009). *Une sociologie des récessions.* Paris: Éditions du seuil, la république des idées.

McMillian, B., & Conner, M. (2002). Drug use and cognitions about drug use amongst students: changes over the university career . *J Youth Adolesc , 31*, 221-229.

Mehanna, Z., & Richa, S. (2006). Prévalence des troubles anxio-dépressifs chez les étudiants en médecine. Étude transversale chez les étudiants en médecine de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth . *Encéphale*(32), 976-982.

Meissner, W. (1996). Empathy in the therapeutic alliance . *Psychoanal. Inq, 16*, 39-53.

Méliani, V. (2013). Choisir l'analyse par théorisation ancrée: illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives , Hors-série - Du singulier à l'universel* (15), 435-452.

Merle-Beral, A.–M., & Rajon, A. (2009, Janvier). Figures de la soumission au soin. Le système soignants/soignés modèle de l'identification à l'agresseur. *Revue française de psychanalyse, 73*, 97-108.

Messana, B. (2000, Octobre). Rapport Armée-Nation dans la perspective de la professionnalisation. Réflexions d'un observateur candide. *Le Casoar*(159), 10.

Micheli-Rechtman, V. (2009). L'anorexique, une hystérique contemporaine . *Journal français de psychiatrie, 32*(1), 16-18.

Miller, G. (2000). *The Mating Mind: How Sexual Choice Shaped the Evolution of Human Nature.* New York: Doubleday.

Miller, K., & Cummings, G. (2009). Gifted and talented students' career aspirations and influences: a systematic review of the literature. *Int J Nurs Educ Scholarsh*(6).

Miller, N., & McGowen, R. (2000). The painful truth: Physicians are not invincible. *South Med J, 93*, 966-973.

Ministère du Travail, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, Institut national de recherche et de sécurité. (2015). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out: mieux comprendre, pour mieux agir. Paris: Ministère du travail.

Mion, G., & al . (2011). La souffrance au travail des professionnels de santé . Dans *Les conditions de travail en anesthésie* (pp. 7-15). Paris: JEPU.

Morrison, I., Lloyd, D., di Pellegrino, G., & Roberts, N. (2004). Vicarious responses to pain in anterior cingulate cortex: is empathy a multisensory issue? *Cognitive and Affective Behavioral Neuroscience, 4*, 270-278.

Moutier , C., Cornette, M., Lehrmann, J., & Al, . (2009). When residents need health care: stigma of the patient role. *Acad Psychiatry, 33*(6), 431-441.

Nasio, J. (2001). *Enseignement des sept concepts cruciaux de la psychanalyse.* Paris: Payot.

Nerdrum, P., Rustoen, T., & Ronnestad, M. (2006). Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian first year undergraduate students. *Scand J Educ Res, 50*, 95-109.

Nishizawa, Y., Kida, K., Nishizawa, K., Hashiba, S., Saito, K., & Mita, R. (2003). Perception of self-physique and eating behavior of high school students in Japan. *Psychiatr Clin Neurosci , 57*, 189-196.

Nizzi, M. (2011). *Le Propre et l'Etranger : le concept d'identité vécue en première personne.* Thèse de Philosophie, Université Pantheon-Sorbonne - Paris I.

Olié, J.-P., & Légeron, P. (2016). *Burn-out, dépression, trouble de l'adaptation, stress, travail.* Consulté le février 23, 2016, sur www.academie-medecine.fr.

Pachoud, B. (2009, Janvier). Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? *Recherches en psychanalyse*(7), 52-61.

Pachoud, B. (2010). Aspects du care et de l'éthique du care en psychiatrie. *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci., 8*, 152-157.

Pachoud, B., Leplege, A., & Plagnol, A. (2008). *Handicap psychique et réinsertion professionnelle;rapport final du séminaire interdisciplinaire.* Mire-Dress.

Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique , 23*, 147-181.

Park, K., & al . (2015, Septembre 5). The relationships between empathy, stress and social support among medical students. *Int J Med Educ, 6*, 103-108.

Pastore, D., Fisher, M., & Friedman, S. (1996). Abnormalities in weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students: correlations with self-esteem and anxiety. *J Adolesc Health , 18*, 312-319.

Paveau, M. (1999). Images de la militarité dans les chants de l'armée de terre française. Dans *Cultures et logiques militaires* (pp. 213-258).

Paysant, F. (1995, Novembre 25). Caractéristiques des tentatives de suicide chez les étudiants . *Le Concours Médical*(117), 21-27.

Perreaut-Pierre, E. (2000). La gestion mentale du stress pour la performance sportive (mental stress regulation for performances in sport). *Amphora*.

Perreaut-Pierre, E. (2012). *Technique d'optimisation du potentiel.* Paris: Inter édition.

Pessoa, L., & Adolphs, R. (2010). Emotion processing and the amygdala : from a 'low road' to 'many roads' of evaluating biological significance. *Nature Reviews Neuroscience*(11), 773-782.

Pigman, G. (1995). Freud and the history of empathy. *Int. J. Psycho-anal, 76*, 237-256.

Pittaco-Legay, M. (2009). *les internes sont-ils en burnout ?* Thèse de médecine, faculté de médecine René Descartes - Paris V.

Prinz, P., & Al . (2012). Burnout, depression and depersonnalisation—psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild, 29*(1).

Pruessner, M., & Al. (2007, May). The associations among hippocampal volume, cortisol reactivity, and memory performance in healthy young men. *Psychiatry Res, 155*(1), 1-10.

Purvanova, R., & Muros, J. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior* (77), 168-85.

Raab, K. (2014). Mindfulness, self-compassion and empathy among health car professionnals: a review of the litterature. *Health Care Chaplain, 20*(3), 95-108.

Rawls, J. (1997). *Théorie de la justice.* Paris: Le seuil « Points ».

Redinbaugh, E., Sullivan, A., Block, S., Gadmer, N., Lakoma, M., Mitchell, A., & al. (2003). Doctors' emotional reactions to recent death of a patient: cross sectional study of hospital doctors. *BMJ*(327), 185-189.

Réveillère, C., Nandrino, J., Sailly, F., Mercier, C., & Moreel, V. (2001). Étude des tracas quotidiens : liens avec la santé perçue. *Ann Med Psychol*(158), 460-465.

Richards, K., Campenni, C., & Muse-Burke, J. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: the mediating effects of self-awareness and mindfulness. *J Ment Health Counsel, 32*, 247-264.

Richardson, K., & Rothstein, H. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*(13), 69-93.

Roelandt, J. L. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en France . *L'encéphale, Suppléments 1 au N° 3*, 7-13.

Rollot, O. (2012). *La génération Y.* Paris: PUF.

Rose, K., & Rosow, I. (1973). Physicians who kill themselves. *Arch Gen Psychiatry*(29), 800-805.

Rosenberg, H., Burnett, C., Maurer, J., & al. (1993). Mortality by occupation, industry and cause of death: 12 reporting states, 1984. *Monthly Vital Statistics Report, Centers for Disease Control and Prevention, 42*, 1-64.

Rospenda, K., Halpert, J., & Richman, J. (1994). Effects of social support on medical students' performances. *Acad Med*(69), 496-500.

Ruotsalainen, J., Serra, C., Marine, A., & Verbeek, J. (2008). Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* (34), 169-78.

Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev 2015, 4*.

Sabo, B. (2011). Reflecting on the concept of compassion fatigue. *online J issues Nurs, 16*(1), 1.

Saint Anselme. (1993). *Proslogion.* (B. Pautrat, Trad.) Paris: Garnier Flammarion.

Schaufeli, W., & Greenglass, E. (2001). Introduction to special issue on burnout and health . *Psychol Health*(16(5)), 501-510.

Schaufeli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001, Sep). On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychol Health*(16 (5)), 565-582.

Schepens, F. (2013). *Les soignants et la mort .* Toulouse: Érès, Collection Clinique du travail.

Schernhammer, E. (2005). Taking their own lives-the high rate of physician suicide. *352(24)*, 2473-2476.

Schernhammer, E., & Colditz, G. (2004). Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta analysis). *Am J Psychiatry*(161), 2295-2302.

Schmit, G., Rolland, A., & Jacob, A. (s.d.). Comment devient-on un « élève suffisamment bon ? Est-ce un indice fiable d'une bonne santé mentale ? . *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 51*(6), 308-315.

Schomerus, G., & Angermeyer, M. (2008). Stigma and its impact on help-seeking for mental disorders: what do we know? *Epidemiol Psychiatr Soc, 17*(1), 31-7.

Schwenk , T., Davis, L., & Wimsatt , L. (2010). Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA, 304*(11), 1181-1190.

Schwenk, T. (2015). Resident Depression: The Tip of A Graduate Medical Education Iceberg. *JAMA, 314 (22)*, pp. 2357-2358.

Schwitzer, A., & Rodriguez, L. (2002). Understanding and responding to eating disorders among college women during the first-college year. *J First Year Exp, 14*, 41-63.

Seaward, B. (2006). *Managing stress: principles and strategies for health and wellbeing.* Massachusetts: Jones and Bartlett editions .

Sen , S., Kranzler, H., Didwania , A., & Al. (2013). Effects of the 2011 duty hour reforms on interns and their patients: a prospective longitudinal cohort study. *JAMA Intern Med, 173*(8), 657-662.

Seritan, A., Hunt, J., Shy, A., Rea, M., & Worley, L. (2012). The state of medical student wellness: a call for culture change. *Acad Psychiatr, 36*, 7-10.

Serres, M. (2006). L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pédagogie médicale*(7), 136.

Shanafelt, T. (2009). Enhancing meaning in work: a prescription for preventing physician burnout and promoting patient-centered care. *JAMA, 302*(12), 1338-1340.

Shanafelt, T., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L., Sotile, W, & Satele, D. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med, 172*(18), 1377-1385.

Shanafelt, T., Dyrbye, L., & West, C. (2017, Mar). Addressing Physician Burnout: The Way Forward. *JAMA, 317 (9)*, 901-902.

Shanafelt, T., Dyrbye, L., West, C., & Sinsky, C. (2016). Potential Impact of Burnout on the US Physician Workforce. *Mayo Clin Proc, 91*(11), 1667-1668.

Shanafelt, T., Hasan, O., Dyrbye, L., Sinsky, C., Satele, D., & Sloan, J. (2015). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc, 90*(12), 1600-1613.

Shanafelt, T., Sloan, J., & Habermann, T. (2003). The well-being of physicians. *Am J Med, 114*(6), 513-519.

Shapiro, S., Schwartz, G., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med, 21*, 581-599.

Shem, S. (1981). *Au seuil du paradis .* Paris: R. Laffont.

Siksou, J. (2010, Mars). Un moi emprisonné. Idéal du moi surmoi. *Revue française de psychanalyse, 74*, 735-745.

Simons, B., Foltz, P., Chalupa, R., Hylden, C., Dowd, T., & Johnson, A. (2016, August 1). Burnout in U.S. Military Orthopaedic Residents and Staff Physicians. *Mil Med, 181*(8), pp. 835-839.

Slonim, J., Kienhuis, M., Di Benedetto, M., & J, R. (2015). The relationships among self-care, dispositional mindfulness, and psychological distress in medical students. *Med Educ Online*(27924). doi:http://dx.doi.org/10.3402/meo.v20.27924

Slote, M. (2007). *The Ethics of Care and Empathy.* Londres - New York: Routledge.

Smith, C., Peterson, D., Degenhardt, B., & Johnson, J. (2007). Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. *Psychol Health Med, 12*, 31-39.

Sobowale, K., & al. (2014, February). Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *15*(5), 31-36.

Soler, K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., & Group, E. G. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice, 25*(4), 245-265.

Spring, L., Robillard, D., Gehlbach, L., & Simas, T. (2011, Septembre). Impact of pass/fail grading on medical students' well-being and academic outcomes. *Med Educ, 45*(9), 867-877.

Srijann, S., & al. (2013). Effects of the 2011 Duty Hour Reforms on Interns and Their Patients: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *JAMA Intern Med, 173*(8), 657-662.

Stack, S. (2004). Suicide risk among physician: a multivariate analysis. *Archives of suicide research, 8*(3), 287-292.

Stanley, I., Hom, M., Hagan, C., & Joiner, T. (2015, Novembre). Career prevalence and correlates of suicidal thoughts and behaviours among firefighters. *J Affect Disord*(187), 163-171.

Steiler, D, Denis, J., & Trousselard, M. (2011, Juillet 22-29). Developing positive emotions for the improvement of first year students' well-being International. *Congress of Positive Psychology.* Philadelphie.

Stein, D., & Meged, S. (1997). Partial eating disorders in a community sample of female adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatr , 36*, 1116.

Steppacher, R., Mausner, & JS. (1974). Suicide in male and female physicians. *JAMA, 228*, 323-328.

Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (éd. n°2). Londres: Sage.

Strenna, L., Chahraoui, K., & Vinay, A. (2009). Santé psychique chez les étudiants de première année d'école supérieure de commerce: liens avec le stress de l'orientation professionnelle, l'estime de soi et le coping. *L' Orientation scolaire et professionnelle, 38*(2), 183-204.

Stringer, M. (2009, Décembre). Famous discoveries by medical students. *ANZ J Surg, 79*(12), 901-908.

Stuber, M. (2006). Medical student and physician well-being. Dans D. Wedding, & J. Stuber (Éds.), *Behavior and Medicine* (pp. 167-174). Ashland: Hogrefe & Huber Publishers.

Svenson, L., & Campbell, R. (1992). Perceived health status and desired health information needs of university students. *Can J Public Health , 82*, 167-168.

Tchernia, J., & Bréchon, P. (Avril 2009). *La France à travers ses valeurs.* Paris: Armand Colin.

Terestchenko, M. (2004). Egoïsme ou altruisme ? *Revue du Mauss* (23), 312-333.

Thieleman, K., & Cacciatore, J. (2014). Witness to suffering: mindfulness and compassion fatigue among traumatic bereavement volunteers and professionals. *Soc Work, 59*(1), 34-41.

Tholin, S. (2008). *Les étudiants en médecine: entre accomplissement et épuisement.* Thèse de Médecine Générale, Université Claude Bernard Lyon1, Faculté de Médecine Lyon Grange Blanche.

Thompson, A. (2010). A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students. *Acad Med, 85*(10), 1635-9.

Thurin, J. (2008). Les mécanismes d'ajustement au stress . *EMC Psychiatrie*, 1-13 [Article7-400C-20].

Toffler, I., Knapp, P., & Drell, M. (1999). The « achievment by proxy » spectrum. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999*(38), 213-6.

Torre, D., Wang, N., Meoni, L., Young, J., Klag, M., & Ford, D. (2008). Suicide compared to other causes of mortality in physicians. *Suicide Life Threat Behav*(35), 146-153.

Tourneur, L., & Komly. (2011). *Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine .* Thèse de Médecine Générale, Université Joseph Fournier, Faculté de Médecine de Grenoble.

Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries. A political argument for an ethic of care.* Londres - New York: Routledge.

Trousselard, M., Dutheil, F., & al. (2014). Stress management programs in Paris' fire-fighters: a randomized controlled trial. *Medical Acupuncture, 25*(5), 367-375.

Trousselard, M., Perraut, E., & Saint-Aubin, K. (2009). Impact of positive emotions enhancement on physiological processes and psychological functioning in military pilots. Human performance enhancement for nato military operations (sciences, technology, and ethics). *Human factors & medicine panel symposium, 181*, 05-08/10.

Truchot, D. (2001). *Le Burnout des médecins libéraux de Bourgogne .* Rapport de recherche, UPMLB, Dijon.

Truchot, D. (2003). *Le burnout des médecins libéraux de Champagne-Ardennes.* Rapport de recherche, URML de Champagne-Ardenne, Département de psychologie, Reims.

Truchot, D. (2004). *Le burn out des médecins généraliste de Poitou-Charentes .* Rapport de recherche, URML Poitou-Charentes.

Tyrell, J., & Smith H. (1996). Levels of psychological distress among occupational therapy students. *Br J Educ Psychol , 59*, 365-367.

Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France. (2007). *L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives.* Paris.

Van Der Meer, J. (2005). The detection and cultivation of the scientific talent of young doctors. *Verh K Acad Geneeskd Belg, 67*(2), 67-72.

Van der Wal, R., Bucx, M., Hendriks, J., Scheffer, G.-J., & Prins, J. (2016). Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: A survey. *Eur J Anaesthesiol, 33*(3), 176-186.

Van Stegeren, A., & Al. (2007). Endogenous cortisol level interacts with noradrenergic activation in the human amygdala. *Neurobiol Learn Mem, 87*(1), 57-66.

Vandettoren, S. (2002). *Besoins d'informations en santé des étudiants. Enquête du service inter-universitaire de médecine préventive de Bordeaux.* Thèse de doctorat de médecine : santé publique , Université de Bordeaux-2.

Vanier, A. (2014). Le deuxième temps de l'adolescence. *Insistance, 1*(11), 61-72.

Vautier, V. (Septembre 2013). *Être père et militaire aujourd'hui : des enjeux identitaires complexes .* Mémoire de recherche - Master 2, EHESS.

Vock, M., Köller, O., & Nagy, G. (2013, Juin). Vocational interests of intellectually gifted and highly achieving young adults. *Br J Educ Psychol, 83*(2), 305-328.

Von Clausewitz, C. (2014). *De la guerre.* (N. Waquet, Éd.) Paris: Rivages poche, collection Petite Bibliothèque.

Walters, T., Matthews, E., & Dailey, J. (2014, Septembre 1). Burnout in Army health care providers. *Mil Med, 179*(9), 1006-1012.

Wang, J., & Al. (2005, Dec 6). Perfusion functional MRI reveal cerebral blood flow pattern under psychological stress. *Proc Natl Acad Sci U S A, 102*(49), 17804-9.

Wang, K., Fu, C., & Rice, K. (2012, Juin). Perfectionism in gifted students: moderating effects of goal orientation and contingent self-worth. *Sch Psychol Q, 27*(2), 96-108.

Webb, E., & Ashton, C. (1996, Octobre). Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet, 348*, 922-925.

Winnicott, & W., D. (1958). *La capacité d'être seul, de la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris: Payot.

Winnicott, D. (1961). *La théorie de la relation parent-nourrisson* (éd. 2011). Paris: Payot.

World Health Organization. (1994). *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders. Staff Burnout* . Genève.

Worms, F. (2010). *Le moment du soin ; à quoi tenons-nous ? .* Paris: PUF.

11 Annexes

ANNEXE 1 : LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE 261
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 264
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE A 266
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE B 274
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE C 283
ANNEXE 6 : ANALYSES BIVARIÉES POUR LES MBI – GS A 16 ITEMS 293
ANNEXE 7 : ANALYSES BIVARIÉES POUR LES MBI – HSS A 22 ITEMS 302
ANNEXE 8 : VERBATIMS DES ENTRETIENS DE RECHERCHE 314
ANNEXE 9 : CODIFICATION DONNÉES QUALITATIVES 333
ANNEXE 10 : SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DES ÉTUDES DE MEDECINE 343
ANNEXE 11 : RÉFORME DU TROISIEME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES 344
ANNEXE 12 : LES COMPÉTENES A ACQUÉRIR DANS LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE 345
ANNEXE 13 : DÉCRET N°2015-225 DU 26 FÉVRIER RELATIF AU TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES 347
ANNEXE 14 : PLAN D'UNE OBSERVATION MÉDICALE 352
ANNEXE 15 : BUREAU D'INFORMATION ET DE SUIVI PARTICULIER DES ÉLEVES (BISPE) 353

ANNEXE 1 : LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE QUANTITATIVE

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette recherche ou non.

TITRE DE LA RECHERCHE : « Devenir médecin militaire: quels enjeux psychiques et psychopathologiques ? »

Nom du Promoteur : DCSSA
Adresse du promoteur : Fort neuf de Vincennes - Cours des maréchaux - 75614 Paris cedex 12

Monsieur, Madame, Mademoiselle

Le **Médecin en chef Florence ROBIN,** *Médecin responsable de l'antenne Palaiseau (Centre médical des armées de Montlhéry-École Polytechnique),* médecin investigateur principal et l'interne des hôpitaux des armées Élisabeth LORRAIN, vous proposent de participer à l'étude intitulée :

« Devenir médecin militaire: quels enjeux psychiques et psychopathologiques? »

- **Les objectifs de l'étude**

Notre projet de recherche vise à établir un état des lieux des problèmes psychiques rencontrés au cours de votre formation médicale, notamment le risque d'épuisement professionnel possiblement augmenté par l'ajout du parcours militaire aux études médicales.
Les résultats de cette recherche permettront d'identifier des points de soutien dans l'institution militaire et de mettre éventuellement en place une consultation de soutien et d'orientation, ainsi que des groupes de paroles.

- **Méthodologie de la recherche**

- Votre participation à cette recherche, consistera à remplir un **questionnaire** comprenant environ 70 questions portant sur les éventuelles difficultés que vous pouvez rencontrer au cours de votre parcours. Il comprendra en particulier des échelles de Burn out, et d'évaluation psychique. Certains d'entre vous seront également sollicités pour participer à des entretiens de recherche réalisés dans le but de mieux comprendre les causes des difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer au cours de vos études.

- Il s'agit d'une étude multicentrique à laquelle participent l'École de santé des armées de Lyon (ESA) et l'École du Val de grâce à Paris.

- **Nombre total de personnes attendu pour participer à la recherche : 450 environ**

- **Déroulement de la recherche :**

Durée de remplissage du questionnaire : 30 minutes environ
Durée des entretiens: 1 h environ par entretien, 1 à 2 entretiens successifs espacés d'une ou deux semaines

Bien que les réponses à chacune des questions soient importantes pour la recherche, vous demeurez libre de choisir de ne pas répondre à l'une ou l'autre d'entre elles ou encore de mettre fin à votre participation à tout moment. Toutefois, pour l'enquête transversale par auto-questionnaire, puisqu'aucune donnée permettant de vous identifier (ex : nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire, les données obtenues d'un participant qui choisirait de se retirer du projet, après avoir fait parvenir son questionnaire rempli au chercheur, ne pourront être détruites, malgré son retrait. Seules les données d'entretien pourront être supprimées des analyses à la demande des participants.
En cas de problème psychique identifié, vous pourrez bénéficier, si vous le désirez, d'une prise en charge spécialisée soit au sein du service médical de l'école de santé des armées de Lyon puis éventuellement à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, soit au service de médecine du personnel de l'Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce, soit à l'hôpital d'instruction des armées Percy, ou par tout autre médecin/psychologue de votre choix.
Vous pourrez à tout moment joindre l'investigateur principal du projet.

- **les bénéfices espérés pour le participant :**

Cette étude peut permettre au participant d'identifier des troubles psychiques inconnus et de bénéficier d'une prise en charge adaptée.
Sur le plan collectif, les résultats de cette recherche devraient permettre de mettre en place ou de renforcer des dispositifs d'écoute individuelle et collectifs afin de mieux prendre en charge les éventuelles difficultés rencontrées par les étudiants en médecine militaire
Si les questions auxquelles vous répondrez provoquent chez vous certains symptômes tels que de l'anxiété, des troubles du sommeil par exemple, vous pouvez contacter à tout moment l'investigateur principal de l'étude le Docteur Florence Robin (coordonnées ci-dessous) qui définira avec vous la prise en charge la plus adaptée (rencontre en consultation, orientation vers le service médical de l'école de santé des armées de Lyon puis éventuellement à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes, soit au service de médecine du personnel de l'Hôpital d'instruction des armées du Val de Grâce à PARIS ou à l'hôpital Percy pour les internes).

Médecin en chef Florence ROBIN
École Polytechnique
Service médical
91128 PALAISEAU CEDEX
T +33 (0)1 69 33 39 01
flrobin@freesurf.fr

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.
Votre refus de participer n'aura aucune conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur les relations avec le médecin investigateur. Si vous acceptez, vous pouvez à tout moment quitter cette étude sans conséquences. Vous pouvez également sortir de l'étude si votre médecin pense que c'est mieux pour vous.
Toute nouvelle information devenant disponible au cours de l'étude et pouvant avoir des implications sur votre personne vous sera fournie par le Dr ROBIN Florence.
Conformément à la réglementation en vigueur, un contrat d'assurance a été souscrit par le Promoteur (Direction Centrale du Service de Santé des Armées)

A l'issue de la recherche, vous serez informé(e) des résultats globaux de la recherche par une information diffusée sur le site du bureau des internes et des assistants de l'École du Val de Grâce ou sur le site des externes de l'École de santé des armées de Lyon.

- **Loi informatique, fichiers et libertés :**

En application de la loi « informatique, fichiers et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée, le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente recherche a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Seules les données nécessaires à la recherche seront recueillies. Vous avez néanmoins le droit de vous opposer à ce que les données vous concernant fassent l'objet d'un traitement automatisé. Si vous acceptez, vous aurez à tout moment le droit d'accéder aux données vous concernant. Vous aurez également le droit de demander à ce que les données inexactes ou devenues inexactes soient rectifiées. Vous pourrez à tout moment exercer ces droits auprès du Dr. ROBIN…Florence (n° de téléphone : 01 69 33 39 01 ou flrobin@freesurf.fr)
Pour toutes les informations de nature médicale, ces droits pourront être exercés directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix.

Toutes les données et informations vous concernant resteront strictement confidentielles.
Les données vous concernant ne seront accessibles qu'aux personnes participant à cette recherche et aux personnes chargées par le promoteur de contrôler la qualité de l'étude ; le cas échéant elles pourront également être transmises aux autorités sanitaires habilitées. Dans tous les cas, elles seront exploitées dans les conditions garantissant leur confidentialité.

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Les détails concernant cette étude sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remise.
Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.
Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Titre de l'étude : « Devenir médecin militaire: quels enjeux psychiques et psychopathologiques? »

Nom du Promoteur : DCSSA

Adresse du promoteur : Fort neuf de Vincennes- cours des maréchaux-75614 Paris cedex 12

Je soussigné (e), M……. (*Nom complet en lettres capitales)* déclare avoir compris le but et les modalités de cette étude, qui m'ont été pleinement expliqués par le Docteur ROBIN Florence.
J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.
Des réponses ont été apportées à toutes mes questions.
J'ai disposé d'un délai de réflexion avant de prendre ma décision.

J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je demeure libre de quitter l'étude à tout moment sans que cela n'affecte la prise en charge médicale ultérieure. J'en informerai alors le Docteur ROBIN Florence.

Le fait de ne plus participer à cette recherche ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin et ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

J'ai été informé que conformément à la loi en vigueur, un contrat d'assurance a été souscrit par le promoteur de la recherche.

Toutes les données me concernant, y compris mon dossier médical, resteront confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par les personnes qui collaborent à la recherche, aux personnes chargées par le promoteur de contrôler la qualité de l'étude ainsi que par un représentant des autorités de santé.

J'accepte que les données nécessaires à la recherche soient recueillies durant ma participation à l'étude et fassent l'objet d'un traitement informatisé autorisé par la Commission Nationale Informatique et Liberté. J'ai bien été informé de la finalité du traitement (on m'a expliqué à quoi serviraient ces données) ainsi que des destinataires de ces données.
J'ai bien noté qu'en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès aux données me concernant ainsi qu'un droit de rectification. Je peux exercer ces droits à tout moment auprès du Dr. ROBIN Florence

Je donne mon consentement pour participer à cette recherche.
Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au

Dr. ROBIN FLORENCE
N° de téléphone ……01 69 33 39 01…
flrobin@freesurf.fr

Mon consentement ne décharge en rien l'investigateur et le promoteur de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

A l'issue de la recherche, je serai informé(e) des résultats globaux de cette recherche par une information diffusée sur le site du bureau des internes et des assistants de l'École du Val de Grâce ou sur le site des externes de l'École de santé des armées de Lyon.

A REMPLIR PAR L'ETUDIANT	
Nom :	Prénom :
Date : ……	
Signature de L'étudiant :	

A REMPLIR PAR L'INVESTIGATEUR	
Je soussigné Docteur…ROBIN Florence… confirme avoir pleinement expliqué au patient le but et les modalités de cette étude ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences d'un travail scientifique. N° de téléphone de l'investigateur : …..0169333901……..	
Signature de l'investigateur : MC ROBIN Florence RPPS 100044987227	Date : ……03/06/2015……..

Fait en trois exemplaires dont un sera conservé par l'investigateur, un autre remis à l'étudiant et un conservé par le promoteur.

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE A

A/0 1/_ _ _.

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ETUDIANTS de 1ère et 2ème année

Votre situation personnelle:

1. Quel est votre âge? |_|_|ans
2. Quel est votre sexe? F ☐ M ☐
3. Quelle est en chiffre votre année d'étude ? |_| année
4. Quelle est votre faculté d'appartenance? Lyon EST ☐ Lyon Sud ☐

Votre situation familiale:

5. Vous êtes ? Célibataire ☐ En couple ☐ Marié (e) ou pacsé (e) ☐ Divorcé(e) ☐
6. Avez-vous des enfants à charge ? Oui ☐ Non ☐ Si oui combien ? _____

Votre histoire personnelle:

7. Précisez pour chaque ascendant (même décédé), le dernier diplôme obtenu et la dernière profession exercée:

	Dernier diplôme obtenu	Dernière profession exercée
Père		
Mère		
Grand-père paternel		
Grand-mère paternelle		
Grand-père maternel		
Grand-mère maternelle		

8. Avez-vous vécu avant votre entrée à l'Ecole de Santé des Armées (ESA) loin de vos parents ou des personnes qui vous ont élevé ? Oui ☐ Non ☐

   Si oui, à quel âge:_____ Pendant combien de temps ?_____

Scolarité et projet professionnel:

9. Quelle mention avez-vous obtenu au Baccalauréat ?

   Sans mention ☐ Assez bien ☐ Bien ☐ Très bien ☐

10. Avez-vous sauté une ou plusieurs classes avant votre entrée à l'ESA ?

    Oui ☐ Non ☐ Si oui, précisez laquelle ou lesquelles: _____

11. Avez-vous redoublé avant votre entrée à l'ESA une ou plusieurs classes ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez laquelle ou lesquelles : _____

12. Avez-vous déjà redoublé depuis votre entrée à l'ESA ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui précisez quelle(s) année(s) d'étude: _____

13. Quelle a été votre motivation principale pour débuter une carrière en médecine (plusieurs réponses possibles)?

☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

☐ C'est une vocation

☐ Vous vouliez avoir une belle carrière et un bon salaire

☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

☐ C'est le hasard

☐ Vous ne savez pas

14. Citez une ou plusieurs de vos motivations pour passer le concours d'entrée à l'ESA:

☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

☐ Vous vouliez avant tout être militaire

☐ C'est le hasard

☐ Vous vouliez être payé(e) pendant les études de médecine

☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

☐ Vous ne savez pas

15. Si vous n'aviez pas été reçu (e) au concours d'entrée à l'ESA, auriez-vous entrepris de toute façon vos études de médecine dans le civil ? Oui ☐ Non ☐

    Si non, précisez la raison principale: _____

16. Si c'était à refaire repasseriez vous le PACES (première année commune des études de santé anciennement appelée PCEM 1) ? Oui ☐ Non ☐

17. Avez-vous déjà envisagé de quitter médecine?
    Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Je vais quitter médecine prochainement ☐

18. Avez-vous déjà envisagé de quitter le Service de Santé ?

Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐
Je vais quitter le Service de Santé prochainement ☐

19. Quel est selon vous l'avantage principal de la scolarité à l'Ecole de Santé des Armées ?

_____

20. Quel est selon vous l'inconvénient principal de la scolarité à l'Ecole de Santé des Armées ?

_____

21. Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par la faculté, au cours de l'ensemble de vos études ?

Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

22. Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par le Service de Santé au cours de l'ensemble de vos études ?

Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

23. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin. Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

1-Altruisme 2-Compétence scientifique 3-Empathie 4-Persévérance 5-Dévouement

|_|_|_|_|_|

24. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin militaire Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

1-Courage 2-Discipline 3-Dévouement 4-Disponibilité 5-Altruisme 6-Abnégation

|_|_|_|_|_|_|

25. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la maternité?

Oui ☐ Non ☐

26. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la paternité ?

Oui ☐ Non ☐

27. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la maternité ?

28. Oui ☐ Non ☐

29. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la paternité ?

    Oui ☐ Non ☐

30. Quelles seraient pour vous les craintes/ les difficultés les plus importantes par rapport à votre futur engagement en opérations extérieures ?

☐ Difficultés à quitter votre famille

☐ Problèmes éthiques en ce qui concerne les blessés au combat

☐ Peur de la mort

☐ Solitude de l'acte

☐ Ne sait pas

☐ Autre (précisez): _____

Votre mode de vie au cours des 12 derniers mois:

30. Quel est votre nombre de jours de travail que vous effectuez par semaine, week-end inclus? _____ jours

31. Quel est votre nombre de week-end de libre par mois ?_____week-end

32. Quel est en moyenne votre nombre de jours de vacances par semestre ?_____jours

33. Quelle est la durée quotidienne aller-retour en minutes de votre trajet pour vous rendre à la faculté?

    Moins de 30 minutes ☐ 30 minutes-1h ☐ 1h-2h ☐ Plus de 2h ☐

34. Trouvez-vous que vous consacrez assez de temps à votre entourage ? Oui ☐ Non ☐

35. Pratiquez-vous régulièrement un loisir? Oui ☐ Non ☐

36. Pratiquez-vous régulièrement un sport? Oui ☐ Non ☐

Si oui combien d'heures par semaine en faites-vous ? _____heures

Votre santé au cours des 12 derniers mois:

37. Avez-vous actuellement un problème de santé qui vous préoccupe?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez:_____

38. Y a-t-il des problèmes de santé dans votre entourage familial immédiat?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez:_____

39. Êtes-vous ou avez-vous été inquiet pour l'état de santé d'un proche (famille ou ami) ?

Oui ☐ Non ☐

40. Consommez-vous du tabac ? Oui ☐ Non ☐

Si oui quel est le nombre de cigarettes par jour ? |_|_| cigarettes

41. Combien de tasses de café ou de thé consommez-vous par jour à l'ESA et à la faculté ?

Moins de 2 ☐ 2 à 5 ☐ Plus de 5 ☐ 5 à 10 ☐ Plus de 10 ☐

42. Est- ce plus que lorsque vous n'êtes ni à l'ESA ni à la faculté ? Oui ☐ Non ☐

43. Veuillez noter dans le tableau suivant la fréquence de consommation des produits cités :

	Jamais	≤ 1 fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Boissons énergisantes					
Alcool					
Cannabis					
Cocaïne ou autres drogues					
Anxiolytiques ou hypnotiques					
Antidépresseurs					
Produits dopants					

44. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles du sommeil ou de l'endormissement ?

Oui ☐ Non ☐

45. Estimez-vous devoir particulièrement surveiller votre régime alimentaire ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle en est la raison principale ? _____

46. Avez-vous changé de poids de façon importante ?

Oui ☐ Non ☐

47. Pensez-vous avoir des comportements à risque pour vous-même ou pour les autres ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez dans quel cas : En voiture ☐ Expositions sexuelles à risque ☐

☐ Autre (précisez):_____

48. Concernant votre rapport aux écrans (ordinateurs, consoles, portables, tablettes, …), pour quelle(s) raison(s) les utilisez-vous?

Travail ☐ Achats en ligne ☐ Vidéos ☐ Jeux ☐ Réseaux sociaux ☐

☐ Autre (précisez):_____

49. En dehors de votre utilisation professionnelle des écrans, avez-vous déjà perdu du temps en les utilisant ?

    Oui ☐ Non ☐

50. Si vous utilisez les écrans essentiellement pour jouer, cette activité de jeu est-elle quotidienne ou presque ?

    Oui ☐ Non ☐

51. Chaque séance de jeu sur écran est-elle prolongée (supérieure ou égale à 3 heures) ?

    Oui ☐ Non ☐

52. Avez-vous observé un fléchissement de vos résultats scolaires depuis que vous jouez sur des écrans?

    Oui ☐ Non ☐

53. Le jeu vous fait-il délaisser votre propre bien-être ou celui de votre entourage?

    Oui ☐ Non ☐

54. Le jeu vous cause-t-il des problèmes de sommeil?

    Oui ☐ Non ☐

55. Avez-vous déjà envisagé l'autodestruction ou le suicide comme une conséquence de votre passion du jeu?

    Oui ☐ Non ☐

56. Avez-vous déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide ? Oui ☐ Non ☐

57. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre ou un psychologue?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez pour quel(s) motif(s): _____

    Quand était-ce ? _____

58. Si non, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui pourquoi ? _____

59. En cas de difficultés psychologiques, qui préféreriez-vous consulter ? :

☐ Votre médecin de famille

☐ Le médecin de l'école

☐ La psychologue de l'école

☐ Un médecin généraliste en ville

☐ Un médecin psychiatre en ville

☐ Un médecin psychiatre dans un HIA

☐ Un psychologue en ville

☐ Personne

60. Quelle serait la principale motivation dans votre choix :

_____

Burnout Syndrom ou Syndrome d'épuisement professionnel:
Echelle MBI (Maslach Burnout Inventory General Survey à 16 items).

Le Burnout se définit par un syndrome d'épuisement des ressources physiques et mentales.

61. Au cours des 12 derniers mois:

	Jamais	1 fois par an	Quelques fois par an	Plusieurs fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail/mes études							
Je me sens épuisé(e) à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) quand je me lève le matin et que j'ai à faire face à une autre journée de travail							
Travailler toute la journée est vraiment un effort pour moi							
Je peux solutionner efficacement les problèmes qui surviennent dans mon travail							
Je me sens vidé(e) par mon travail							
Je sens que j'apporte une contribution importante au Service de Santé des Armées							
Je suis maintenant moins intéressé(e) par mes études que je ne l'étais quand j'ai commencé							
Je suis maintenant moins enthousiaste dans mon travail que je ne l'étais quand j'ai commencé							
Selon moi je suis bon(ne) dans mon travail							
Je me sens vivifié(e) quand j'ai accompli quelque chose dans mon travail							
J'ai accompli plusieurs choses qui en valent la peine dans mon travail							
Je veux seulement faire mon travail et ne pas être dérangé(e)							
Je ne sais pas si mon travail contribue à quelque chose							
Je doute du sens de mon travail							
Dans mon travail j'ai conscience d'être productif(ve)							

Suggestions:

Pensez-vous que les mesures suivantes auraient un intérêt pour prévenir le syndrome de Burnout et / ou vous aider dans votre parcours?

62. Consultation dédiée au Burnout possible dans chaque HIA. Oui ☐ Non ☐

63. Mise en place de groupes de parole type Balint (il s'agit d'une une méthode proposant aux professionnels de se réunir pour parler de leur pratique professionnelle, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans le contexte de travail) Oui ☐ Non ☐

64. Mise en place d'un service téléphonique anonyme d'aide psychologique disponible 24h/24h?

    Oui ☐ Non ☐

65. L'attribution d'un tuteur disponible à chaque élève ?

    Oui ☐ Non ☐

66. L'évaluation du Burnout par un cours/ un module spécifique à la faculté ?

    Oui ☐ Non ☐

67. Avez-vous des suggestions ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui lesquelles ?

    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE B

B/0 1/_ _ _.

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ETUDIANTS DE 4ème année

Votre situation personnelle:

1. Quel est votre âge ? |_|_| ans
2. Quel est votre sexe ? F ☐ M ☐
3. Quelle est votre faculté d'appartenance ? Lyon EST ☐ Lyon Sud ☐

Votre situation familiale:

4. Vous êtes ? Célibataire ☐ En couple ☐ Marié (e) ou pacsé (e) ☐ Divorcé (e) ☐
5. Avez-vous des enfants à charge ? Oui ☐ Non ☐ Si oui combien ? _____

Votre histoire personnelle:

6. Précisez pour chaque ascendant (même décédé), le dernier diplôme obtenu et la dernière profession exercée:

	Dernier diplôme obtenu	Dernière profession exercée
Père		
Mère		
Grand-père paternel		
Grand-mère paternelle		
Grand-père maternel		
Grand-mère maternelle		

7. Avez-vous vécu loin de vos parents ou des personnes qui vous ont élevé avant votre entrée à l'Ecole de Santé des Armées (ESA) ? Oui ☐ Non ☐

   Si oui, à quel âge:_____ Pendant combien de temps ? _____

Scolarité et projet professionnel:

8. Quelle mention avez-vous obtenu au Baccalauréat ?

   Sans mention ☐ Assez bien ☐ Bien ☐ Très bien ☐

9. Avez-vous sauté une ou plusieurs classes avant votre entrée à l'ESA?

   Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez laquelle ou lesquelles: _____

10. Avez-vous redoublé avant votre entrée à l'ESA une ou plusieurs classes ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez laquelle ou lesquelles: _____

11. Avez-vous déjà redoublé depuis votre entrée à l'ESA?

Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez quelle(s) année(s) d'étude:_____

12. Quelle a été votre motivation principale pour débuter une carrière en médecine (plusieurs réponses possibles)?

☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

☐ C'est une vocation

☐ Vous vouliez avoir une belle carrière et un bon salaire

☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

☐ C'est le hasard

☐ Vous ne savez pas

13. Citez une ou plusieurs de vos motivations pour passer le concours d'entrée à l'ESA:

☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

☐ Vous vouliez avant tout être militaire

☐ C'est le hasard

☐ Vous vouliez être payé(e) pendant les études de médecine

☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

☐ Vous ne savez pas

14. Si vous n'aviez pas été reçu(e) au concours d'entrée à l'ESA, auriez-vous entrepris de toute façon vos études de médecine dans le civil ?

Oui ☐ Non ☐

Si non précisez la raison principale:_____

15. Si c'était à refaire repasseriez vous le PACES (première année commune des études de santé anciennement appelée PCEM 1) ? Oui ☐ Non ☐

16. Avez-vous déjà envisagé de quitter médecine?

    Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Je vais quitter médecine prochainement ☐

17. Avez-vous déjà envisagé de quitter le Service de Santé?

    Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Je vais quitter le Service de Santé prochainement ☐

18. Quel est selon vous l'avantage principal de la scolarité à l'ESA ?

    _____

19. Quel est selon vous l'inconvénient principal de la scolarité à l'ESA ?

    _____

20. Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par la faculté, au cours de l'ensemble de vos études ?

    Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

21. Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par le Service de Santé, au cours de l'ensemble de vos études ?

    Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

22. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin. Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

    1-Altruisme 2-Compétence scientifique 3-Empathie 4-Persévérance 5-Dévouement

    |_|_|_|_|_|

23. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin militaire Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

    1-Courage 2-Discipline 3-Dévouement 4-Disponibilité 5-Altruisme 6-Abnégation

    |_|_|_|_|_|_|

24. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la maternité?

    Oui ☐ Non ☐

25. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la paternité ?

    Oui ☐ Non ☐

26. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la maternité ?

    Oui ☐ Non ☐

27. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la paternité ?

    Oui ☐ Non ☐

28. Quelles seraient pour vous les craintes/les difficultés les plus importantes par rapport à votre futur engagement en opérations extérieures ?

    ☐ Difficultés à quitter votre famille

    ☐ Problèmes éthiques en ce qui concerne les blessés au combat

    ☐ Peur de la mort

    ☐ Solitude de l'acte

    ☐ Ne sait pas

    ☐ Autre: (précisez):_____

Votre mode de vie au cours des 12 derniers mois:

29. Quel est le nombre d'heures de travail que vous effectuez en stage par semaine, hors gardes et astreintes ? _____heures

30. Quel est votre nombre d'heures par semaines que vous consacrez à vos travaux universitaires ?_____heures

31. Quel est votre nombre de jours de travail effectué par semaine, week-end inclus ?
    _____ jours

32. Combien d'astreintes effectuez-vous par mois ?_____astreintes

33. Quel est votre nombre de week-end libres par mois ?_____week-end

34. Quel est en moyenne votre nombre de jours de vacances par semestre ?_____jours

35. Quel est votre nombre de gardes effectuées en moyenne par mois ?_____gardes

36. Bénéficiez-vous du repos de garde de sécurité ? Oui ☐ Non ☐ Parfois ☐

37. Quelle est la durée quotidienne aller-retour en minutes de votre trajet pour vous rendre en stage ?

    Moins de 30 minutes ☐ 30 minutes-1h ☐ 1h-2h ☐ Plus de 2h ☐

38. Trouvez-vous que vous consacrez assez de temps à votre entourage ? Oui ☐ Non ☐

39. Pratiquez-vous régulièrement un loisir ? Oui ☐ Non ☐

40. Pratiquez-vous régulièrement un sport ? Oui ☐ Non ☐

Si oui combien d'heures par semaine en faites vous ? _____heures

Votre santé au cours des 12 derniers mois:

41. Avez-vous actuellement un problème de santé qui vous préoccupe ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ?_____ _____

42. Y a-t-il des problèmes de santé dans votre entourage familial proche ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez ?_____

43. Êtes-vous ou avez-vous été inquiet pour l'état de santé d'un proche (famille ou ami) ?

Oui ☐ Non ☐

44. Consommez-vous du tabac ? Oui ☐ Non ☐

Si oui quel est votre nombre de cigarettes par jour ? |_|_| cigarettes

45. Combien de tasses de café ou de thé consommez-vous par jour en stage et à la faculté?

Moins de 2 ☐ 2 à 5 ☐ Plus de 5 ☐ 5 à 10 ☐ Plus de 10 ☐

46. Est-ce plus que lorsque vous êtes chez vous ou en permissions ? Oui ☐ Non ☐

47. Veuillez noter dans le tableau suivant la fréquence de consommation des produits cités :

	Jamais	≤ 1 fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Boissons énergisantes					
Alcool					
Cannabis					
Cocaïne ou autres drogues					
Anxiolytiques ou hypnotiques					
Antidépresseurs					
Produits dopants					

48. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles du sommeil ou de l'endormissement ?

Oui ☐ Non ☐

49. Estimez-vous devoir particulièrement surveiller votre régime alimentaire ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui, quelle en est la raison principale ?_____

50. Avez-vous changé de poids de façon importante ?

    Oui ☐ Non ☐

51. Pensez-vous avoir des comportements à risque pour vous-même ou pour les autres ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui précisez dans quel cas: En voiture ☐ Expositions sexuelles à risque ☐

☐ Autre (précisez):_____

52. Concernant votre rapport aux écrans (ordinateurs, consoles, portables, tablettes, …), pour quelle(s) raison(s) les utilisez-vous ?

    Travail ☐ Achats en ligne ☐ Vidéos ☐ Jeux ☐ Réseaux sociaux ☐

☐ Autre (précisez):_____

53. En dehors de votre utilisation professionnelle des écrans, avez-vous déjà perdu du temps en les utilisant ?

    Oui ☐ Non ☐

54. Si vous utilisez les écrans essentiellement pour jouer, cette activité de jeu est-elle quotidienne ou presque ?

    Oui ☐ Non ☐

55. Chaque séance de jeu sur écran est-elle prolongée (supérieure ou égale à 3 heures) ?

    Oui ☐ Non ☐

56. Avez-vous observé un fléchissement de vos résultats scolaires depuis que vous jouez sur des écrans ?

    Oui ☐ Non ☐

57. Le jeu vous fait-il délaisser votre propre bien-être ou celui de votre entourage ?

    Oui ☐ Non ☐

58. Le jeu vous cause-t-il des problèmes de sommeil ?

    Oui ☐ Non ☐

59. Avez-vous déjà envisagé l'autodestruction ou le suicide comme une conséquence de votre passion du jeu ?

    Oui ☐ Non ☐

60. Avez-vous déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide ?

Oui ☐ Non ☐

61. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre ou un psychologue ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez pour quel(s) motif(s) ?_____

Quand était-ce ?_____

62. Si non, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui pourquoi ?_____

63. En cas de difficultés psychologiques, qui préféreriez-vous consulter ?

☐ Votre médecin de famille

☐ Le médecin de l'école

☐ La psychologue de l'école

☐ Un médecin généraliste en ville

☐ Un médecin psychiatre en ville

☐ Un médecin psychiatre dans un HIA

☐ Un psychologue en ville

☐ Personne

64. Quelle serait la principale motivation dans votre choix :

_____

Burnout Syndrom ou Syndrome d'épuisement professionnel:

Echelle MBI (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey à 22 items).

Le Burnout se définit par un syndrome d'épuisement des ressources physiques et mentales.

65. Au cours des 12 derniers mois :

	Jamais	1 fois par an	Quelques fois par an	Plusieurs fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
Je sen que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelles comme s'ils étaient des objets							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
Je sens que je craque à cause de mon travail							
J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
Je me sens plein(e) d'énergie							
Je me sens frustré(e) par mon travail							
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
Je me sens au bout du rouleau							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Suggestions:

Pensez-vous que les mesures suivantes auraient un intérêt pour prévenir le syndrome de Burnout et/ ou vous aider dans votre parcours ?

66. Consultation dédiée au Burnout possible dans chaque HIA. Oui ☐ Non ☐

67. Mise en place de groupes de parole type Balint (il s'agit d'une une méthode proposant aux professionnels de se réunir pour parler de leur pratique professionnelle, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans le contexte de travail) Oui ☐ Non ☐

68. Mise en place d'un service téléphonique anonyme d'aide psychologique disponible 24h/24h ?

    Oui ☐ Non ☐

69. L'attribution d'un tuteur disponible à chaque élève ?

    Oui ☐ Non ☐

70. L'évaluation du Burn out par un cours/ un module spécifique à la faculté ?

    Oui ☐ Non ☐

71. Aménagement d'un planning avec des horaires de présence précis. Oui ☐ Non ☐

72. Avez-vous des suggestions ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui lesquelles:

    _____
    _____
    _____
    _____
    _____
    _____

ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE C

C/0 2/_ _ _.

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX ETUDIANTS de 8ème année

Votre situation personnelle:

1. Quel est votre âge ? |_|_|ans
2. Quel est votre sexe ? F ☐ M ☐
3. Quelle est votre école d'appartenance ? Bordeaux ☐ Lyon ☐
4. Quel est votre HIA de rattachement ?

   Bégin ☐ Perçy ☐ Val de Grâce ☐ Legouest ☐ Clermont Tonnerre ☐

   Desgenettes ☐ Robert Picqué ☐ Saint Anne ☐ Laveran ☐
5. Quelle est votre spécialité ?

   Médecine Générale ☐ Spécialité Médicale ☐ Spécialité Chirurgicale ☐

   Précisez votre spécialité : _____

Votre situation familiale:

6. Vous êtes ? Célibataire ☐ En couple ☐ Marié (e) ou pacsé(e) ☐ Divorcé (e) ☐
7. Avez-vous des enfants à charge ? Oui ☐ Non ☐ Si oui combien ?_____

Votre histoire personnelle:

8. Précisez pour chaque ascendant (même décédé), le dernier diplôme obtenu et la dernière profession exercée:

	Dernier diplôme obtenu	Dernière profession exercée
Père		
Mère		
Grand-père paternel		
Grand-mère paternelle		
Grand-père maternel		
Grand-mère maternelle		

9. Avez-vous vécu loin de vos parents ou des personnes qui vous ont élevé, avant votre entrée à l'Ecole de Santé des Armées (ESA)?

   Oui ☐ Non ☐

   Si oui, à quel âge:_____ Pendant combien de temps ?_____

Scolarité et projet professionnel:

10. Quelle mention avez-vous obtenu au Baccalauréat?

    Sans mention ☐ Assez bien ☐ Bien ☐ Très bien ☐

11. Avez-vous sauté une ou plusieurs classes avant votre entrée à l'ESA ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez laquelle ou lesquelles : _____

12. Avez-vous redoublé avant votre entrée à l'ESA une ou plusieurs classes ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez laquelle ou lesquelles : _____

13. Avez-vous déjà redoublé depuis votre entrée à l'ESA ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui précisez quelle(s) année(s) d'étude : _____

14. Quelle a été votre motivation principale pour débuter une carrière en médecine (plusieurs réponses possibles) ?

    ☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

    ☐ C'est une vocation

    ☐ Vous vouliez avoir une belle carrière et un bon salaire

    ☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

    ☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

    ☐ C'est le hasard

    ☐ Vous ne savez pas

15. Citez une ou plusieurs de vos motivations pour passer le concours d'entrée à l'ESA:

    ☐ Vous avez rencontré une personne qui vous a servi de modèle

    ☐ Vous vouliez avant tout être militaire

    ☐ C'est le hasard

    ☐ Vous vouliez être payé(e) pendant les études de médecine

    ☐ Vous vouliez vous éloigner de problèmes familiaux

    ☐ Vous vouliez comprendre la maladie de quelqu'un de votre entourage proche

    ☐ Vous ne savez pas

16. Si vous n'aviez pas été reçu(e) au concours d'entrée à l'ESA, auriez-vous entrepris de toute façon vos études de médecine dans le civil ? Oui ☐ Non ☐

    Si non, précisez la raison principale : _____

17. Si c'était à refaire, repasseriez vous le PACES (première année commune des études de santé anciennement appelée PCEM 1)? Oui ☐ Non ☐

18. Avez-vous déjà pensé à utiliser votre droit au remord pour changer de spécialité ?

    Oui ☐ Non ☐

19. Si oui avez-vous finalement changé de spécialité ? Oui ☐ Non ☐

20. Avez-vous envisagé de changer de spécialité en repassant l'ECN ? Oui ☐ Non ☐

21. Si oui avez-vous finalement repassé le concours ? Oui ☐ Non ☐

22. Avez-vous déjà envisagé de quitter médecine ?

    Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Je vais quitter médecine prochainement ☐

23. Avez-vous déjà envisagé de quitter le Service de Santé ?

    Jamais ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Je vais quitter le Service de Santé prochainement ☐

24. Quel est selon vous l'avantage principal de la scolarité à l'ESA ?

    _____

25. Quel est selon vous l'inconvénient principal de la scolarité à l'ESA ?

    _____

26. Estimez-vous être correctement accompagné(e)dans votre parcours de formation par la faculté au cours de l'ensemble de vos études ?

    Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

27. Estimez-vous être correctement accompagné (e) dans votre parcours de formation par le Service de Santé au cours de l'ensemble de vos études ?

    Tout à fait d'accord ☐ Plutôt d'accord ☐ Pas d'accord du tout ☐

28. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin. Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

    1-Altruisme 2-Compétence scientifique 3-Empathie 4-Persévérance 5-Dévouement

    |_|_|_|_|_|

29. Choisissez la ou les compétences qui vous semblent nécessaires pour être médecin militaire Classez les dans les cases suivantes par ordre d'importance. (numéro de la compétence la plus importante à mettre dans la première case puis moins importante dans la deuxième case et ainsi de suite.) Si des compétences ne vous paraissent pas utiles, ne les mettez pas.

    1-Courage 2-Discipline 3-Dévouement 4-Disponibilité 5-Altruisme 6-Abnégation

    |_|_|_|_|_|_|

30. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la maternité ?

    Oui ☐ Non ☐

31. Pensez-vous que les études médicales sont un obstacle à la paternité ?

    Oui ☐ Non ☐

32. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la maternité ?

    Oui ☐ Non ☐

33. Pensez-vous que le fait d'être militaire est un obstacle à la paternité ?

    Oui ☐ Non ☐

34. Quelles seraient pour vous les craintes / les difficultés les plus importantes de votre futur engagement en opérations extérieures ?

    ☐ Difficultés à quitter votre famille

    ☐ Problèmes éthiques en ce qui concerne les blessés au combat

    ☐ Peur de la mort

    ☐ Solitude de l'acte

    ☐ Ne sait pas

    ☐ Autre (précisez) : _____

Votre mode de vie au cours des 12 derniers mois :

35. Quel est le nombre d'heures de travail que vous effectuez en stage par semaine, hors gardes et astreintes ?_____heures

36. Quel est le nombre d'heures par semaines que vous consacrez à vos travaux universitaires ?

    _____heures

37. Les effectuez-vous hors de l'hôpital ? Oui ☐ Non ☐

38. Quel est votre nombre de jours de travail effectué par semaine, week-end inclus ? _____jours

39. Combien d'astreintes effectuez-vous par mois ? _____astreintes
40. Quel est votre nombre de week-end libres par mois ? _____week-end
41. Quel est en moyenne votre nombre de jours de vacances par semestre ? _____jours
42. Quel est le nombre de gardes que vous effectuez en moyenne par mois ? _____gardes
43. Bénéficiez-vous du repos de garde de sécurité ? Oui ☐ Non ☐ Parfois ☐
44. Quelle est la durée quotidienne aller-retour en minutes de votre trajet pour vous rendre en stage ?

    Moins de 30 minutes ☐ 30 minutes-1h ☐ 1h-2h ☐ Plus de 2h ☐
45. Trouvez-vous que vous consacrez assez de temps à votre entourage ? Oui ☐ Non ☐
46. Pratiquez-vous régulièrement un loisir ? Oui ☐ Non ☐
47. Pratiquez-vous régulièrement un sport ? Oui ☐ Non ☐

Si oui combien d'heures par semaine en faites vous? _____heures

Votre santé au cours des 12 derniers mois:

48. Avez-vous actuellement un problème de santé qui vous préoccupe ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez ? _____
49. Y a-t-il des problèmes de santé dans votre entourage familial proche ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez ? _____
50. Êtes-vous ou avez-vous été inquiet pour l'état de santé d'un proche (famille ou ami) ?

    Oui ☐ Non ☐
51. Consommez-vous du tabac ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui quel nombre de cigarettes consommez-vous par jour ? |_|_| cigarettes
52. Combien de tasses de café ou de thé consommez-vous par jour en stage ?

    Moins de 2 ☐ 2 à 5 ☐ Plus de 5 ☐ 5à 10 ☐ Plus de 10 ☐
53. Est-ce plus que lorsque vous n'êtes pas en stage ? Oui ☐ Non ☐

54. Veuillez noter dans le tableau suivant la fréquence de consommation des produits cités :

	Jamais	≤ 1 fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Boissons énergisantes					
Alcool					
Cannabis					
Cocaïne ou autres drogues					
Anxiolytiques ou hypnotiques					
Antidépresseurs					
Produits dopants					

55. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de troubles du sommeil ou de l'endormissement ?

Oui ☐ Non ☐

56. Estimez-vous devoir particulièrement surveiller votre régime alimentaire ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quelle en est la raison principale ? _____

57. Avez-vous changé de poids de façon importante ?

Oui ☐ Non ☐

58. Pensez-vous avoir des comportements à risque pour vous-même ou pour les autres ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui précisez dans quel cas : En voiture ☐ Expositions sexuelles à risque ☐

☐ Autre (précisez) : _____

59. Concernant votre rapport aux écrans (ordinateurs, consoles, portables, tablettes, …), pour quelle(s) raison(s) les utilisez-vous ?

Travail ☐ Achats en ligne ☐ Vidéos ☐ Jeux ☐

☐ Autre (précisez):_____

60. En dehors de votre utilisation professionnelle des écrans, avez-vous déjà perdu du temps en les utilisant ?

Oui ☐ Non ☐

61. Si vous utilisez les écrans essentiellement pour jouer, cette activité de jeu est-elle quotidienne ou presque?

Oui ☐ Non ☐

62. Chaque séance de jeu sur écran est-elle prolongée (supérieure ou égale à 3 heures) ?

    Oui ☐ Non ☐

63. Avez-vous observé un fléchissement de vos résultats scolaires depuis que vous jouez sur des écrans ?

    Oui ☐ Non ☐

64. Le jeu vous fait-il délaisser votre propre bien-être ou celui de votre entourage ?

    Oui ☐ Non ☐

65. Le jeu vous cause-t-il des problèmes de sommeil ?

    Oui ☐ Non ☐

66. Avez-vous déjà envisagé l'autodestruction ou le suicide comme une conséquence de votre passion du jeu ?

    Oui ☐ Non ☐

67. Avez-vous déjà pensé à la mort ou fait une tentative de suicide ?

    Oui ☐ Non ☐

68. Avez-vous déjà eu recours à un psychiatre ou un psychologue ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui, précisez pour quel (s) motif (s):_____
    Quand était-ce ? _____

69. Si non, pensez-vous que vous auriez dû y avoir recours sans pour autant l'avoir fait ?

    Oui ☐ Non ☐

    Si oui pourquoi ? _____

70. En cas de difficultés psychologiques, qui préféreriez-vous consulter ?

    ☐ Votre médecin de famille

    ☐ Un médecin généraliste

    ☐ Un médecin de l'hôpital

    ☐ Le médecin du personnel de l'hôpital

    ☐ Un psychologue de l'hôpital

    ☐ Un médecin psychiatre en ville

    ☐ Un médecin psychiatre dans un HIA

☐ Un psychologue en ville

☐ Personne

71. Quelle serait la principale motivation dans votre choix:

_____

Stress professionnel:

72. Craignez-vous de faire une erreur médicale ?

Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Tous les jours ☐

73. Pensez-vous faire des erreurs dans la prise en charge de vos patients ?

Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Tous les jours ☐

74. Êtes-vous préoccupé(e) par vos patients en dehors du contexte professionnel au cours de rêves ou insomnies par exemple ?

Jamais ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Tous les jours ☐

75. Est-ce le plus souvent le lendemain de garde ? Oui ☐ Non ☐

Burnout Syndrom ou Syndrome d'épuisement professionnel:

Echelle MBI (Maslach Burnout Inventory Human Services Survey à 22 items).

Le Burnout se définit par un syndrome d'épuisement des ressources physiques et mentales.

76. Au cours des 12 derniers mois :

	Jamais	1 fois par an	Quelques fois par an	Plusieurs fois par mois	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
Je sen que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelles comme s'ils étaient des objets							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
Je sens que je craque à cause de mon travail							
J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
Je me sens plein(e) d'énergie							
Je me sens frustré(e) par mon travail							
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
Je me sens au bout du rouleau							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

Suggestions:

Pensez-vous que les mesures suivantes auraient un intérêt pour prévenir le syndrome de Burnout et/ou pour vous aider dans votre parcours ?

77. Consultation dédiée au Burnout possible dans chaque HIA. Oui ☐ Non ☐

78. Mise en place de groupes de parole type Balint (il s'agit d'une une méthode proposant aux professionnels de se réunir pour parler de leur pratique professionnelle, pour mieux saisir les différentes composantes conscientes ou inconscientes des expériences vécues dans le contexte de travail) Oui ☐ Non ☐

79. Respect du temps consacré à la formation pendant l'internat avec respect des deux demi-journées dédiées à la formation universitaire. Oui ☐ Non ☐

80. Mise en place d'un service téléphonique anonyme d'aide psychologique disponible 24h/24h ?

    Oui ☐ Non ☐

81. L'attribution d'un tuteur disponible à chaque élève ?

    Oui ☐ Non ☐

82. L'évaluation du Burn out par un cours/ un module spécifique à la faculté ?

    Oui ☐ Non ☐

83. Aménagement d'un planning avec des horaires de présence précis. Oui ☐ Non ☐

84. Pensez vous que le décret n°2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes va changer la qualité de vie des internes ? Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas ☐

85. Avez-vous des suggestions ? Oui ☐ Non ☐

    Si oui lesquelles ?_____

    _____

    _____

    _____

    _____

ANNEXE 6 : ANALYSES BIVARIÉES POUR LES MBI – GS A 16 ITEMS

EPUISEMENT EMOTIONNEL

	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Statut marital	0.52 (1.67)	(-2.78, 3.82)	0,76
Age	-2.12 (0.56)	(-3.23, -1.00)	<0.001
Sexe	-0.22 (1.24)	(-2.67, 2.24)	0,86
Enfant	0.62 (2.76)	(-4.84, 6.08)	0,82
Année d'étude	-8.79 (1.12)	(-10.99, -6.58)	<0.001
Eloignement	-0.37 (1.29)	(-2.93, 2.18)	0,77
Mention au bac			
ASSEZ BIEN (réf)	-	-	-
BIEN	-0.87 (2.49)	(-5.79, 4.04)	0,73
SANS MENTION	-4.75 (7.32)	(-19.23, 9.73)	0,52
TRES BIEN	-3.57 (2.15)	(-7.83, 0.69)	0,1
Saut de classe	2.47 (1.45)	(-0.39, 5.34)	0,09
Redoublement avant ESA	1.04 (4.15)	(-7.17, 9.25)	0,8
Redoublement depuis ESA	2.20 (1.22)	(-0.22, 4.61)	0,07
Redoublement global	-2.27 (1.22)	(-4.69, 0.15)	0,07
Motivation modèle	-1.94 (1.26)	(-4.44, 0.55)	0,13
Motivation vocation	1.57 (1.48)	(-1.35, 4.49)	0,29
Motivation belle carrière	0.40 (1.68)	(-2.91, 3.72)	0,81
Motivation maladie proche	0.81 (1.93)	(-3.00, 4.63)	0,67
Motivation hasard	1.10 (2.94)	(-4.71, 6.92)	0,71
Motivation ESA modèle	0.11 (1.25)	(-2.36, 2.59)	0,93
Motivation ESA mili	-0.03 (1.24)	(-2.49, 2.42)	0,98
Motivation ESA hasard	-1.50 (2.22)	(-5.89, 2.89)	0,5
Motivation ESA paye	0.29 (2.22)	(-4.11, 4.69)	0,9
Motivation ESA pb familiaux	5.83 (3.55)	(-1.19, 12.84)	0,1
Motivation ESA maladie proche	-2.03 (2.94)	(-7.85, 3.80)	0,49
Motivation ESA ne sait pas	0.24 (2.95)	(-5.59, 6.08)	0,93
Repasser le PACES	-0.61 (1.58)	(-3.73, 2.51)	0,7
Quitter médecine	2.13 (1.45)	(-0.74, 4.99)	0,14
Quitter l'armée			
Jamais (ref)	-	-	-
JE VAIS QUITTER LE SSA PROCHAINEMENT	1.67 (5.06)	(-8.34, 11.69)	0,74
Parfois	2.30 (1.38)	(-0.43, 5.02)	0,1
Souvent	-1.33 (7.12)	(-15.42, 12.77)	0,85
Med obstace maternité	1.16 (1.24)	(-1.29, 3.60)	0,35
med obstacle paternité	-0.22 (1.33)	(-2.84, 2.41)	0,87
Mili obstacle maternité	0.99 (1.24)	(-1.47, 3.45)	0,43
Mili obstacle paternité	1.77 (1.43)	(-1.06, 4.59)	0,22

Difficulté OPEX quitter famille	-0.97 (1.24)	(-3.42, 1.48)	0,43
Difficulté OPEX pb éthiques	-1.76 (1.51)	(-4.75, 1.23)	0,25
Difficulté OPEX peur décès	-2.01 (2.42)	(-6.80, 2.77)	0,41
Difficulté OPEX solitude de l'acte	2.08 (1.49)	(-0.87, 5.02)	0,16
nombre de week-end libre par mois	-2.39 (0.34)	(-3.07, -1.71)	<0.001
Nombre de jour de vacances par semestre	-0.08 (0.06)	(-0.20, 0.04)	0,21
base.quest.A$NB_JOUR_SEM	1.79 (0.39)	(1.02, 2.56)	<0.001
Durée du trajet			
1h - 2h (réf)	-	-	-
30 minutes - 1h	5.76 (2.17)	(1.46, 10.05)	0,009
Moins de 30 minutes	2.70 (2.26)	(-1.77, 7.18)	0,23
Plus de 2h	-6.33 (4.37)	(-14.99, 2.32)	0,15
Assez de temps consacré à la famille	-5.17 (1.20)	(-7.55, -2.80)	<0.001
base.quest.A$ECRAN_TRAV	2.65 (1.71)	(-0.73, 6.03)	0,12
base.quest.A$ECRAN_ACHAT	1.88 (1.24)	(-0.57, 4.33)	0,13
base.quest.A$ECRAN_VIDEO	0.58 (1.24)	(-1.88, 3.03)	0,64
base.quest.A$ECRAN_JEUX	1.10 (1.26)	(-1.40, 3.61)	0,38
base.quest.A$PERTE_TEMPS_ECRAN	-1.55 (1.72)	(-4.95, 1.85)	0,37
base.quest.A$LOISIR	-7.42 (1.06)	(-9.52, -5.31)	<0.001
Faire du sport	-4.50 (1.22)	(-6.91, -2.09)	<0.001
Problème de santé	1.98 (2.76)	(-3.47, 7.43)	0,47
Problème de santé familial	0.93 (1.55)	(-2.14, 4.00)	0,55
Problème de santé proche	1.46 (1.23)	(-0.98, 3.89)	0,24
Tabac	-5.20 (1.96)	(-9.07, -1.33)	0,009
Nb de café			
2 A 5 (réf)	-	-	-
5 A 10	1.33 (3.43)	(-5.46, 8.11)	0,7
MOINS DE 2	0.67 (1.45)	(-2.20, 3.54)	0,64
PLUS DE 10	5.03 (5.22)	(-5.30, 15.36)	0,34
PLUS DE 5	-1.25 (2.68)	(-6.55, 4.05)	0,64
Conso boisson énergisante			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	0.81 (3.28)	(-5.68, 7.30)	0,81
moins 1 fois par mois	0.48 (3.60)	(-6.64, 7.61)	0,89
plusieurs fois par semaine	-1.20 (7.85)	(-16.73, 14.33)	0,88
TOUS LES JOURS	5.30 (5.99)	(-6.56, 17.16)	0,38
Conso alcool			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	1.26 (2.10)	(-2.89, 5.42)	0,55
moins 1 fois par mois	4.71 (1.33)	(2.09, 7.33)	<0.001
plusieurs fois par semaine	-1.79 (1.94)	(-5.64, 2.05)	0,36
Conso cannabis	-3.03 (5.06)	(-13.04, 6.98)	0,55
Conso antidépresseur	0.99 (7.13)	(-13.12, 15.11)	0,89
Conso produit dopant	-3.03 (5.06)	(-13.04, 6.98)	0,55

Trouble du sommeil	4.32 (1.19)	(1.96, 6.67)	<0.001
Régime alimentaire	2.86 (1.25)	(0.38, 5.33)	0,02
Changement de poids important	2.45 (1.57)	(-0.65, 5.56)	0,12
Comportement à risque	2.55 (5.06)	(-7.46, 12.56)	0,61
Ecran jeu quotidien	-1.38 (1.97)	(-5.29, 2.53)	0,48
Ecran jeu durée	-2.60 (3.73)	(-9.99, 4.80)	0,49
Jeu fléchissement scolaire	0.37 (3.37)	(-6.30, 7.05)	0,91
Jeu délaisser	2.87 (3.37)	(-3.81, 9.56)	0,4
Jeu sommeil	9.88 (4.21)	(1.54, 18.22)	0,02
Penser aux conduites auto-agressives	1.92 (2.77)	(-3.57, 7.41)	0,49
Déjà recours psy	3.23 (1.61)	(0.05, 6.41)	0,05
Aurait du recours psy	0.92 (3.55)	(-6.12, 7.96)	0,8
Consult burn out HIA	-2.37 (1.39)	(-5.12, 0.39)	0,09
Mise en place groupe parole type Balint	-1.91 (1.36)	(-4.61, 0.79)	0,16
Service téléphonique	0.19 (1.25)	(-2.29, 2.67)	0,88
Tuteur	2.63 (1.24)	(0.18, 5.07)	0,04
Formation burn-out	-0.87 (1.25)	(-3.34, 1.60)	0,49

PERTE D'EMPATHIE (DEPERSONNALISATION)

	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Statut marital	0.48 (1.27)	(-2.04, 3.00)	0,71
Age	-0.92 (0.45)	(-1.80, -0.03)	0,04
Sexe	0.47 (0.95)	(-1.40, 2.35)	0,62
Enfant	-3.04 (2.09)	(-7.18, 1.11)	0,15
Année d'étude	-3.04 (2.09)	(-7.18, 1.11)	0,15
Eloignement	-0.07 (0.99)	(-2.03, 1.88)	0,94
Mention au bac			
ASSEZ BIEN (réf)	-	-	-
BIEN	0.63 (1.93)	(-3.20, 4.45)	0,75
SANS MENTION	-0.75 (5.69)	(-12.02, 10.52)	0,9
TRES BIEN	0.62 (1.68)	(-2.70, 3.94)	0,71
Saut de classe	2.59 (1.09)	(0.43, 4.76)	0,02
Redoublement avant ESA	0.37 (3.17)	(-5.91, 6.65)	0,91
Redoublement depuis ESA	1.54 (0.95)	(-0.34, 3.41)	0,11
Redoublement global	-1.50 (0.95)	(-3.38, 0.38)	0,12
Motivation modèle	1.01 (0.98)	(-0.93, 2.94)	0,3
Motivation vocation	0.02 (1.14)	(-2.24, 2.28)	0,99
Motivation belle carrière	0.72 (1.29)	(-1.83, 3.28)	0,58
Motivation maladie proche	2.12 (1.48)	(-0.80, 5.04)	0,15
Motivation hasard	7.10 (2.18)	(2.79, 11.41)	0,001
Motivation ESA modèle	-0.81 (0.96)	(-2.72, 1.10)	0,4
Motivation ESA mili	0.39 (0.96)	(-1.51, 2.29)	0,68
Motivation ESA hasard	0.64 (1.72)	(-2.76, 4.04)	0,71
Motivation ESA paye	1.34 (1.72)	(-2.06, 4.73)	0,44
Motivation ESA pb familiaux	0.96 (2.77)	(-4.53, 6.44)	0,73
Motivation ESA maladie proche	-1.74 (2.28)	(-6.24, 2.77)	0,45
Motivation ESA ne sait pa	3.51 (2.26)	(-0.97, 7.98)	0,12
Repasser le PACES	1.61 (1.20)	(-0.76, 3.98)	0,18
Quitter médecine	2.18 (1.10)	(0.00, 4.35)	0,05
Med obstacle maternité	0.30 (0.95)	(-1.58, 2.17)	0,75
Med obstacle paternité	-0.23 (1.01)	(-2.23, 1.77)	0,82
Mili obstacle maternité	0.49 (0.95)	(-1.39, 2.37)	0,61
Mili obstacle paternité	0.80 (1.10)	(-1.36, 2.97)	0,46
Difficulté OPEX quitter famille	-0.64 (0.96)	(-2.54, 1.25)	0,5
Difficulté OPEX pb éthiques	-0.89 (1.17)	(-3.21, 1.42)	0,45
Difficulté OPEX peur décès	-0.32 (1.87)	(-4.02, 3.38)	0,86
Difficulté OPEX solitude de l'acte	0.12 (1.16)	(-2.17, 2.41)	0,92
nombre de week-end libre par mois	-0.84 (0.30)	(-1.43, -0.24)	0,006
Nombre de jour de vacances par semestre	0.02 (0.05)	(-0.07, 0.12)	0,66

base.quest.A$NB_JOUR_SEM	0.60 (0.32)	(-0.03, 1.24)	0,06
Assez de temps consacré à la famille	-1.60 (0.97)	(-3.53, 0.33)	0,1
base.quest.A$ECRAN_TRAV	0.63 (1.32)	(-1.99, 3.25)	0,64
base.quest.A$ECRAN_ACHAT	1.28 (0.95)	(-0.60, 3.16)	0,18
base.quest.A$ECRAN_VIDEO	1.77 (0.94)	(-0.08, 3.63)	0,06
base.quest.A$ECRAN_JEUX	1.09 (0.97)	(-0.82, 3.01)	0,26
base.quest.A$PERTE_TEMPS_ECRAN	0.18 (1.32)	(-2.43, 2.79)	0,89
base.quest.A$LOISIR	-2.82 (0.92)	(-4.64, -1.00)	0,003
Faire du sport	-2.44 (0.96)	(-4.33, -0.55)	0,01
Problème de santé	0.13 (2.11)	(-4.04, 4.31)	0,95
Problème de santé familial	2.88 (1.16)	(0.58, 5.18)	0,01
Problème de santé proche	2.03 (0.93)	(0.19, 3.87)	0,03
Tabac	-1.41 (1.54)	(-4.44, 1.63)	0,36
Nb de café			
2 A 5 (réf)	-	-	-
5 A 10	-4.23 (2.57)	(-9.33, 0.86)	0,1
MOINS DE 2	1.01 (1.09)	(-1.15, 3.17)	0,36
PLUS DE 10	5.17 (3.92)	(-2.59, 12.92)	0,19
PLUS DE 5	0.06 (2.01)	(-3.92, 4.04)	0,98
Conso boisson énergisante			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	-0.64 (2.50)	(-5.59, 4.31)	0,8
moins 1 fois par mois	0.57 (2.75)	(-4.86, 6.00)	0,84
plusieurs fois par semaine	-1.80 (5.98)	(-13.64, 10.04)	0,76
TOUS LES JOURS	-3.80 (4.57)	(-12.84, 5.24)	0,41
Conso alcool			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	-0.42 (1.71)	(-3.81, 2.98)	0,81
moins 1 fois par mois	0.66 (1.08)	(-1.48, 2.80)	0,54
plusieurs fois par semaine	-0.42 (1.58)	(-3.56, 2.71)	0,79
Conso cannabis	-0.31 (3.87)	(-7.97, 7.35)	0,94
Conso antidépresseur	-0.70 (5.45)	(-11.49, 10.09)	0,9
Conso produit dopant	2.23 (3.87)	(-5.42, 9.88)	0,56
Trouble du sommeil	3.02 (0.92)	(1.20, 4.83)	0,001
Régime alimentaire	0.90 (0.97)	(-1.03, 2.82)	0,36
Changement de poids important	1.50 (1.20)	(-0.87, 3.88)	0,21
Comportement à risque	-1.32 (3.87)	(-8.98, 6.33)	0,73
Ecran jeu quotidien	-0.99 (1.49)	(-3.94, 1.95)	0,5
base.quest.A$JEU_RESULT_SCOL	-0.92 (2.51)	(-5.89, 4.04)	0,71
Jeu délaisser	0.97 (2.52)	(-4.01, 5.96)	0,7
Jeu sommeil	5.87 (3.16)	(-0.39, 12.13)	0,07
Penser aux conduites auto-agressives	4.34 (2.07)	(0.25, 8.43)	0,04
Déjà recours psy	3.58 (1.21)	(1.19, 5.97)	0,004
Aurait du recours psy	2.55 (2.70)	(-2.80, 7.90)	0,35

base.quest.A$SUG_CONSULT_BURN	-0.34 (1.08)	(-2.48, 1.79)	0,75
Mise en place groupe parole type Balint	-0.11 (1.05)	(-2.19, 1.97)	0,92
Service téléphonique	-0.32 (0.96)	(-2.22, 1.57)	0,74
Tuteur	2.60 (0.94)	(0.75, 4.46)	0,006
Formation burn-out	-0.20 (0.96)	(-2.09, 1.70)	0,84

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Statut marital	-2.37 (1.52)	(-5.39, 0.64)	0,12
Age	0.19 (0.55)	(-0.91, 1.28)	0,74
Sexe	2.13 (1.14)	(-0.13, 4.39)	0,06
Enfant	1.65 (2.57)	(-3.42, 6.73)	0,52
Année d'étude	-3.33 (1.23)	(-5.76, -0.90)	0,008
Eloignement	-0.40 (1.20)	(-2.78, 1.98)	0,74
Mention au bac			
ASSEZ BIEN (réf)	-	-	-
BIEN	2.04 (2.34)	(-2.58, 6.66)	0,38
SANS MENTION	9.83 (6.88)	(-3.78, 23.44)	0,16
TRES BIEN	1.34 (2.02)	(-2.67, 5.34)	0,51
Saut de classe	-3.36 (1.33)	(-5.99, -0.73)	0,01
Redoublement avant ESA	-1.61 (3.86)	(-9.25, 6.03)	0,68
Redoublement depuis ESA	0.98 (1.16)	(-1.32, 3.28)	0,4
Redoublement global	-1.22 (1.16)	(-3.52, 1.08)	0,3
Motivation modèle	-0.99 (1.20)	(-3.37, 1.39)	0,41
Motivation vocation	-0.37 (1.40)	(-3.14, 2.41)	0,79
Motivation belle carrière	2.27 (1.58)	(-0.85, 5.38)	0,15
Motivation maladie proche	0.78 (1.83)	(-2.84, 4.40)	0,67
Motivation hasard	-0.43 (2.78)	(-5.94, 5.08)	0,88
Motivation ESA modèle	0.83 (1.16)	(-1.46, 3.12)	0,47
Motivation ESA mili	0.10 (1.15)	(-2.18, 2.37)	0,93
Motivation ESA hasard	-1.37 (2.06)	(-5.44, 2.71)	0,51
Motivation ESA paye	1.31 (2.06)	(-2.76, 5.39)	0,52
Motivation ESA pb familiaux	1.69 (3.32)	(-4.88, 8.26)	0,61
Motivation ESA maladie proche	4.07 (2.71)	(-1.29, 9.44)	0,14
Motivation ESA ne sait pa	-6.59 (2.67)	(-11.87, -1.30)	0,02
base.quest.A$ETUDE_CIVIL	-1.00 (1.41)	(-3.79, 1.80)	0,48
Repasser le PACES	1.40 (1.47)	(-1.50, 4.30)	0,34
Quitter médecine	-0.29 (1.36)	(-2.98, 2.40)	0,83
Quitter l'armée			
Jamais (réf)	-	-	-
JE VAIS QUITTER LE SSA PROCHAINEMENT	-17.35 (4.48)	(-26.21, -8.48)	<0.001
Parfois	-1.65 (1.22)	(-4.06, 0.77)	0,18
Souvent	-6.35 (6.30)	(-18.82, 6.12)	0,32
Med obstacle maternité	-0.16 (1.15)	(-2.44, 2.12)	0,89
Med obstacle paternité	-0.13 (1.23)	(-2.56, 2.31)	0,92
Mili obstacle maternité	-1.85 (1.15)	(-4.12, 0.41)	0,11
Mili obstacle paternité	-1.14 (1.33)	(-3.78, 1.50)	0,4

Difficulté OPEX quitter famille	-0.12 (1.16)	(-2.41, 2.18)	0,92
Difficulté OPEX pb éthiques	-0.94 (1.42)	(-3.75, 1.86)	0,51
Difficulté OPEX peur décès	1.27 (2.26)	(-3.21, 5.75)	0,58
Difficulté OPEX solitude de l'acte	-0.43 (1.40)	(-3.21, 2.34)	0,76
nombre de week-end libre par mois	-0.91 (0.37)	(-1.65, -0.18)	0,02
Nombre de jour de vacances par semestre	-0.11 (0.06)	(-0.23, 0.00)	0,05
base.quest.A$NB_JOUR_SEM	0.98 (0.38)	(0.22, 1.74)	0,01
Assez de temps consacré à la famille	-2.35 (1.18)	(-4.69, -0.02)	0,05
base.quest.A$ECRAN_TRAV	-0.15 (1.61)	(-3.33, 3.04)	0,93
base.quest.A$ECRAN_ACHAT	-1.38 (1.16)	(-3.67, 0.92)	0,24
base.quest.A$ECRAN_VIDEO	-2.30 (1.14)	(-4.55, -0.05)	0,05
base.quest.A$ECRAN_JEUX	-2.28 (1.16)	(-4.58, 0.03)	0,05
base.quest.A$PERTE_TEMPS_ECRAN	-2.03 (1.60)	(-5.19, 1.13)	0,21
base.quest.A$LOISIR	-2.26 (1.14)	(-4.52, 0.01)	0,05
Faire du sport	-0.71 (1.19)	(-3.06, 1.65)	0,55
Problème de santé	-2.57 (2.56)	(-7.64, 2.50)	0,32
Problème de santé familial	-2.01 (1.44)	(-4.85, 0.83)	0,16
Problème de santé proche	-0.74 (1.15)	(-3.02, 1.54)	0,52
Tabac	-2.67 (1.86)	(-6.35, 1.02)	0,15
Nb de café			
2 A 5 (réf)	-	-	-
5 A 10	4.64 (3.13)	(-1.56, 10.84)	0,14
MOINS DE 2	2.72 (1.33)	(0.09, 5.34)	0,04
PLUS DE 10	-3.06 (4.77)	(-12.49, 6.38)	0,52
PLUS DE 5	4.33 (2.45)	(-0.51, 9.18)	0,08
Conso boisson énergisante			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	-1.07 (3.02)	(-7.05, 4.91)	0,72
moins 1 fois par mois	-2.33 (3.32)	(-8.89, 4.24)	0,48
plusieurs fois par semaine	7.20 (7.23)	(-7.12, 21.52)	0,32
TOUS LES JOURS	-6.30 (5.53)	(-17.23, 4.63)	0,26
Conso alcool			
1 fois par semaine (réf)	-	-	-
Jamais	4.74 (2.02)	(0.75, 8.73)	0,02
moins 1 fois par mois	0.10 (1.27)	(-2.42, 2.61)	0,94
plusieurs fois par semaine	-2.85 (1.86)	(-6.54, 0.84)	0,13
Conso cannabis	-3.12 (4.71)	(-12.44, 6.19)	0,51
Conso antidépresseur	3.60 (6.64)	(-9.53, 16.73)	0,59
Conso produit dopant	-2.11 (4.71)	(-11.43, 7.21)	0,66
Trouble du sommeil	0.25 (1.16)	(-2.05, 2.55)	0,83
Régime alimentaire	0.39 (1.19)	(-1.96, 2.74)	0,74
Changement de poids important	-0.66 (1.47)	(-3.57, 2.25)	0,65
Comportement à risque	2.97 (4.71)	(-6.35, 12.28)	0,53
Ecran jeu quotidien	-4.80 (1.77)	(-8.30, -1.29)	0,008

Jeu fléchissement scolaire	-2.09 (3.12)	(-8.28, 4.09)	0,5
Jeu délaisser	1.95 (3.12)	(-4.24, 8.13)	0,53
Jeu sommeil	-0.48 (4.00)	(-8.41, 7.45)	0,9
Penser aux conduites auto-agressives	-4.51 (2.55)	(-9.56, 0.54)	0,08
Déjà recours psy	-0.01 (1.52)	(-3.02, 2.99)	0,99
Aurait du recours psy	-4.60 (3.31)	(-11.17, 1.97)	0,17
Conult burn out HIA	0.19 (1.32)	(-2.42, 2.80)	0,88
Mise en place groupe parole type Balint	0.21 (1.29)	(-2.34, 2.75)	0,87
Service téléphonique	1.80 (1.16)	(-0.50, 4.10)	0,12
Tuteur	1.83 (1.17)	(-0.48, 4.14)	0,12
Formation burn-out	2.01 (1.16)	(-0.28, 4.30)	0,09

ANNEXE 7 : ANALYSES BIVARIÉES POUR LES MBI – HSS A 22 ITEMS

EPUISEMENT EMOTIONNEL

	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Sexe, réf = Féminin	-6.07 (1.76)	(-9.55, -2.58)	<0.001
Age	1.32 (0.38)	(0.57, 2.08)	<0.001
Année d'étude, réf = 4ieme	5.85 (1.76)	(2.36, 9.33)	0,001
Statut marital, réf = Célibataire	3.41 (1.84)	(-0.24, 7.05)	0,07
Enfant, réf = Non	9.97 (4.29)	(1.48, 18.45)	0,02
Nombre d'enfant	20.25 (6.15)	(0.68, 39.82)	0,05
Eloignement parent avant ESA, réf = Non	2.70 (2.32)	(-1.89, 7.28)	0,25
Mention au bac, réf = assez bien			
Bien	-4.62 (2.77)	(-10.10, 0.86)	0,1
Pas de mention	-6.91 (6.36)	(-19.50, 5.68)	0,28
très bien	-1.41 (2.54)	(-6.45, 3.63)	0,58
Sauter une classe, réf = Non	2.95 (2.27)	(-1.54, 7.44)	0,2
Avoir redoublé avant ESA, réf = Non	5.49 (4.02)	(-2.47, 13.44)	0,17
Avoir redoublé depuis ESA, réf = Non	2.95 (1.82)	(-0.65, 6.54)	0,11
Avoir redoublé réf = Oui	-2.53 (1.82)	(-6.14, 1.07)	0,17
Motivation médecine modèle, réf = Non	-5.33 (2.02)	(-9.33, -1.33)	0,009
Motivation médecine vocation, réf = Non	-0.77 (1.89)	(-4.52, 2.98)	0,69
Motivation médecine carrière réf = non	1.56 (1.88)	(-2.17, 5.28)	0,41
Motivation médecine maladie proche réf = Non	1.06 (3.30)	(-5.47, 7.58)	0,75
Motivation médecine problème familiaux, réf = Non	5.53 (3.26)	(-0.93, 11.99)	0,09
Motivation médecine hasard, réf = Non	6.70 (3.00)	(0.76, 12.64)	0,03
Motivation ESA modèle, réf = Non	-2.49 (1.90)	(-6.24, 1.27)	0,19
Motivation ESA militaire, réf = Non	0.42 (2.02)	(-3.57, 4.41)	0,83
Motivation ESA hasard, réf = Non	3.09 (2.06)	(-0.99, 7.17)	0,14
Motivation ESA paye, réf = Non	-0.30 (2.24)	(-4.74, 4.14)	0,89
Motivation ESA problème familiaux, réf = Non	7.12 (2.53)	(2.12, 12.13)	0,006
Motivation ESA maladie proche, réf = Non	-3.76 (10.52)	(-24.58, 17.05)	0,72
Refaire PACES, réf = Non	-2.07 (2.16)	(-6.34, 2.19)	0,34
DROIT REMOR, réf = Non	9.51 (3.58)	(2.36, 16.66)	0,01
ECN, réf = Non	1.45 (4.25)	(-7.04, 9.94)	0,73
Quitter la médecine, réf = jamais			
Parfois	5.32 (1.77)	(1.81, 8.83)	0,003
Souvent	14.08 (2.79)	(8.55, 19.61)	<0.001
Quitter armée, réf = jamais			
JE VAIS QUITTER LE SSA PROCHAINEMENT	4.97 (7.11)	(-9.11, 19.05)	0,49
Parfois	3.30 (2.03)	(-0.72, 7.32)	0,11

Souvent	11.97 (2.80)	(6.43, 17.51)	<0.001
Soutien de la Fac, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	-4.10 (1.94)	(-7.93, -0.27)	0,04
TOUT A FAIT D'ACCORD	-11.10 (3.53)	(-18.08, -4.11)	0,002
Soutien SSA, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	-2.53 (1.99)	(-6.47, 1.42)	0,21
TOUT A FAIT D'ACCORD	-2.63 (4.24)	(-11.03, 5.77)	0,54
Médecine obstacle maternité, réf = Non	4.10 (1.82)	(0.50, 7.69)	0,03
Médecine obstacle paternité, réf = Non	2.38 (2.10)	(-1.78, 6.53)	0,26
Militaire obstacle maternité, réf = Non	3.66 (1.82)	(0.06, 7.27)	0,05
Militaire obstacle paternité, réf = Non	2.75 (2.04)	(-1.29, 6.79)	0,18
Opex, difficulté quitter famille, réf = Non	1.51 (1.98)	(-2.41, 5.43)	0,45
Opex problèmes éthiques, réf = Non	-1.44 (2.53)	(-6.45, 3.57)	0,57
Opex peur décès, réf = Non	0.22 (2.29)	(-4.30, 4.75)	0,92
Opex solitude de l'acte, réf = Non	3.45 (1.86)	(-0.23, 7.13)	0,07
Nombre d'heures de stage	0.20 (0.06)	(0.08, 0.33)	0,002
Nombre heures universitaires	-0.08 (0.04)	(-0.17, 0.00)	0,06
Nombre de week-libre par mois	-1.39 (0.94)	(-3.25, 0.47)	0,14
Nombre de jour de vacances par semestre	-0.14 (0.17)	(-0.47, 0.18)	0,39
Nombre d'astreintes par mois	1.36 (0.40)	(0.57, 2.15)	<0.001
NB_JOUR_SEM	-0.07 (0.94)	(-1.93, 1.79)	0,94
Nombre de garde par mois	0.90 (0.44)	(0.02, 1.78)	0,04
Repos de garde, réf = Non			
Oui	-0.26 (2.53)	(-5.27, 4.76)	0,92
Parfois	1.39 (2.87)	(-4.29, 7.07)	0,63
Durée du trajet, réf = 1h - 2h			
30 minutes - 1h	-1.00 (3.23)	(-7.39, 5.39)	0,76
Moins de 30 minutes	-5.52 (3.09)	(-11.64, 0.60)	0,08
Plus de 2h	-1.67 (6.55)	(-14.63, 11.29)	0,8
Temps entourage, réf = Non	-8.98 (1.72)	(-12.38, -5.58)	<0.001
Ecran travail, réf = Non	5.24 (4.33)	(-3.33, 13.82)	0,23
Ecran achat, réf = Non	0.39 (2.01)	(-3.60, 4.37)	0,85
Ecran vidéo, réf = Non	-1.06 (1.96)	(-4.93, 2.81)	0,59
Ecran jeu, réf = Non	-1.62 (1.87)	(-5.31, 2.07)	0,39
Perte temps écran, réf = Non	-1.87 (2.58)	(-6.98, 3.24)	0,47
Loisir, réf = Non	-7.10 (1.77)	(-10.60, -3.60)	<0.001
Sport, réf = Non	-5.21 (1.84)	(-8.85, -1.57)	0,005
Problème de santé, réf = Non	7.84 (2.62)	(2.65, 13.02)	0,003
Problème de santé familial, réf = Non	2.33 (1.84)	(-1.31, 5.96)	0,21
Problème de santé proche, réf = Non	3.31 (1.85)	(-0.36, 6.98)	0,08
Tabac, réf = Non	4.04 (2.29)	(-0.50, 8.57)	0,08
Nombre de cigarette par jour	0.02 (0.54)	(-1.11, 1.14)	0,98
Boisson énergisante, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-4.16 (4.38)	(-12.83, 4.51)	0,34

moins 1 fois par mois	-4.61 (4.88)	(-14.26, 5.05)	0,35
plusieurs fois par semaine	2.30 (6.31)	(-10.18, 14.78)	0,72
TOUS LES JOURS	-10.50 (11.25)	(-32.76, 11.76)	0,35
Consommation d'alcool, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	5.60 (4.31)	(-2.94, 14.13)	0,2
moins 1 fois par mois	2.35 (2.47)	(-2.54, 7.23)	0,34
plusieurs fois par semaine	7.04 (2.01)	(3.06, 11.03)	<0.001
Jamais	-2.79 (7.36)	(-17.36, 11.79)	0,71
Consommation de cannabis, réf = 1 fois par semaine			
moins 1 fois par mois	-0.89 (7.69)	(-16.11, 14.33)	0,91
PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE	-7.00 (12.64)	(-32.01, 18.01)	0,58
Consommation de cannabis, réf = Oui	5.44 (1.90)	(1.67, 9.21)	0,005
Consommation de drogue, réf = Jamais			
MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS	-4.71 (3.78)	(-12.19, 2.77)	0,22
Consommation anxiolytique, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-13.52 (4.25)	(-21.92, -5.11)	0,002
moins 1 fois par mois	1.24 (5.02)	(-8.69, 11.16)	0,81
Consommation d'antidépresseurs, réf = Jamais			
moins 1 fois par mois	11.68 (7.26)	(-2.70, 26.06)	0,11
Tous les jours	15.18 (7.26)	(0.80, 29.56)	0,04
Consommation de produits dopants, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	11.51 (10.25)	(-8.78, 31.80)	0,26
moins 1 fois par mois	33.00 (14.44)	(4.42, 61.58)	0,02
plusieurs fois par semaine	27.00 (14.44)	(-1.58, 55.58)	0,06
Trouble du sommeil, réf = Non	8.64 (1.69)	(5.30, 11.99)	<0.001
Régime alimentaire, réf = Non	5.23 (1.78)	(1.71, 8.76)	0,004
Changer brutalement de poids, réf = Non	8.16 (2.01)	(4.18, 12.15)	<0.001
Comportement à risque, réf = Non	5.30 (2.60)	(0.15, 10.45)	0,04
Comportement à risque en voiture, réf = Non	2.72 (5.36)	(-8.64, 14.09)	0,62
Comportement sexuel à risque, réf = Non	2.45 (5.73)	(-10.17, 15.07)	0,68
Ecran de jeu quotidien, réf = Non	-1.51 (2.40)	(-6.27, 3.25)	0,53
Durée écran jeu supérieur à 3h, réf = Non	-4.66 (3.78)	(-12.17, 2.84)	0,22
Fléchissement résultat scolaire dû aux jeux vidéos, réf = Non	7.36 (3.93)	(-0.44, 15.16)	0,06
Délaisser bien-être dû aux jeux vidéos, réf = Non`	8.60 (4.77)	(-0.87, 18.06)	0,07
Problèmes de sommeil dû aux jeux vidéos, réf = Non	2.08 (4.84)	(-7.53, 11.69)	0,67
Avoir pensé à la mort/tentative de suicide, réf = Non	3.32 (2.53)	(-1.68, 8.32)	0,19
Déjà recours à un psy, réf = Non	6.65 (2.01)	(2.68, 10.63)	0,001
Aurai dû recours au psy, réf = Non	4.27 (2.35)	(-0.39, 8.94)	0,07
Préférence méd de famille, réf = Non	-1.35 (2.29)	(-5.88, 3.19)	0,56
Préférence médecin généraliste, réf = Non	1.65 (3.24)	(-4.76, 8.06)	0,61
Préférence médecin hospitalié, réf = Non	-1.38 (5.66)	(-12.69, 9.93)	0,81

Préférence médecin hospitalier du personnel, réf = Non	-3.04 (2.82)	(-8.61, 2.54)	0,28
Préférence psychologue de l'hôpital, réf = Non	-5.07 (2.97)	(-10.96, 0.81)	0,09
Préférence psychiatre civil, réf = Non	0.33 (2.56)	(-4.73, 5.39)	0,9
Préférence psychiatre HIA, réf = Non	-0.43 (3.55)	(-7.47, 6.60)	0,9
Préférence psychologue en ville, réf = Non	4.14 (2.01)	(0.17, 8.11)	0,04
Préférence personne, réf = Non	-0.59 (2.30)	(-5.15, 3.97)	0,8
Consultation burnout dans HIA, réf = Non	-4.29 (1.85)	(-7.95, -0.62)	0,02
Mise en place de groupe de parole type Balint, réf = Non	-0.62 (1.85)	(-4.28, 3.05)	0,74
Suggestion service téléphonique, réf = Non	-2.89 (1.90)	(-6.65, 0.86)	0,13
Suggestion tuteur, réf = Non	1.05 (1.86)	(-2.63, 4.74)	0,57
Suggestion formation burnout, réf = Non	0.47 (1.89)	(-3.27, 4.21)	0,8
Suggestion horaires présences précise, réf = Non	6.01 (1.86)	(2.34, 9.69)	0,002

PERTE D'EMPATHIE (DEPERSONNALISATION)

Variable	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Sexe, réf = Féminin	1.46 (1.17)	(-0.86, 3.77)	0,22
Age	0.77 (0.24)	(0.28, 1.25)	0,002
Année d'étude, réf = 4ieme	3.69 (1.13)	(1.47, 5.92)	0,001
Statut marital, réf = Célibataire	0.40 (1.19)	(-1.96, 2.75)	0,74
Enfant, réf = Non	3.42 (2.81)	(-2.13, 8.98)	0,22
Nombre d'enfant	16.50 (5.20)	(-0.06, 33.06)	0,05
Eloignement parent avant ESA, réf = Non	2.70 (1.47)	(-0.21, 5.61)	0,07
Mention au bac, réf = assez bien			
Bien	-3.61 (1.74)	(-7.06, -0.17)	0,04
Pas de mention	-2.61 (4.00)	(-10.52, 5.31)	0,52
très bien	-4.52 (1.60)	(-7.68, -1.35)	0,006
Sauter une classe, réf = Non	1.29 (1.45)	(-1.59, 4.16)	0,38
Avoir redoublé avant ESA, réf = Non	1.98 (2.58)	(-3.12, 7.09)	0,44
Avoir redoublé depuis ESA, réf = Non	1.81 (1.16)	(-0.49, 4.10)	0,12
Avoir redoublé réf = Oui	-1.44 (1.16)	(-3.75, 0.86)	0,22
Motivation médecine modèle, réf = Non	-1.39 (1.31)	(-3.99, 1.20)	0,29
Motivation médecine vocation, réf = Non	-0.00 (1.20)	(-2.38, 2.38)	1
Motivation médecine carrière réf = non	1.83 (1.19)	(-0.52, 4.18)	0,13
Motivation médecine maladie proche réf = Non	-1.78 (2.09)	(-5.91, 2.35)	0,4
Motivation médecine problème familiaux, réf = Non	4.49 (2.06)	(0.42, 8.56)	0,03
Motivation médecine hasard, réf = Non	3.02 (1.92)	(-0.78, 6.83)	0,12
Motivation ESA modèle, réf = Non	-2.66 (1.19)	(-5.01, -0.30)	0,03
Motivation ESA militaire, réf = Non	0.94 (1.28)	(-1.59, 3.47)	0,46
Motivation ESA hasard, réf = Non	2.61 (1.30)	(0.04, 5.18)	0,05
Motivation ESA paye, réf = Non	-0.61 (1.42)	(-3.42, 2.21)	0,67
Motivation ESA problème familiaux, réf = Non	4.34 (1.61)	(1.16, 7.53)	0,008
Motivation ESA maladie proche, réf = Non	-3.97 (6.67)	(-17.17, 9.23)	0,55
Refaire PACES, réf = Non	0.53 (1.38)	(-2.21, 3.27)	0,7
DROIT REMOR, réf = Non	4.44 (2.20)	(0.04, 8.83)	0,05
ECN, réf = Non	0.66 (2.45)	(-4.24, 5.55)	0,79
Quitter la médecine, réf = jamais			
Parfois	1.67 (1.18)	(-0.66, 4.00)	0,16
Souvent	7.70 (1.85)	(4.04, 11.36)	<0.001
Quitter armée, réf = jamais			
JE VAIS QUITTER LE SSA PROCHAINEMENT	-5.44 (4.68)	(-14.71, 3.83)	0,25
Parfois	0.52 (1.34)	(-2.12, 3.17)	0,7
Souvent	4.95 (1.84)	(1.30, 8.60)	0,008

Soutien de la Fac, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	-1.86 (1.27)	(-4.38, 0.66)	0,15
TOUT A FAIT D'ACCORD	-3.59 (2.32)	(-8.19, 1.01)	0,12
Soutien SSA, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	0.65 (1.28)	(-1.88, 3.18)	0,61
TOUT A FAIT D'ACCORD	2.21 (2.72)	(-3.18, 7.59)	0,42
Médecine obstacle maternité, réf = Non	0.79 (1.18)	(-1.56, 3.13)	0,51
Médecine obstacle paternité, réf = Non	2.63 (1.33)	(0.01, 5.25)	0,05
Militaire obstacle maternité, réf = Non	0.43 (1.18)	(-1.91, 2.77)	0,72
Militaire obstacle paternité, réf = Non	0.95 (1.31)	(-1.63, 3.53)	0,47
Opex, difficulté quitter famille, réf = Non	0.13 (1.27)	(-2.38, 2.63)	0,92
Opex problèmes éthiques, réf = Non	-0.52 (1.62)	(-3.72, 2.68)	0,75
Opex peur décès, réf = Non	-1.63 (1.45)	(-4.50, 1.25)	0,26
Opex solitude de l'acte, réf = Non	1.05 (1.20)	(-1.32, 3.42)	0,38
Nombre d'heures de stage	0.11 (0.04)	(0.03, 0.20)	0,006
Nombre heure universitaires	-0.08 (0.03)	(-0.14, -0.03)	0,002
Nombre de week-libre par mois	-0.44 (0.61)	(-1.65, 0.76)	0,47
Nombre de jour de vacances par semestre	0.06 (0.11)	(-0.15, 0.27)	0,58
Nombre d'astreintes par mois	0.36 (0.27)	(-0.17, 0.88)	0,18
NB_JOUR_SEM	-1.52 (0.58)	(-2.68, -0.37)	0,01
Nombre de garde par mois	0.30 (0.29)	(-0.28, 0.87)	0,31
Repos de garde, réf = Non			
Oui	-1.32 (1.60)	(-4.50, 1.85)	0,41
Parfois	-0.73 (1.82)	(-4.33, 2.87)	0,69
Durée du trajet, réf = 1h - 2h			
30 minutes - 1h	-0.17 (2.11)	(-4.35, 4.02)	0,94
Moins de 30 minutes	-0.41 (2.02)	(-4.42, 3.60)	0,84
Plus de 2h	1.59 (4.29)	(-6.90, 10.08)	0,71
Temps entourage, réf = Non	-3.20 (1.17)	(-5.52, -0.88)	0,007
Ecran travail, réf = Non	-0.52 (2.78)	(-6.02, 4.98)	0,85
Ecran achat, réf = Non	0.93 (1.28)	(-1.61, 3.46)	0,47
Ecran vidéo, réf = Non	0.89 (1.25)	(-1.58, 3.36)	0,48
Ecran jeu, réf = Non	-0.18 (1.19)	(-2.53, 2.17)	0,88
Perte temps écran, réf = Non	1.23 (1.65)	(-2.03, 4.49)	0,46
Loisir, réf = Non	-2.90 (1.18)	(-5.24, -0.55)	0,02
Sport, réf = Non	-0.29 (1.21)	(-2.69, 2.10)	0,81
Problème de santé, réf = Non	0.66 (1.73)	(-2.76, 4.09)	0,7
Problème de santé familial, réf = Non	-0.84 (1.18)	(-3.17, 1.49)	0,48
Problème de santé proche, réf = Non	1.09 (1.19)	(-1.27, 3.45)	0,36
Tabac, réf = Non	3.77 (1.44)	(0.92, 6.63)	0,01
Nombre de cigarette par jour	0.03 (0.39)	(-0.77, 0.84)	0,94
Boisson énergisante, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-3.67 (2.79)	(-9.19, 1.85)	0,19
moins 1 fois par mois	-2.37 (3.11)	(-8.52, 3.78)	0,45

plusieurs fois par semaine	0.40 (4.02)	(-7.55, 8.35)	0,92
TOUS LES JOURS	-5.00 (7.16)	(-19.18, 9.18)	0,49
Consommation d'alcool, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-0.20 (2.60)	(-5.34, 4.95)	0,94
moins 1 fois par mois	-0.66 (1.49)	(-3.60, 2.29)	0,66
plusieurs fois par semaine	5.77 (1.21)	(3.37, 8.17)	<0.001
Jamais	-1.39 (4.75)	(-10.80, 8.01)	0,77
Consommation de cannabis, réf = 1 fois par semaine			
moins 1 fois par mois	0.33 (4.96)	(-9.49, 10.16)	0,95
PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE	-9.00 (8.15)	(-25.14, 7.14)	0,27
Consommation de cannabis, réf = Oui	3.49 (1.24)	(1.03, 5.94)	0,006
Consommation de drogue, réf = Jamais			
MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS	2.17 (2.42)	(-2.62, 6.96)	0,37
Consommation anxiolytique, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-5.73 (2.97)	(-11.61, 0.14)	0,06
moins 1 fois par mois	-1.64 (3.50)	(-8.57, 5.29)	0,64
Consommation d'antidépresseurs, réf = Jamais			
moins 1 fois par mois	3.87 (4.70)	(-5.43, 13.17)	0,41
Tous les jours	8.87 (4.70)	(-0.43, 18.17)	0,06
Consommation de produits dopants, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-6.34 (6.66)	(-19.53, 6.84)	0,34
moins 1 fois par mois	1.00 (9.38)	(-17.57, 19.57)	0,92
plusieurs fois par semaine	2.00 (9.38)	(-16.57, 20.57)	0,83
Trouble du sommeil, réf = Non	1.24 (1.18)	(-1.10, 3.57)	0,3
Régime alimentaire, réf = Non	1.75 (1.16)	(-0.55, 4.05)	0,13
Changer brutalement de poids, réf = Non	4.46 (1.32)	(1.85, 7.07)	<0.001
Comportement à risque, réf = Non	4.07 (1.65)	(0.80, 7.35)	0,02
Comportement à risque en voiture, réf = Non	5.17 (4.14)	(-3.61, 13.95)	0,23
Comportement sexuel à risque, réf = Non	-1.45 (4.73)	(-11.87, 8.97)	0,77
Ecran de jeu quotidien, réf = Non	1.79 (1.55)	(-1.29, 4.87)	0,25
Durée écran jeu supérieur à 3h, réf = Non	1.36 (2.42)	(-3.44, 6.16)	0,57
Fléchissement résultat scolaire dû aux jeux vidéos, réf = Non	8.33 (2.51)	(3.35, 13.31)	0,001
Délaisser bien-être dû aux jeux vidéos, réf = Non`	9.71 (3.05)	(3.65, 15.77)	0,002
Problèmes de sommeil dû aux jeux vidéos, réf = Non	4.76 (3.17)	(-1.54, 11.06)	0,14
Avoir pensé à la mort/tentative de suicide, réf = Non	4.76 (1.56)	(1.66, 7.85)	0,003
Déjà recours à un psy, réf = Non	2.69 (1.32)	(0.08, 5.29)	0,04
Aurai dû recours au psy, réf = Non	-0.51 (1.58)	(-3.65, 2.63)	0,75
Préférence méd de famille, réf = Non	-2.14 (1.46)	(-5.03, 0.76)	0,15
Préférence médecin généraliste, réf = Non	-1.08 (2.08)	(-5.20, 3.04)	0,6
Préférence médecin hospitalié, réf = Non	1.14 (3.36)	(-5.58, 7.86)	0,74
Préférence médecin hospitalier du personnel, réf = Non	-2.47 (1.81)	(-6.05, 1.12)	0,18
Préférence psychologue de l'hôpital, réf = Non	-3.80 (1.90)	(-7.57, -0.03)	0,05
Préférence psychiatre civil, réf = Non	-0.47 (1.64)	(-3.72, 2.78)	0,77

Préférence psychiatre HIA, réf = Non	1.62 (2.28)	(-2.89, 6.13)	0,48
Préférence psychologue en ville, réf = Non	3.39 (1.28)	(0.86, 5.92)	0,009
Préférence personne, réf = Non	0.31 (1.47)	(-2.60, 3.22)	0,83
Consultation burnout dans HIA, réf = Non	-2.99 (1.18)	(-5.32, -0.67)	0,01
Mise en place de groupe de parole type Balint, réf = Non	-2.02 (1.17)	(-4.34, 0.30)	0,09
Suggestion service téléphonique, réf = Non	-3.06 (1.19)	(-5.42, -0.70)	0,01
Suggestion tuteur, réf = Non	-0.28 (1.19)	(-2.63, 2.07)	0,81
Suggestion formation burnout, réf = Non	-0.46 (1.21)	(-2.85, 1.92)	0,7
Suggestion horaires présences précise, réf = Non	1.32 (1.23)	(-1.11, 3.76)	0,28

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

	Beta (SE)	95% CI for Beta	p-value
Sexe, réf = Féminin	3.77 (1.27)	(1.24, 6.29)	0,004
Age	-0.20 (0.29)	(-0.77, 0.37)	0,49
Année d'étude, réf = 4ieme	-0.03 (1.31)	(-2.63, 2.58)	0,98
Statut marital, réf = Célibataire	-0.45 (1.33)	(-3.09, 2.19)	0,74
Enfant, réf = Non	-0.69 (3.12)	(-6.87, 5.50)	0,83
Nombre d'enfant	-5.00 (9.49)	(-35.19, 25.19)	0,63
Eloignement parent avant ESA, réf = Non	2.34 (1.64)	(-0.91, 5.59)	0,16
Mention au bac, réf = assez bien			
Bien	1.07 (2.01)	(-2.90, 5.04)	0,6
Pas de mention	-0.77 (4.61)	(-9.90, 8.35)	0,87
très bien	-0.29 (1.84)	(-3.94, 3.36)	0,88
Sauter une classe, réf = Non	0.95 (1.63)	(-2.29, 4.18)	0,56
Avoir redoublé avant ESA, réf = Non	-0.07 (2.90)	(-5.80, 5.67)	0,98
Avoir redoublé depuis ESA, réf = Non	-1.49 (1.31)	(-4.08, 1.09)	0,26
Avoir redoublé réf = Oui	1.12 (1.31)	(-1.48, 3.71)	0,4
Motivation médecine modèle, réf = Non	1.53 (1.48)	(-1.39, 4.46)	0,3
Motivation médecine vocation, réf = Non	3.31 (1.32)	(0.69, 5.92)	0,01
Motivation médecine carrière réf = non	-0.83 (1.35)	(-3.51, 1.84)	0,54
Motivation médecine maladie proche réf = Non	-3.59 (2.34)	(-8.21, 1.04)	0,13
Motivation médecine problème familiaux, réf = Non	-5.87 (2.30)	(-10.43, -1.32)	0,01
Motivation médecine hasard, réf = Non	-1.19 (2.19)	(-5.52, 3.14)	0,59
Motivation ESA modèle, réf = Non	0.63 (1.36)	(-2.05, 3.32)	0,64
Motivation ESA militaire, réf = Non	1.87 (1.43)	(-0.95, 4.69)	0,19
Motivation ESA hasard, réf = Non	0.31 (1.48)	(-2.62, 3.24)	0,84
Motivation ESA paye, réf = Non	-2.22 (1.58)	(-5.35, 0.92)	0,16
Motivation ESA problème familiaux, réf = Non	-0.05 (1.86)	(-3.73, 3.62)	0,98
Motivation ESA maladie proche, réf = Non	5.21 (7.48)	(-9.59, 20.00)	0,49
Refaire PACES, réf = Non	-0.11 (1.55)	(-3.18, 2.97)	0,95
DROIT REMOR, réf = Non	-3.36 (2.54)	(-8.44, 1.72)	0,19
ECN, réf = Non	1.29 (2.82)	(-4.35, 6.92)	0,65
Quitter la médecine, réf = jamais			
Parfois	-1.39 (1.34)	(-4.04, 1.27)	0,3
Souvent	-7.19 (2.11)	(-11.37, -3.01)	<0.001
Quitter armée, réf = jamais			
JE VAIS QUITTER LE SSA PROCHAINEMENT	-3.56 (5.41)	(-14.27, 7.15)	0,51
Parfois	-1.36 (1.54)	(-4.42, 1.70)	0,38
Souvent	-2.59 (2.13)	(-6.80, 1.63)	0,23
Soutien de la Fac, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	0.86 (1.43)	(-1.98, 3.70)	0,55

TOUT A FAIT D'ACCORD	3.23 (2.62)	(-1.95, 8.40)	0,22
Soutien SSA, réf = Pas d'accord du tout			
PLUTOT D'ACCORD	-0.07 (1.43)	(-2.90, 2.77)	0,96
TOUT A FAIT D'ACCORD	0.12 (3.05)	(-5.92, 6.16)	0,97
Médecine obstacle maternité, réf = Non	-0.69 (1.32)	(-3.31, 1.93)	0,6
Médecine obstacle paternité, réf = Non	-0.96 (1.51)	(-3.95, 2.02)	0,52
Militaire obstacle maternité, réf = Non	-0.80 (1.32)	(-3.41, 1.82)	0,55
Militaire obstacle paternité, réf = Non	2.82 (1.45)	(-0.04, 5.69)	0,05
Opex, difficulté quitter famille, réf = Non	-0.62 (1.42)	(-3.43, 2.19)	0,66
Opex problèmes éthiques, réf = Non	0.09 (1.81)	(-3.50, 3.68)	0,96
Opex peur décès, réf = Non	2.55 (1.62)	(-0.65, 5.76)	0,12
Opex solitude de l'acte, réf = Non	0.49 (1.35)	(-2.18, 3.15)	0,72
Nombre d'heures de stage	0.06 (0.05)	(-0.04, 0.15)	0,23
Nombre heure universitaires	0.02 (0.03)	(-0.04, 0.08)	0,52
Nombre de week-libre par mois	0.06 (0.69)	(-1.31, 1.42)	0,93
Nombre de jour de vacances par semestre	0.22 (0.12)	(-0.01, 0.46)	0,06
Nombre d'astreintes par mois	-0.42 (0.30)	(-1.01, 0.16)	0,16
NB_JOUR_SEM	0.43 (0.67)	(-0.90, 1.77)	0,52
Nombre de garde par mois	0.22 (0.33)	(-0.43, 0.87)	0,51
Repos de garde, réf = Non			
Oui	0.40 (1.83)	(-3.22, 4.02)	0,83
Parfois	-1.85 (2.07)	(-5.96, 2.25)	0,37
Durée du trajet, réf = 1h - 2h			
30 minutes - 1h	5.77 (2.25)	(1.32, 10.21)	0,01
Moins de 30 minutes	7.08 (2.15)	(2.82, 11.34)	0,001
Plus de 2h	13.82 (4.56)	(4.80, 22.84)	0,003
Temps entourage, réf = Non	2.99 (1.33)	(0.36, 5.62)	0,03
Ecran travail, réf = Non	-2.53 (3.11)	(-8.68, 3.62)	0,42
Ecran achat, réf = Non	0.67 (1.44)	(-2.17, 3.52)	0,64
Ecran vidéo, réf = Non	2.04 (1.39)	(-0.71, 4.79)	0,14
Ecran jeu, réf = Non	2.85 (1.31)	(0.25, 5.45)	0,03
Perte temps écran, réf = Non	0.77 (1.85)	(-2.89, 4.44)	0,68
Loisir, réf = Non	2.45 (1.34)	(-0.19, 5.10)	0,07
Sport, réf = Non	0.77 (1.36)	(-1.91, 3.46)	0,57
Problème de santé, réf = Non	-2.49 (1.93)	(-6.30, 1.33)	0,2
Problème de santé familial, réf = Non	3.82 (1.28)	(1.29, 6.35)	0,003
Problème de santé proche, réf = Non	3.99 (1.30)	(1.43, 6.55)	0,003
Tabac, réf = Non	0.39 (1.66)	(-2.89, 3.68)	0,81
Nombre de cigarette par jour	0.66 (0.30)	(0.04, 1.28)	0,04
Boisson énergisante, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-3.30 (3.10)	(-9.43, 2.84)	0,29
moins 1 fois par mois	-4.32 (3.45)	(-11.15, 2.52)	0,21
plusieurs fois par semaine	-0.60 (4.46)	(-9.44, 8.24)	0,89
TOUS LES JOURS	11.00 (7.96)	(-4.76, 26.76)	0,17

Consommation d'alcool, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	1.75 (3.14)	(-4.46, 7.96)	0,58
moins 1 fois par mois	-3.96 (1.79)	(-7.51, -0.41)	0,03
plusieurs fois par semaine	-3.22 (1.46)	(-6.11, -0.32)	0,03
Jamais	-0.06 (5.17)	(-10.30, 10.18)	0,99
Consommation de cannabis, réf = 1 fois par semaine			
moins 1 fois par mois	-2.11 (5.40)	(-12.80, 8.58)	0,7
PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE	-9.50 (8.88)	(-27.07, 8.07)	0,29
Consommation de cannabis, réf = Oui	0.17 (1.37)	(-2.54, 2.88)	0,9
Consommation de drogue, réf = Jamais			
MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS	-3.12 (2.71)	(-8.47, 2.24)	0,25
Consommation anxiolytique, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	4.87 (3.39)	(-1.84, 11.57)	0,15
moins 1 fois par mois	3.05 (4.00)	(-4.86, 10.97)	0,45
Consommation d'antidépresseurs, réf = Jamais			
moins 1 fois par mois	-9.06 (5.27)	(-19.49, 1.37)	0,09
Tous les jours	-3.06 (5.27)	(-13.49, 7.37)	0,56
Consommation de produits dopants, réf = 1 fois par semaine			
Jamais	-5.25 (7.44)	(-19.98, 9.48)	0,48
moins 1 fois par mois	-9.00 (10.48)	(-29.75, 11.75)	0,39
plusieurs fois par semaine	4.00 (10.48)	(-16.75, 24.75)	0,7
Trouble du sommeil, réf = Non	-1.05 (1.32)	(-3.67, 1.57)	0,43
Régime alimentaire, réf = Non	-1.52 (1.31)	(-4.11, 1.08)	0,25
Changer brutalement de poids, réf = Non	-3.81 (1.50)	(-6.79, -0.84)	0,01
Comportement à risque, réf = Non	-2.14 (1.91)	(-5.92, 1.64)	0,27
Comportement à risque en voiture, réf = Non	0.78 (4.60)	(-8.97, 10.53)	0,87
Comportement sexuel à risque, réf = Non	-6.85 (5.09)	(-18.05, 4.35)	0,21
Ecran de jeu quotidien, réf = Non	4.05 (1.85)	(0.38, 7.73)	0,03
Durée écran jeu supérieur à 3h, réf = Non	2.00 (2.98)	(-3.93, 7.92)	0,51
Fléchissement résultat scolaire dû aux jeux vidéos, réf = Non	-0.45 (3.13)	(-6.67, 5.77)	0,89
Délaisser bien-être dû aux jeux vidéos, réf = Non`	1.99 (3.79)	(-5.54, 9.52)	0,6
Problèmes de sommeil dû aux jeux vidéos, réf = Non	7.46 (3.72)	(0.08, 14.85)	0,05
Avoir pensé à la mort/tentative de suicide, réf = Non	-2.16 (1.81)	(-5.75, 1.43)	0,24
Déjà recours à un psy, réf = Non	-3.79 (1.47)	(-6.71, -0.88)	0,01
Aurai dû recours au psy, réf = Non	0.30 (1.72)	(-3.12, 3.72)	0,86
Préférence méd de famille, réf = Non	2.87 (1.65)	(-0.41, 6.14)	0,09
Préférence médecin généraliste, réf = Non	2.34 (2.36)	(-2.32, 7.01)	0,32
Préférence médecin hospitalié, réf = Non	2.09 (3.89)	(-5.67, 9.86)	0,59
Préférence médecin hospitalier du personnel, réf = Non	0.23 (2.06)	(-3.86, 4.31)	0,91
Préférence psychologue de l'hôpital, réf = Non	-1.90 (2.19)	(-6.23, 2.43)	0,39
Préférence psychiatre civil, réf = Non	-0.89 (1.86)	(-4.57, 2.80)	0,64

Préférence psychiatre HIA, réf = Non	5.41 (2.55)	(0.37, 10.46)	0,04
Préférence psychologue en ville, réf = Non	-1.38 (1.48)	(-4.32, 1.55)	0,35
Préférence personne, réf = Non	-1.22 (1.67)	(-4.52, 2.08)	0,47
Consultation burnout dans HIA, réf = Non	0.27 (2.84)	(-5.40, 5.94)	0,92
Mise en place de groupe de parole type Balint, réf = Non	1.05 (1.33)	(-1.57, 3.68)	0,43
Suggestion service téléphonique, réf = Non	1.61 (1.36)	(-1.09, 4.30)	0,24
Suggestion tuteur, réf = Non	1.71 (1.33)	(-0.92, 4.35)	0,2
Suggestion formation burnout, réf = Non	0.68 (1.35)	(-1.99, 3.36)	0,61
Suggestion horaires présences précise, réf = Non	-1.27 (1.36)	(-3.95, 1.41)	0,35

ANNEXE 8 : EXEMPLES DE VERBATIMS DES ENTRETIENS DE RECHERCHE

VERBATIM Participant 1 (étudiant de 4° Année)

FR : Comment avez-vous eu l'idée de devenir médecin militaire ?

PART1 : déjà au niveau familial je n'ai aucun militaire dans ma famille, je n'ai pas la culture de l'officier comme dans certaines familles à l'école, en fait je voulais devenir ingénieur. J'ai fait le concours de l'école de santé pour m'entraîner à d'autres concours. Finalement j'ai été pris au concours à l'écrit et je me suis dit qu'à l'oral ça pourrait m'entraîner. A la fin, j'ai vu que j'étais dans les derniers pris, j'ai fait à moitié à pile ou face et je me suis dit pourquoi pas... ça sera une expérience, si ça se trouve c'est ce que j'ai envie de faire... ben voilà, je suis parti. Jusqu'à présent je ne regrette pas d'être ici, pour l'instant j'ai pas redoublé.

FR : donc vous êtes en quatrième année, c'est cela ? Finalement on pourrait dire que vous êtes arrivé ici un peu par hasard ?

PART1 : oui un peu par hasard, et je pense que je suis finalement assez bien intégré je me suis forgé un esprit...

FR : Qu'est- ce que ça signifie selon vous être assez bien intégré ?

PART1 : Ben je suis conscient de ce que je vais faire plus tard comme métier ; ça dépend de ce que je vais faire comme spé, il y a un choix de spécialités assez limité pour plus tard , c'est assez aléatoire, mais c'est le travail... comme la médecine militaire s'ouvre et il y a des patients civils maintenant, ça évite de surspécialiser, ça permettra d'avoir une ouverture pour le monde civil.

FR : Donc on vous a parlé des Réformes ?

PART1 : oui on a été mis au courant suffisamment tôt.

FR : Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour vous depuis l'arrivée à l'école ?

PART1 : [BLANC]... [Hésite]

Je pensais être un cas assez particulier, déjà on saura que c'est moi, j'ai fait un double cursus à science Po. On m'a demandé un mémoire sur l'intérêt des sciences politiques pour les médecins militaires. C'est un médecin en chef qui m'avait demandé un mémoire et depuis il est décédé. Je n'ai pas eu de tuteur pour m'aider dans ce mémoire, cela n'a pas été évident de gérer ça, de travailler là-dessus je devais le rendre en fin d'année mais ce n'est pas du tout fini, je n'ai aucun retour, aucune réponse à mes mails, du coup ça m'a fait une charge de travail supplémentaire et j'ai commencé à avoir un peu de mal.

Entre temps on m'a laissé tranquille parce que je suis une des personnes avec le plus de rattrapages dans la promo... C'est juste ça le plus difficile.

Oui C'est ça le moment le plus difficile : C'est un moment où j'étais un peu en difficulté à cause de ce mémoire, je n'ai pas eu de l'aide que je demandais ; au final on m'a proposé des aides qui ne pouvaient pas m'aider ; à science Po on m'a proposé des tuteurs spécialisés sur l'Afrique ou le Moyen-Orient qui ne connaissaient rien au monde militaire...

FR : Ce mémoire n'était pas du tout à destination de sciences Po pour valider quelque chose ? Le mémoire était pour l'école pour justifier ce double parcours, c'est bien ça ?

PART1 : Oui, on m'a demandé aussi à l'époque de préparer une conférence pour les deuxième et troisième années. J'ai commencé des tas de trucs pas du tout productifs.

FR : Pourquoi avez- vous choisi ce double parcours ?

PART1 : Comme je vous l'ai dit je suis intéressé par plein de choses... au début je voulais être ingénieur et je me suis dit aussi qu'en tant que médecin militaire j'allais pouvoir travailler en Afrique ; donc en faisant Sciences Po je pourrai en connaître un peu plus sur l'Afrique, ça serait pas si mal ; après c'était aussi pour viser des postes de longue durée à l'étranger ou en ambassade. C'était surtout pour éviter d'avoir à une situation instable par la suite je sais que je vois loin mais...

FR :... Qu'est- ce qui vous pousse selon vous à vouloir partir à l'étranger aussi tôt dans le parcours ?

PART1 : J'ai fait des demandes de stage à l'étranger qui ont été refusées... C'est la même chose qui m'a fait partir à Lyon pour faire médecine militaire, partir un peu sur un coup de tête ; après si on commence à se cantonner... après Je peux très bien faire ma carrière de médecin militaire bien fermée, ne pas essayer de faire des choses particulières mais je ne pense pas que sur le plan personnel ça m'apportera quelque chose, enfin je ne sais pas...

FR : Cà serait quoi une carrière réussie pour vous ?

PART1 : Quelque chose qui sort de la carrière habituelle ; enfin je sais pas... Après faire des missions de quatre mois ou six mois c'est pas évident pour la stabilité. J'ai pas envie d'être un médecin militaire qui se retrouvera dans une situation personnelle désastreuse à 50 ans comme beaucoup de médecins militaires que j'ai rencontrés. Du coup dans l'élaboration de mon mémoire j'ai contacté pas mal de médecins militaires qui étaient dans des situations personnelles douteuses.

FR : c'est à dire, « douteuses » ?

PART1 : C'est à dire divorce, nombreux remariages et autres ; je sais que c'est fréquent partout mais c'est pas forcément et tous ceux qui ont eu des carrières différentes ont eu des problèmes familiaux.

FR : différentes par rapport à quoi ?

PART1 : Des anciens médecins militaires qui ont fait des carrières à l'OMS, des médecins qui étaient à fond dans ce qu'ils faisaient, à fond dans les OPEX, qui partaient tout le temps et qui ont mis l'essentiel de côté.

FR : C'est quoi l'essentiel ?

PART1 : Pouvoir vivre !

FR : C'est-à-dire ?

PART1 : On ne vit pas tout seul ! C'est à dire avoir une vie de famille, je ne sais, pas une certaine stabilité, pas être un célibataire endurci de 50ans qui a fait 50 OPEX.

FR : Comment articulez- vous cette perspective avec ce qu'on vous a dit à l'école ?

PART1 : On nous présente le métier comme... après c'est pas ce qu'on nous a dit directement. En fait j'étais en contact avec le directeur des études et d'autres médecins l'école à ce qu'on m'a dit c'est que globalement on peut faire ce qu'on veut ; il suffit de s'en donner les moyens, d'avoir un peu de chance et de travailler... ce qui m'intéressait c'est d'avoir un poste stable à l'étranger, c'est ce qui m'intéresse ce qui me permettra d'avoir une vie personnelle stable tout en faisant quelque chose d'intéressant, pourquoi pas ? ça m'éviterait de partir seul plusieurs mois...

FR : Comment ça se passe le plan personnel et sentimental pour vous à l'école ?

PART1 : euh... J'ai déjà été en couple, trois ans, deux fois un an et Demi, ça s'est bien passé mais pour l'instant ça n' est pas ma priorité... Je suis dans mes rattrapages actuellement...

J'hésite à me remettre d'autres objectifs pour l'année prochaine pour m'obliger à travailler ; en fait quand j'étais à Science Po, j'étais obligé de travailler tout le temps.

Ajoutés à cela plusieurs problèmes familiaux et c'est vite la pagaille, on n'arrive plus à travailler !

FR : Qu'est ce qui s'est passé dans votre famille ?

PART1 : Mes parents ont eu des problèmes de santé tous les deux en même temps : Mon père nous a annoncé comme ça qu'il avait des marqueurs tumoraux, il y a plusieurs cancers colorectaux dans la famille et je lui ai dit de faire une coloscopie mais il a attendu plusieurs mois... du coup on était tous avec ça dans la tête.

Et ma mère a eu un cancer de l'endomètre et elle a eu un infarctus aussi... Il y a juste eu ça...

Quand on est avec quelqu'un dans son coin qui refuse de se soigner, ce n'est pas facile. Je ne sais pas si vous avez connu ça de votre côté ? Du coup ça m'a vraiment impacté dans mon travail.

FR : Comment vivez vous les problèmes de santé de vos parents avec vos connaissances médicales ?

PART1 : En fait ils sont du milieu médical, ma mère est pharmacienne et mon père est médecin. Donc ils sont au courant de ce qu'ils ont, de ce qu'ils pourraient avoir et autre... enfin... J'ai baigné tout le temps là dedans, donc je connaissais un peu mais je savais ce qu'ils avaient mais je ne pouvais rien faire étrangement ça suivait mon programme de cours, je pouvais suivre à peu près : je faisais la gynécologie médicale quand ma mère a eu son cancer, pareil pour la cardio quand mon père a eu son infarctus... mais je ne pouvais rien y faire...

FR : Pouvez vous à présent me raconter ce qui vous a le plus marqué depuis que vous êtes en contact avec les patients ?

PART1 : Je pense avoir un bon relationnel avec les patients, je discute facilement avec eux, j'essaie de faire très attention de ne pas blesser le patient, d'être trop brusque, comme j'ai déjà vu beaucoup mon père prendre en charge des patients et j'ai vu comme il était avec eux et je sais qu'il n'est pas froid comme certains de mes co-externes ou d'autres médecins , par exemple l' examen gynéco, « mettez- vous à poil... et voilà » et du coup je me voyais mal être comme tous ces médecins qui prennent les patients pour de la merde ; après c'est peut-être idéaliste de dire ça que je finirai jamais comme ça.

FR : Votre père est médecin de famille ?

PART1 : Oui c'est cela, il est installé dans le nord.

FR : Où avez- vous vu ça, c'est à dire ces patients maltraités...?

PART1 : Dans plein d'endroits, en chirurgie, aux urgences.... Dans des milieux comme ça après, ça n'empêche que ça m'intéresse énormément des milieux comme ça.

FR : Pourriez- vous me raconter une histoire qui vous a marquée par rapport à un patient ?

PART1 : Je me souviens de mon premier patient qui est dcd en réanimation, il était défaillant sur tous les plans, j'étais en stage infirmier et je me suis occupé de lui pendant presque un mois, il est mort progressivement au cours d'une nuit où j'étais de garde ; je m'occupais de lui presque exclusivement au niveau des soins infirmiers... C'est ça qui marque marqué le plus ; après il y a toujours deux ou trois histoires qui reviennent...

FR : Où avez- vous pu parler de ces histoires difficiles ?

PART1 : Avec les autres camarades de promotion, on discute de plein de trucs, on en parle au resto ou on se pose dans une chambre... Si on a des situations qui semblent pas évidentes à l'hôpital on en discute entre nous ; après voilà je n'ai pas besoin d'en discuter...

Je me souviens d'une lettre il n'y a pas si longtemps adressée par un médecin à une personnalité politique à propos des étudiants en médecine, elle avait dit que les étudiants étaient trop rémunérés, j'ai trouvé cette lettre très bien faite, ça parlait du parcours des étudiants en médecine : ça disait en gros « est-ce que vous avez déjà dû à 20 ans apprendre la fragilité de la vie... » je ne suis pas un cas isolé, tous les étudiants dans le domaine de la santé sont confrontés à ça au cours de leur vie après il y en a que ça doit gêner plus que d'autres, on s'y fait....

FR : Quoi d'autre par rapport à votre vie d'étudiant ?

PART1 : Ce que je fais comme à activité à coté ?

[RIRES] Ben je sors !

PART1 : Quand on est à l'hôpital qu'on parle à des gens qui ne parlent que de médecine, J'essaie de voir d'autres personnes, de sortir du milieu, de parler d'autres choses-là par exemple je vais me mettre en colocation avec un élève en quatrième année d'école d'ingénieur ; c'était l'ami d'un ancien santard dans le réseau étudiant ; sortir un peu du milieu... En faisant d'autres choses c'est pour ça j'hésitais à reprendre des cours en parallèle l'année prochaine, des trucs qui ne sont pas médicaux ? Des cours en parallèle J'ai commencé à coder car je trouve ça intéressant.

FR : Un besoin d'élargir ?

PART1: De partir ! On peut pas tout le temps... c'est vraiment réducteur de se cantonner uniquement à la médecine, au monde soignant! Pour moi c'est évident enfin ça l'est pas pour tout le monde...

FR : Dans votre famille, comment ça se passait justement par rapport au monde soignant ?

PART1 : On parlait beaucoup de ça ! Personnellement ça m'a pas affecté mais j'ai trois sœurs, je suis le dernier de ma famille, mon père leur a fait pression pour qu'elles fassent un métier médical du coup ça ne

les intéressait pas, elles ont tenté et ce n'est pas ce qu'elles voulaient faire et du coup elles ont changé après ; moi j'avais prévenu depuis tout petit que je ferai pas médecine, mais je l'ai fait sur un coup de tête, je pense qu'il y quand même une part d'influence.

FR : Et pour vous ? Si c'était à refaire avec vos quatre ans de recul ?

PART1 : J'aurais peut-être fait différemment. Je pense que je ferai ingénieur d'abord et médecine après, ça doit être plus facile... Maintenant c'est impossible de le refaire dans l'autre sens.

J'aurais sans doute fait l'inverse. Quand on fait une classe prépa on travaille quand même mais après la méthode de travail est différente. Après c'est beaucoup de raisonnement scientifique, pas du par cœur comme en P1 !

FR : Qu'est-ce que tu as pensé de la P1 ?

PART1 : J'ai pas été bouleversé par la P1, c'était une année comme les autres en fait, je bossais un peu moins que d'autres collègues qui avaient beaucoup de difficultés.

FR : Et après ?

PART1 : Début de P2 ça pas été beaucoup en fait. Le fait de passer de beaucoup de travail à pas de travail on se retrouve à rien faire, je ne voyais pas quoi faire, du coup le fait de ne rien faire après une période de travail intensive ce n'était pas évident. Sur le plan personnel ça allait n'est pas très bien, du coup ça s'est amélioré quand j'ai commencé le cursus à Sciences Po. Je sais pas si c'est pareil avec les nouveaux internes ?

FR : Les nouveaux internes enchaînent directement à l'hôpital avec beaucoup de responsabilités...

PART1 : y'a les trois mois et du coup ils ont même pas le temps de penser qu'il y a un problème.

Ça doit être juste entre la première et la deuxième année.

FR : Et ensuite ?

PART1 : Après la troisième année sans problème, et ensuite la quatrième année beaucoup de rattrapages

FR : Pourquoi vous avez eu tous ces rattrapages ?

PART1 : Du coup il y a eu tous les problèmes familiaux et la difficulté à y être... Donc j'ai eu tout le premier semestre et au deuxième semestre j'en ai pas eu.

FR : Pouvez vous m'expliquer comment s'est passée cette convocation à l'entretien de ce soir ?

PART1 : Non c'est pas ça... Du coup... j'ai déjà eu pas mal de difficultés avec des supérieurs... (hésite) Il y a eu plusieurs histoires... (hésite)... J'ai déjà eu plusieurs moments de tension avec des supérieurs... ça il faut pas... là on m'affiche direct (rires)...

Du coup on n'a pas le droit de parler trop aux civils à la fac ; le but c'est que les santards restent entre eux pour passer tous ensemble en deuxième année.

FR : Qui vous dit ça ?

PART1 : Les redoublants souvent, mais ça vient aussi du commandement puisque le commandement me l'a reproché aussi après... donc je discute avec des civils alors que j'ai pas trop le droit et je me fais une amie qui redouble sa deuxième année ; elle hésite entre médecine et dentaire et je lui conseille de faire médecine. Ça faisait deux ans qu'elle se bat pour médecine et elle n'allait pas changer sur un coup de tête à la fin même si... finalement elle est prise en médecine.

Donc J'ai été convoqué par le commandant de compagnie qui m'a dit que j'avais un esprit antimilitariste, parce que j'allais faire perdre une place à un santard au numerus clausus. On m'a dit que ça serait pas si mal si je me barrais de l'armée...

Sur le coup j'étais un peu énervé...

Aussi, j'ai été sorti des rangs du 14 juillet. Je l'ai mal vécu et finalement je suis passé à autre chose quand j'ai su que j'allais avoir deux semaines de vacances à la place.

Ensuite ça s'est apaisé, mes relations avec mes supérieurs se sont améliorées quand j'ai fait mon double cursus... après, moi je ne suis pas comme les autres qui passent des heures dans le bureau à dire qu'ils ont bien fait leur travail. Là ça m'a permis de rencontrer mes supérieurs et de leur expliquer ce que je faisais, de faire un peu de relationnel. De toute façon c'est comme ça qu'il faut faire si on veut faire quelque chose d'un peu différent.

FR : Que voudriez vous ajouter ?

PART1 :

Blanc [Hésite]... Non je sais pas... je ne sais pas si ça aurait de la place dans... non je ne pense pas que ça ait la place ici...

FR : Qu'est-ce que vous vouliez dire?

PART1 : Du coup c'est.... Une interrogation en fait ...ça serait peut-être un manque de reconnaissance....de la part de la strass....

Je pense que c'est lié au fait que je suis pas beaucoup dans le relationnel... Je sais pas trop discuter. En gros que je suis pas tout le temps dans le bureau de la Strass à boire des cafés avec eux...

Par exemple je fais de la représentation étudiante. ça a été mis en place y a deux ans pour que l'école soit représentée à l'association des étudiants en médecine de France. Ça me fait six à huit congrès le weekend par an, sur le plan personnel c'est cool pour moi mais. J'ai le sentiment de m'être investi et de ne pas avoir eu de retour, par exemple pour mon stage à l'étranger, on me l'a refusé, par exemple j'ai fait plein de demandes particulières par exemple pour un erasmus qui m'ont été refusés, par ex je me suis inscrit à Sciences Po avant de le dire à l'école.

FR : Et alors ? Comment ça s'est passé ?

PART1 : Du coup ils m'ont dit : « Il va falloir qu'on en discute, on va établir un contrat ensemble... si vous avez des rattrapages cette année on arrête tout, de toute façon on vous finance alors que c'est pas vrai. Je me suis payé mon diplôme. Vous nous mettez devant le fait accompli, c'est un peu incohérent parfois a posteriori j'ai fait une demande que je me suis inscrit en juillet et j'ai fait ma demande en septembre.

Du coup j'ai parfois un peu du mal.

Si un jour je devais quitter l'armée ça pourrait être ça la raison... J'essaie de faire des trucs qui pourraient être intéressants enfin je pense ! J'ai pas toujours eu le sentiment de pouvoir le faire.

Le fait que vous soyez la première à faire cette étude ça prouve aussi qu'il y a un manque d'ouverture ? Ça sera publié ou ça restera dans le service ?

FR : J'y compte bien !

Merci pour votre confiance.

PART1 : Je vous fais confiance aussi! [rires]

Verbatim participant 3 (étudiant de 2° Année)

FR : Alors commençons, devenir médecin militaire qu'est-ce que cela évoque pour vous ? Je vous écoute.

PART3 : Cela a commencé assez tard la vocation parce qu'en terminale j'étais plutôt dans une filière pour devenir ingénieur et puis, le jour du 14 juillet, j'ai vu le parachutiste qui s'est blessé et j'ai eu l'occasion de parler avec des médecins militaires que mes parents connaissaient parce que le gars devait être soigné.

Puis ensuite ça s'est enchaîné. J'ai passé le concours et j'ai tout fait pour entrer à l'école, j'ai fait les journées portes ouvertes puis j'ai préparé le concours de novembre à avril sans me poser de questions en me disant que finalement quand j'aurai le concours je pourrais réfléchir.

FR : Et depuis que vous êtes rentré comment ça se passe ? Comment s'est passée votre première année ?

PART3 : On travaille tous les jours, c'est ça qui est galère, mais finalement c'est peut-être l'année où on est tous ensemble tous soudés on est tout le temps tous ensemble on fait tous les mêmes activités. Et puis finalement ça c'est bien passé pour moi ! Je n'ai pas eu trop de pression Je n'ai pas été convoqué toutes les semaines par les professeurs donc on m'a laissé bossé à ma manière et du coup ça marche bien. Ça m'a conforté dans ma manière de travailler, du coup que je pense que d'autres élèves avaient d'autres méthodes de travail qui n'étaient pas forcément mauvaises et ça a dû être plus difficile pour eux.

FR : Qu'est ce qui a été le plus difficile pour vous depuis votre entrée à l'école ? Vous êtes en deuxième année c'est cela ?

PART3 : Je pense que c'est le premier semestre de la première année parce que finalement on n'a pas eu les résultats du concours et on ne sait pas où on en est au niveau du classement. On n'a aucun éclairage sur la manière dont on travaille, si cela est efficace ou non. Alors qu'au deuxième semestre j'avais déjà eu les résultats et je savais que j'avais bien réussi, donc que c'était plus facile à gérer.

Et puis il y a les colles le dimanche mais on ne sait pas si c'est un révélateur. Si on est en tête de colle c'est plutôt bon signe mais il y en a qui réussissent aux colles et finalement qui échouent au concours.

Moi j'aimais bien le principe des colles tous les dimanches entre 1h00 et 2h00 suivant les matières. Il y en a qui n'aiment pas parce qu'il y a un classement à la suite il forcément si on n'est pas bien classé... c'est pas forcément très agréable.

Mais c'est aussi un repère de savoir où on se situe. J'ai finalement vécu cet encadrement comme quelque chose d'assez adapté, une émulation en quelque sorte, ce n'est pas du tout destructeur ! C'est un moule en quelque sorte, soit on rentre dans le moule soit on n'y rentre pas.

FR : Si vous n'aviez pas eu le concours de santé qu'auriez-vous fait ?

PART3 : Je me serais inscrit en fac de médecine à Toulouse où j'habite. Mais je ne me rendais pas compte, mes parents n'auraient pas eu les moyens de payer une prépa privée et je pense que j'aurais raté mes deux années, du coup c'est vraiment une bonne chose que j'aie pu intégrer l'école. Et les civils n'ont pas cette histoire de cohésion que nous on a en permanence. Quand je vois mes amis civils, pour eux c'est toujours la compétition permanente, ils doivent être concentrés 100 % du temps pendant les cours, ils n'ont pas le système de ronéo que nous avons à l'école. Je sais que je n'ai pas suivi tous les cours et que je ne les ai pas pris en notes ! Et au niveau du quotidien tout est fait pour qu'on ait juste à travailler à l'école. On n'a pas à se soucier des repas, il y a un système de bus qui nous emmène à la fac le matin et nous ramène... ça c'est pas mal.

FR : Et votre santé pendant ces deux années de présence à l'école ?

PART3 : Très bien, normal ! J'ai juste eu un problème de croissance et il a fallu reprendre tous mes uniformes ! Mais j'ai pu continuer le sport en première année et ça c'est important.

FR: Et comment avez-vous vécu la deuxième année après votre réussite au concours ?

PART3 : Finalement une année pas facile à gérer sur le plan de l'organisation parce qu'en première année justement on n'avait pas de temps libre ! En première année on n'avait que deux quartiers libres par semaine, le lundi et le vendredi à de 18h00 à minuit. Donc on savait ce qu'on faisait et donc on minutait notre temps pour qu'on puisse faire le plus d'activités possibles ! On allait faire des petites courses et on allait au restaurant.

PART3 : En deuxième année on a plein de temps libre mais du coup on ne sait pas comment le gérer et on n'est pas efficace. On ne fait pas grand chose de constructif qu'on a plein de projets en début d'année et on se dit qu'on va remettre ça au lendemain et finalement on perd un peu notre année je pense et c'est un peu dommage... c'est un peu dommage...

FR : Et à la faculté comment ça se passe en deuxième année ?

PART3 : On a eu un stage de sémiologie mais qui n'est pas très bien fait. Finalement on n'a pas vu de patients pendant le stage, c'est un peu médecin-dépendant si le médecin ne veut rien nous faire faire, on ne fait rien ! Et on a des cours magistraux auxquels peu de personnes assistent. Ça ne m'a pas empêché d'avoir mon année grâce aux ronéos qui sont bien faites !

On a aussi des TD qui sont plus ou moins intéressants, il y en a certains qu'on subit.

Comme finalement rien n'est organisé en deuxième année par rapport à la première année où tout était cadré et encadré, c'est à nous de nous organiser et on n'est pas très bon pour ça ! Du coup on travaille les examens deux semaines avant et on ne retient pas bien les choses, c'est deux semaines qui ne sont pas très agréables ça c'est moins bien.

FR : Et pour l'avenir, comment voyez-vous les choses ?

PART3 : [hésite...] Là je suis content, je vais faire plein de stages militaires pendant l'été, le stage commando et peut-être le brevet d'alpinisme militaire fin août, si j'ai vraiment de la chance.

Du coup ça va me donner l'occasion d'avoir des contacts avec des militaires parce qu'à l'école on ne sait pas trop comment ça marche ! Après je n'ai pas trop d'idées et de spécialités. Pour le moment je voudrais être médecin d'unité, on nous a dit à l'école que beaucoup de gens voulaient faire médecin d'unité. Je ne me rends pas trop compte de ce que je vais faire par la suite, on n'a pas une vision dans le lointain et on ne se rend pas trop compte de ce qu'on va faire.

FR : Comment envisagez-vous votre future carrière de médecin militaire ?

PART3 : J'ai bien envie de partir avec les chasseurs alpins, ensuite avec la vie de famille ça va être un autre souci à gérer qu'on n'a pas trop en tête en ce moment mais qu'il va falloir prendre en compte au bout d'un moment. Par exemple, les départs en OPEX quand a des jeunes enfants, quand sa femme va accoucher, pendant mon stage j'ai discuté par exemple avec un médecin capitaine qui venait de divorcer alors qu'il s'était marié y a deux ans seulement ! Du coup ça pose quand même des questions. On ne sait pas comment on gère les médecins actuellement !

FR : C'est quelque chose qui vous interroge tout particulièrement ?

PART3 : C'est moi qui ai posé la question à ce médecin capitaine sur la vie de famille... On entend nos anciens parler de la vie de famille et c'est vrai qu'on se pose des questions nous-mêmes ! Est-ce ce qu'on va avoir le temps d'avoir des enfants et de se marier ? La plupart des gens qui se marient à l'école souvent ont tendance à démissionner et à moins s'investir dans le métier! Du coup ça pose des questions ! Pour les garçons c'est un peu différent parce qu'il y a pas le problème de la maternité mais pour les filles c'est un autre souci, c'est plus difficile! J'avoue que je ne sais pas comment elles gèrent ça !

FR : Comment envisagez-vous alors pour vous même les choses sur le plan de votre vie personnelle?

PART3 : Très bien ! Mais Je ne pense pas que j'épouserai un médecin militaire! Déjà on aurait le même travail et donc on fonctionnerait en vase clos déjà à l'école on fonctionne comme ça. On est toujours les mêmes amis ensemble, on fait toutes les activités ensemble et ce n'est pas génial pour l'équilibre !

Et ensuite je ne sais pas comment on pourrait gérer les départs en mission en même temps. Je vois mal comment on peut concilier d'avoir des enfants et d'être médecin militaire en tant que femme ! Que je pense que ça finirait par bousiller sa carrière ce qui n'est pas très juste.

FR : Vous vous posez cette question finalement très tôt puisque vous avez 18 ans c'est cela ?

PART3 : Oui c'est tôt mais j'ai beaucoup d'amis dans les années supérieures qui se sont déjà mariés et ont des enfants et avec qui je discute pas mal. C'est ce que disait le médecin que j'ai rencontré en stage à Nimes, il faut y penser, il faut avoir cela en tête...

Et je ne pense pas qu'il y ait de réponses toutes faites mais du coup il faut qu'on se pose cette question et qu'on y réfléchisse !

FR : Avez-vous d'autres questions par rapport à votre futur métier de médecin militaire ?

PART3 : J'aimerais bien me rendre compte à quel point les médecins partent en mission en opex.

Et aussi comment va s'organiser le concours de l'internat ?

Et aussi par rapport à la fac on a souvent l'impression que la faculté et l'école ne sont pas toujours très adaptées pour nous, pas très concordantes? Par exemple pour les stages militaires, ce n'est pas très simple !

Et on a aussi plusieurs enseignants qui nous ont fait des remarques plutôt négatives du style « ah vous êtes santards ! » il y a des professeurs qui sont contre les militaires... On n'a pas l'impression d'être très aidé !

J'aimerais bien savoir à quel point notre école dialogue avec la faculté... Par exemple les emplois du temps se rentrent dedans à certains moments et du coup c'est galère, par exemple on doit rater des travaux dirigés à cause de certaines cérémonies à l'école et inversement !

FR : Que voudriez-vous ajouter ?

PART3 : Je pense qu'on manque un peu de terrains de stages militaires par exemple on n'est que trois à pouvoir partir en stage commando cette année ! On manque aussi un peu de terrains d'expérience, comme par exemple dans notre stage militaire, on a passé trois semaines avec les hommes avec juste une journée à l'infirmerie juste pour saluer les médecins.

Ça nous permet de nous rendre compte de comment les hommes qu'on va soigner vivent réellement sur le terrain ! Moi j'aimerais qu'on refasse un autre stage par exemple en troisième année. Ce sont des propositions qu'on peut faire par exemple via notre président de promotion et du coup, ce sont des réponses vont être assez franches. Ce sera soit oui, soit non ! Mais parfois il y a une administration qui est parfois un peu lente et un peu bête...

FR : Si vous deviez retenir quelque chose de difficile dans ce que vous avez vécu jusqu'à présent ce serait quoi ?

PART3 : [hésite] ça serait le premier jour du concours au premier semestre de P1. Même si j'étais bien préparé c'est là qu'on se sent vraiment seul !

Ce qui m'a aidé c'est la cohésion, on a toujours bossé ensemble il n'y avait pas de compétition entre soi, la formation initiale et FMC aussi, ça nous a permis de nous connaître et de nous souder ensemble ! ça permet aussi d'apprendre à mieux se connaître, si on a un problème qu'on peut être aidés par les autres et réciproquement.

FR : Au niveau de votre famille comment ça se passe ?

PART3 : Mes parents sont en procédure de divorce depuis trois ou quatre ans. Ils ont commencé à se séparer juste quand je suis entré à l'école, ça fait quatre ans, on a appris à vivre avec mais je n'ai pas eu des effets collatéraux qu'ont eu mes petits frères et petites sœurs. Il y a une bataille d'avocats et de procédures notamment pour la garde des enfants...

Pour eux c'est plus difficile à vivre au jour le jour, c'est plus galère ! Pour moi c'est une chance que j'aie pu partir à l'école à ce moment-là !

FR : Vous êtes l'aîné ?

PART3 : Oui, on est une famille de sept enfants.

FR : Du coup cela explique peut- être votre sensibilité particulière par rapport à la vie de famille ?

PART3 : Oui peut-être !

FR : A qui avez-vous pu parler de cette épreuve ?

PART3 : J'ai pu parler beaucoup à l'aumônier d'ici qui est pas mal, et aussi à d'autres amis à Toulouse qui m'ont pas mal aidé et aussi des amis de mes parents ! Pour le coup j'aurais aussi pu aller voir le médecin ici à l'école, je n'ai pas manqué de soutien.

FR : Auriez-vous d'autres questions ?

PART3 : Je me demandais de quelle promotion vous étiez ?

FR : Je suis une grande ancienne, je suis entrée à l'école en 1986 !

PART3 : Pourquoi cette question ?

Pour avoir une idée, on ne se rend pas très bien compte !

Je me demande aussi si l'esprit de promotion dure après quand on est ancien ?

FR : C'est quelque chose de très important pour vous l'esprit de promotion ?

PART3 : On est tous ensemble pendant six ans on a intérêt à être soudés à s'entendre ?

FR : Et du coup à quoi ça vous fait penser cet esprit de promotion ?

PART3 : On est un peu une très grande famille ?

FR : On pourrait dire un peu comme la vôtre, comme celle que vous avez quittée ?

PART3 : Oui c'est cela, je n'y avais pas pensé mais c'est bien cela !

FR : Je vous remercie pour votre confiance, nous allons arrêter ici l'entretien.

Verbatim participante 4 (étudiante de 2° Année)

FR : Comment vous êtes venue l'idée de devenir médecin militaire ?

PART4 : Au départ je voulais être médecin depuis la quatrième mais à ce moment-là je ne connaissais pas du tout la carrière de médecin militaire.

Mais je ne voulais pas du tout être médecin généraliste en campagne, je trouvais ça trop simple à la limite.

Puis ma tante m'a parlé de la carrière militaire à partir de là, je me suis renseignée sur Internet, que je suis tombé sur le site de l'école et sur le site du service de santé et ça m'a plu.

FR : vous n'avez pas de famille militaire ?

PART4 : Mon frère s'est engagé en 2009, tous les deux on est les deux nouveaux à l'armée dans la famille !

FR : Que font vos parents dans la vie ?

PART4 : On a un père différent...

Ma mère est comptable et mon père est technicien. Il n'y a personne dans la famille, ni militaire ni médecin, ma mère m'a dit que j'avais une grande tante qui était homéopathe mais c'est tout !

FR : Comment vous est venue l'idée d'être médecin ?

PART4 : ça a été un besoin de me sentir utile ! Je voulais être utile aux gens qui m'entourent. Je n'avais pas envie de faire quelque chose qui serve à rien, c'est bête mais les études longues ça m'a attiré à l'époque.

FR : Pourquoi à votre avis ?

PART4 : J'ai toujours aimé travailler et j'ai toujours aimé beaucoup l'école en primaire, je ne voulais pas aller en récréation, je voulais toujours travailler. C'est vrai qu'après la première année je travaille beaucoup moins bien…

FR : Comment avez-vous vécu l'arrivée à l'école de santé et la première année ?

PART4 : Au lycée j'étais déjà en internat, j'étais déjà éloignée de mes parents, et puis je n'avais pas beaucoup d'amies au collège, pour tout le monde j'étais l'intello de service, donc ça a été un peu compliqué. L'internat m'a permis de recommencer à zéro et de m'ouvrir aux autres et de gagner en indépendance. J'ai appris pas mal de choses là-bas et la vie en communauté ça ne fait pas de mal.

Du coup quand je suis arrivée à l'école, je n'étais pas du tout perdue au niveau de l'indépendance.

Par contre mes parents habitent dans les Pyrénées-Atlantiques au beau milieu de la campagne et il n'y a beaucoup de choses à faire. Donc je ne rentrais pas beaucoup chez moi, j'allais plus chez une amie. Quand je rentrais à la maison en première année, comme on n'avait pas beaucoup de permissions, je voulais profiter de mes parents mais en même temps je culpabilisais de ne rien faire pour le travail, donc en fait c'était assez ambigu...

FR : Continuez...

PART4 : Euh... avant je ne faisais pas de sport, mais à la fin de la formation militaire j'ai bien apprécié ce qu'on a fait. Ensuite en a eu la formation pré-universitaire. Au début les cours me semblaient super durs et surtout pour la physique. Je me suis dit qu'ici on a des professeurs qui nous aident et donc ce sera beaucoup plus facile que dans le civil. Mais en fait ça était de plus en plus facile au premier semestre notamment les cours c'était que de la compréhension donc ça été très facile, j'ai pu même m'amuser dans certaines matières et du coup j'ai pu aider d'autres camarades. Après au deuxième semestre ça a été du par cœur ! J'allais beaucoup moins vers les autres parce que je partais du principe qu'on ne peut pas expliquer aux autres le par cœur. Et là j'ai quand même aidé une amie tous les soirs pour lui faire faire des exercices dans une matière. Il y avait des choses à expliquer, j'aime me sentir utile mais je n'aime pas demander de l'aide aux autres !

Et donc ce semestre ça m'a moins plu et j'ai perdu beaucoup de places au classement, comme j'avais un bon classement au premier semestre ça m'a quand même permis de passer au P2 ! En plus j'ai besoin de beaucoup de sommeil et je suis incapable de travailler plusieurs heures de suite sans m'arrêter. Moi j'ai besoin de faire des pauses qui durent et il y en a qui travaillaient des fois 13h00 par jour d'affilée ! Moi je regardais des fois des séries sur mon ordinateur et j'allais courir pour me changer les idées.

FR : Et la deuxième année commence ça se passe ? Après la réussite au concours, comment vous le vivez ?

PART4 : Tout le monde nous dit pas en P2 c'est les vacances! En fait ce n'est pas vraiment vrai !!

En août on a eu une deuxième formation militaire qui est parfois un peu dure physiquement. ça m'a renforcé dans ma conviction de vouloir devenir médecin militaire, je n'ai plus eu qu'aucun doute sur mon futur de médecin militaire.

En plus, on a la préparation du gala juste avant les examens du premier semestre et ce n'est pas toujours évident car on doit quand même se mettre à travailler, surtout à partir des contrôles continus...

En deuxième année il y en a qui veulent toujours réussir et qui continuent à travailler !

En première année on nous déconseillait fortement un certain nombre d'activités pour qu'on passe notre temps à travailler à la place. Par exemple des cadres nous disaient que certains faisaient trop de sport !

Nos cadres ne comprennent pas forcément que tout le monde n'est pas pareil et que certains sont différents, et il y en a qui arrivent à travailler en faisant quand même du sport, il y en a qui ont plus de facilités que d'autres et nos cadres appliquent les mêmes conseils à tout le monde !

FR : Comment vous vous projetez dans l'avenir pour votre future carrière de médecin militaire ?

PART4 : [Hésite ...]

Je ne sais pas trop comment dire… pour l'instant je prévois d'être médecin généraliste dans un régiment. J'aimerais participer à la vie du régiment parce que j'ai souvent entendu que le service de santé est à l'écart, surtout depuis la création des CMA... là on sort de stage en unité et tous les jeudis il y avait des popotes et on voyait bien que les médecins étaient finalement bien intégrés. Moi je voudrais aller sur le terrain et donc faire soit une spécialité qui va sur le terrain, soit médecin généraliste.

Ce que j'ai entendu dire c'est qu'à hôpital il n'y a plus de pression. La seule expérience que j'ai de l'hôpital, j'ai fait mon stage infirmier aux urgences de Bordeaux.

FR : Comment s'est passé votre stage infirmier ?

PART4 : Mon chef de service était bien mais j'ai entendu dire par certains de mes camarades que l'ambiance entre infirmiers et médecins étaient parfois très tendue, et en tant que futurs médecins on n'est et parfois très mal perçu par les infirmiers. Parfois les médecins négligent les infirmiers et les traitent mal à un peu comme des moins que rien, ce n'est pas le même boulot pas les mêmes compétences mais dans mon stage ça c'est bien passé.

FR : Et dans votre contact avec les patients, qu'est-ce qui vous a marqué ?

PART4 : [Hésite...]

Cette année on a eu des stages de sémiologie, certains médecins ont insistés pour qu'on fasse certains examens aux patients même s'ils étaient réticents. C'était parfois très compliqué parce que les patients ne voulaient pas dans certains cas.

FR : Et votre parcours en tant que femme au sein du service de santé, comment le voyez-vous ?

PART4 : Je pense que, comme le service de santé est très féminisé, il ne doit pas y avoir trop de problèmes ! Pour l'instant je n'en ai jamais eu, il doit y avoir moins de misogynes que dans les milieux masculins!

FR : Et votre vie de femme ?

PART4 : Je me souviens lors de mon dernier stage que j'ai fait le médecin du régiment nous a dit qu'elle avait accouché juste avant le concours de l'internat, qu'elle ne s'est jamais arrêtée et que ça a quand même très bien fonctionné !

Avec la volonté on doit pouvoir arriver à faire ce qu'on veut. Si on se donne les moyens, on finit par y arriver !

Par exemple, je veux faire le brevet parachutiste à la base. Je ne suis pas très bonne en sport mais je me suis entraînée et j'ai réussi les tests sans problèmes. J'aimerais, pourquoi pas, être affectée dans un régiment parachutiste ! Mon stage c'est super bien passé pour moi alors que je suis timide

FR : Et dans votre famille que pense-t-on de votre parcours ?

PART4 : Ma mère ne voulait pas que je devienne militaire car il n'y a aucun militaire dans la famille ! Et puis ma mère s'inquiète par rapport aux missions et compagnie ! Je comprends. C'est sûr qu'il y a des risques,

c'est normal qu'en tant que mère elle s'inquiète ! Au début elle n'était pas trop d'accord pour que je rentre dans l'armée ! Après elle a réfléchi et elle m'a dit « de toute façon si c'est ce que tu veux faire je ne pourrais pas t'en empêcher ». Je suis contente que ma mère m'aie laissé faire ce que je voulais, elle s'inquiétait aussi parce que j'étais mineure en première année. C'est vrai que j'ai un an d'avance je n'avais que 17 ans mais finalement ça c'est super bien passé.

FR : Et votre père ?

PART4 : Il me dit « fais ce qu'il te plaît ». Il parle moins, on va dire. On ne s'entend pas de la même façon qu'avec ma mère, on n'a pas du tout le même caractère. Il a des façons de faire qui ne me plaisent pas. Par exemple, il est en surpoids et il mange énormément et moi en plus, je rapporte ce que je vois en cours et rien ne le fait changer d'avis. Et aussi parfois, il a des façons d'être avec les autres qui ne me plaisent pas énormément. Par exemple, quand il râle en voiture contre les autres en disant qu'ils ne conduisent pas bien alors que lui ne met même pas son clignotant par exemple.

FR : Quelles confrontations avez-vous eues dans votre famille par rapport à la maladie ?

PART4 : Ma mère est bipolaire et sur mes quatre grands-parents, j'en ai eu quatre qui sont morts de cancers il y a juste 3 à 4 ans... et puis quand j'étais petite ma mère a toujours pris énormément de médicaments. Elle a parfois été hospitalisée à cause de la dépression… Moi aussi j'ai souvent eu pas mal de petites maladies.

FR : Qu'est ce qui a été le plus difficile dans la maladie de votre maman ?

PART4 : Dès qu'elle n'allait pas bien elle avait les yeux rouges et envie de pleurer. Parfois elle n'allait pas bien, elle s'énervait pour rien et elle allait s'isoler parce que c'était le seul moyen peut être d'aller mieux, d'être seule. Actuellement elle essaie de diminuer les doses de médicaments parce qu'elle a eu beaucoup d'effets secondaires. Elle veut se diriger vers les médecines naturelles de plus en plus. En ce moment elle voit un naturopathe et une psychologue. Du coup elle essaie de changer pour améliorer les choses.

FR : Quelle influence à votre avis ces problèmes de santé de votre maman ont eu sur votre orientation ?

PART4 : ça je ne sais pas parce que... je sais que je n'ai pas du tout envie de m'orienter vers le milieu psychologique car je pense que je ne suis pas douée avec les mots.

FR : Moi je vous trouve très à l'aise !...

PART4 : Quand quelqu'un ne va pas bien je fais facilement des gaffes, je ne sais pas comment le consoler. Du coup, souvent je reste à côté et je n'ai pas envie de dire quelque chose qui pourrait le blesser encore plus...

FR : Avez-vous quelque chose d'autre à ajouter ?

PART4 : Non, rien ...

FR : Je vous remercie pour votre confiance.

Verbatim participante 5 : étudiante de 8°Année

FR : Bonjour, qu'est-ce que cela évoque pour vous de devenir médecin militaire alors que vous êtes actuellement en huitième année ? C'est cela ?

PART5 : Maintenant cela m'évoque d'emblée le départ en opex. C'est très angoissant pour moi. Au Val-de-Grace, ils nous ont donné des chiffres et ils nous ont dit que 70 % des sortants des écoles partent la première année en opex !

Donc c'est très angoissant ! Comment s'organiser quand on a une famille, comment on va être vu si on ne peut pas partir ? Comment on va gérer l'urgence là-bas si on est tout seul ? On n'a pas d'expérience du milieu militaire et on va se retrouver tout seul en tant que médecin pour gérer parfois de grosses urgences !!

FR : Depuis quand savez-vous que vous avez cet impératif de départ en mission ?

PART5 : L'Opex est une découverte au cours de l'internat. Quand on est en stage en unités on se rend compte : les gens ne sont même pas encore arrivés en poste qu'ils sont déjà prévus pour un départ en mission. On arrive, on part !

FR : Qu'est ce qui va être le plus difficile pour vous ?

PART5 : Sur le départ ? Laisser les enfants. Surtout que mon mari aussi risque de partir en mission.

FR : Comment allez-vous organiser ?

PART5 : Je ne sais pas. Je ne sais même pas si ça va être possible, je n'ai pas envie que mes enfants soient élevés par une nounou ! Je partirai que seulement si les conditions sont réunies.

FR : Et quelles seraient les conditions ?

PART5 : ça serait que la mission ne soit pas trop longue, que mon mari ne soit pas en mission, que mes enfants soient plus grands, plus autonomes et que cela ne les détruise pas dans leur construction de vie!

C'est quelque chose que je ne réalise pas du tout. Je ne pensais pas qu'on était tous envoyés. En fait non ! On comprend mieux pourquoi. Les filles actuellement attendent d'être parties en Opex avant de faire des enfants !

Ce qui m'angoisse le plus c'est finalement pas tellement moi, parce que finalement d'être seul, c'est pas si difficile, mais plutôt de savoir que ce qu'ils vont vivre en mon absence, la vie quotidienne sans moi... [SOUPIR]

FR : Quand avez-vous pris conscience de tout cela ?

PART5 : Quand on a passé l'entretien pour le concours, qu'au moment du baccalauréat on ne nous parlait pas du tout de cela. On nous a plutôt dit qu'on faisait juste un peu de terrain et qu'il ne fallait pas s'engager pour les missions. Je m'en souviens, cela m'avait marqué parce que je ne m'attendais pas du tout à ce qu'on me dise cela.

Je voyais ça comme des missions courtes et plutôt comme de l'humanitaire !

Mais c'est vrai que c'était il y a 10 ans!

Après, à l'école, on ne nous en parle quasiment pas. Après je m'en suis rendue compte parce que mon mari est gendarme et il est parti en Afghanistan et j'ai vu la préparation des médecins. C'était en D4, on discute aussi avec les anciens, on les voit qui partent et qui reviennent sans arrêt entre deux formations Opex. Voilà, c'est ça!!

Et mes amis qui sont sortis d'école il y a deux ans ont déjà fait deux missions... Donc! ça fait bizarre ! J'ai pu discuter avec des amis, notamment une qui s'est séparée de son mari qui était commando marine, parce que ça n'était pas possible, ils avaient des enfants mais ils ne se voyaient pas....

J'ai aussi discuté au mariage d'un garçon. Il m'a dit : Je rentre, je n'ai même pas six mois sans Opex et je repars !

Ils envoient les jeunes qui finalement n'ont pas d'expérience, est-ce que c'est parce que les autres sont aussi fatigués d'être partis beaucoup en mission ?

On a l'impression d'être des bouche-trous!! C'est un peu aussi à l'image de l'armée comme on l'a vu au 14 juillet de cette année : les journalistes ont dit : « le défilé dure 15 minutes de moins parce que toutes les personnes qui peuvent être déployées en Opex sont déployée !! »

Est-ce possible de soigner les gens correctement dans de telles conditions alors qu'on part en mission aussi souvent ? Au bout d'un moment, à force de partir tous les ans, les gens vont être fatigués de devoir partir, ils vont finir par craquer ! On a déjà eu toute la période des études où on était coincé et on n'avait pas une grande liberté pour construire notre vie !!!

FR : Pouvez-vous m'en parler un peu plus ?

PART5 : Par exemple si on habite à l'école, il faut faire une autorisation de permissions si on veut se faire un week-end prolongé, ou si on veut partir, ou parce ce qu'il y a un souci dans la famille. Après c'est différent pour ceux qui sont externalisés!! On est à peu près bloqués!! Ce n'est pas facile de construire sa vie de famille en étant à l'école, il y a beaucoup de contraintes en plus des études, les couleurs par exemple. Mon domicile familial était à Annecy parce que mon mari était affecté à Annecy...

Par exemple, si on tombe enceinte alors qu'on est une fille civile, on peut décider de redoubler l'année, à l'école on est obligée de passer un conseil de discipline car il y a le classement!!

FR : Qu'est-ce qu'il faudrait pour que les choses soient plus adaptées ?

PART5 : Peut-être il faudrait un meilleur dialogue entre les cadres et des élèves, parce qu'il y a des cadres avec lesquels ça se passe hyper bien, mais il y en a d'autres qui sont hyper militaires et qui ne voient pas qu'il n'y a pas que le militaire, il y a aussi la médecine et on a besoin d'empathie, de compréhension pour les gens pour être médecin !! Les cadres ne sont pas toujours médecins, on a l'impression parfois que certains qui ne sont pas médecins et juste militaires sont déconnectés, dès qu'on est en stage, ça pose pas mal de problème !! Il y a les couleurs, les COVAPI....

[Soupir]

FR : Dans les études de médecine qu'est-ce qui vous a marqué le plus ?

PART5 : C'était ma première garde en réanimation ! C'était en cinquième année, il y a eu deux choses : d'abord il y a une dame qui a fait un arrêt, on m'a dit : « ben viens tu vas la masser, et il ne faut pas la redémarrer », c'était horrible parce qu'elle avait déjà été massée et elle avait des bleus partout... Ce n'était pas facile !

Ensuite, c'était le reste de la nuit vers minuit ou 1h00 du matin, c'était un jeune de 17 ans, je m'en souviens parce qu'il n'avait pas encore son bac, qu'il était tombé dans une cuve de vin vide et, son père en le cherchant, l'avait retrouvé et il était tombé pareil ,et il était aussi hospitalisé en réanimation. Le garçon était en état de mort cérébrale, on devait l'amener au Don d'organes...

FR : Vous étiez seule pour faire cela ?

PART5 : Non, j'étais avec l'infirmière mais il m'a dit : « il faut un médecin », et du coup, ils ont envoyé l'externe !! Il était plus jeune que moi et je me disais que si le père se réveille, qu'est ce qu'on va lui dire ?.. On descend avec quelqu'un qui est vivant et on revient avec un lit vide !! Je me souviens encore de son visage...

[Larmes dans les yeux]

FR : Où avez-vous pu parler de ces moments extrêmement difficiles??

PART5 : A mon mari et puis c'est tout ! Alors qu'il n'est pas du milieu médical !

Je pense qu'il faudrait vraiment qu'on mette en place des groupes de parole pour qu'on puisse en parler entre nous parce que je crois que je ne suis pas la seule à avoir vécu ça... Je pense que c'est bien qu'on puisse en parler entre nous.

Déjà il y a le vécu des études et, il y a aussi l'appréhension du départ en opex, des fois on est aussi maltraité par les patients, des fois aussi par les chefs !!

FR : Pouvez-vous m'en parler ?

PART5 : Aux urgences c'est spécial ! Par exemple, au premier semestre le chef des services des urgences nous a dit dans ses premiers mots d'accueil qu'il allait nous installer des lits picots pour dormir aux urgences ! Normalement on devait toujours avoir un jour off par semaine mais on ne l'avait pas parce qu'il y avait des problèmes de personnel et donc en plus on était toujours de garde le week-end parce que sinon en semaine, il y aurait eu un interne de moins à cause du repos de garde dans le service et donc, ce n'était pas gérable... Il y a un de ses adjoints qui a trouvé ça inadmissible et qui est allé voir le général, mais sans suite...

FR : Quoi d'autre ?

PART5 : C'était surtout aux urgences. En plus j'étais enceinte, j'avais travaillé 10 jours non-stop. Le patron, quand je lui ai annoncé que j'étais enceinte, il m'a rajouté des heures dans le planning de garde et après j'ai travaillé tous les jours du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00, et ensuite, quand finalement je n'ai pas pu prendre de garde car je n'en pouvais plus, il m'a rajouté des heures dans la semaine. Heureusement mes co-internes m'ont pris des heures pour me soulager...

Je devais être arrêtée fin février et, comble du paradoxe, il m'a envoyé en cardiologie à la place du service des urgences pour remplacer un interne qui avait fait un burn out !

Et je faisais ce mois-là 8h00 à 19h00 au lieu de faire 8h-20 heures! Je me souviens aussi d'une autre interne le semestre après à qui il a enlevé aussi plein de jours de vacances à chaque fois qu'elle avait des vacances prévues ! J'ai bien regretté de ne pas avoir signalé tout cela...

Ce qui choque c'est que ce soit le chef de service qui se comporte comme ça, normalement le rôle du chef de service doit protéger ses personnels ! Les internes font bien partie du personnel ?

Après les adjoints ont essayé de me défendre et ont été protecteurs....

FR : Et avec les patients ?

PART5 : Je me souviens d'une fois où un patient m'avait balancé à la figure toutes ses affaires. A l'hôpital ont fait toujours attention à ca, puis ça arrive assez souvent, surtout pour les patients qui sont SDF ou psy .... C'est pour ça qu'on fait toujours attention dans les consultations, moi je me place toujours près de la porte, j'ai toujours peur qu'il se passe quelque chose ! Je me souviens d'un patient qui avait violé sa fille le matin...

pour une fois j'étais coincée au fond du bureau... et il y a une chef qui a failli se faire taper par un patient et qui a fait sauter tous les points qu'elle avait posés !

Après il y a une caméra dans la salle-de-soins mais le problème c'est qu'il n'y a pas toujours quelqu'un en salle de soins pour surveiller ce qui se passe. Et aussi la nuit on est souvent que des femmes et il y a des patients qui rentrent dans le service des urgences sans que personne se soit rendu compte de comment ils sont entrés.

FR : Donc, en fait, pas mal de solitude pour tout !

Et avec les autres membres du personnel ?

PART5 : En général ça se passe super bien, ils sont super sympas et ils sont même aidants, surtout les infirmiers et aides-soignants ! Parce qu'ils nous voient galérer ! l y a tellement de patients qu'on est débordé et ils nous signalent quand on oublie quelque chose : « je t'ai imprimé la biologie, c'est prêt pour le scanner.... »

Souvent, les seniors ne sont pas disponibles, souvent parce qu'ils sont occupés par leurs propres consultations, parce qu'ils sont au bloc, des fois ils nous laissent nous débrouiller tous seuls au déchoquage. Après, les réa nous aident beaucoup, ils sont toujours disponibles, ils ne nous disent jamais qu'on est nuls !! Mais souvent on doit se débrouiller tous seuls, par exemple pour négocier les examens radiologiques... Dans certains cas on ne peut plus avancer.... Moi, je ne suis pas une fan de prendre des déchoquage à minuit ! Et en plus je n'ai pas non plus une expérience folle !!!

FR : Pourquoi avez-vous voulu devenir médecin militaire ?

PART5 : Au départ ? Parce que je me suis dit : les patients sont jeunes, il y a une formation continue, il faut garder une certaine forme physique et puis voilà...

La cerise sur le gâteau c'était de temps en temps de partir en mission humanitaire ou à l'étranger... mais pas.... Que c'était une vision assez ENROBEE des choses.

FR : Comment aviez-vous connu la filière médecine militaire ?

PART5 : C'est mon frère qui était dans la marine et c'est lui qui m'avait parlé du concours... Je trouvais que ça allait bien avec ce que je voulais faire. Je voulais faire de la médecine générale mais chez les personnes âgées un cabinet en ville toujours au même endroit que ça ne me convenait pas. J'étais hyper sportive et je trouvais qu'avec une activité de médecine générale en cabinet je n'aurais pas le temps de continuer à faire du sport et puis mon grand-père était ophtalmo. Je ne l'ai pas connu, il est mort avant que je naisse ! Mais sinon dans le reste de la famille il n'y a pas de médecins !

Et du coup avec le recul je me dis que c'était une vision acidulée des choses !

FR : Acidulée ? Vous voulez dire édulcorée ?

PART5 : Édulcorée! Oui ! [Rires]

Et du coup maintenant ce n'est pas du tout comme ça que je vois les choses. Le sport finalement, ce n'est pas très facile parce qu'il n'y a pas assez de temps en antenne tellement il y a de boulot, et on est un effectif limité et les autres médecins sont partis en opex. Donc souvent on n'a pas le temps d'en faire ! Il n'y a plus que les autres qui font tout le travail.

C'est sûr que les patients sont jeunes mais souvent ils disent que les médecins militaires ne sont pas de vrais médecins, ou voilà « je veux rien leur dire parce que sinon ça sera marqué dans mon dossier ». Je trouve que

dans certains endroits les médecins sont moins bien acceptés que les autres, et du coup on a une pratique moins intéressante car les gens nous livrent la moitié des choses, donc certaines fois, les diagnostics ne sont pas faciles. Il y a bien d'autres contraintes : les mutations, les rapprochements géographiques qui ne sont pas vraiment des rapprochements, les opex... beaucoup de contraintes !!

Après on verra, j'espère que je ne serai pas face à un mur et qu'il y aura de la compréhension et pas trop de contraintes...

FR : Je vous remercie pour votre confiance, on va arrêter là !

ANNEXE 9 : CODIFICATION DONNÉES QUALITATIVES

	PART 1	PART 2	PART 3	PART 4	PART 5	PART 6	PART 7	PART 8
Antécédents								
idéal		1			1	2	1	
identification	1	1	1	1	1		1	
éloignement volontaire du contexte familial	1		1	1				
problèmes de santé familiaux	1			1			1	
Processus devenir médecin								
Importante capacité de travail		3	1	2	1	1	1	
patience							2	
Humilité								
adaptabilité						2	2	
science et médecine	1		1					
méthodologie d'apprentissage inadaptée	1		1	1		1	2	3
hiérarchie médicale et paramédicale				1		2		
relation entre savoir et pouvoir	1	1		1	1	1	1	1
temps long pour les études			1	1	1	1	1	1
temps court pour être formé en pratique			1		1		1	
temps court pour s'occuper des patients					1		1	
inadaptation de l'aide proposée	1			1	1			
confrontation précoce à la mort	1				1		2	
secret/ non dit /confidentialité	1	1			1	1		
Inégalité de formation suivant les facultés								
Exigence inadaptée des patients							1	
Processus devenir militaire								
autonomie								
Excellence								
Séjours à l'étranger	1							
culture militaire	2		1		1	1	1	1
Besoin de faire du sport							1	
normes / formatage /classement			1			2	1	
Acquisition des codes militaires								1
hiérarchie militaire- classement	1		1		1			
Influence négative du groupe				1				
expérience positive des anciens							1	
entraide, solidarité, connaissance dans le groupe	2	2	4	1	1	2	2	
Différences de vécu homme/femme			1		1		1	
Difficultés de communication dans le SSA								
soutien institutionnel			1	1		2	1	
Conséquences								
solitude dans le travail	1				3	1	1	
Enfermement dans les études	1	1			1	1	1	
Formation militaire insuffisante							1	1
Formation technique insuffisante								1
Activités spécifiques (expertise, opex…)								2
manque d'expérience					2	1	2	1

enfermement dans l'école	1				1		2	
Stress, anxiété							2	
Absence de Sécurité							1	
maltraitance envers les patients	1	1						
Maltraitance/tensions interpersonnelles				1			1	
maltraitance des étudiants		1			3			
absence de demande d'aide								
risque de burn out					2			
incertitude par rapport à l'avenir	2	4	3			1	1	
instabilité personnelle	1	2	2		1	1	2	
besoin de reconnaissance	1	1			3			
besoin d'ouverture	2							
regrets / remords	1	1					1	
Risques liés aux OPEX				1	1		2	

	PART 9	PART 10	PART 11	PART 12	PART 13	PART 14	PART 15	PART 16
Antécédents								
idéal	1	1	1	1	1	1	1	2
identification	2	1	1	1	1	1	1	1
éloignement volontaire du contexte familial								
problèmes de santé familiaux								1
Processus devenir médecin								
Importante capacité de travail	1	1	1	2	1	1	1	2
patience								1
Humilité				1			1	
adaptabilité			1	1			1	
science et médecine		1						1
méthodologie d'apprentissage inadaptée	2	2		1	1	2	2	1
hiérarchie médicale et paramédicale				1			1	1
relation entre savoir et pouvoir		1		1		1		2
temps long pour les études	1	1					1	2
temps court pour être formé en pratique	1	1	1			2	1	1
temps court pour s'occuper des patients	1	1	1	1				
inadaptation de l'aide proposée	1	1					1	1
confrontation précoce à la mort		2		1			1	1
secret/ non dit /confidentialité		1			1			
Inégalité de formation suivant les facultés					1			
Exigence inadaptée des patients		1						
Processus devenir militaire								
autonomie			1	1				
excellence							1	1
Séjours à l'étranger				1	1	1		
culture militaire			0			1		1
Besoin de faire du sport			1				1	1
normes / formatage/classement	1		2		1	1		1
Acquisition des codes militaires			1				1	
hiérarchie militaire- classement	1		1			1	1	1
Influence négative du groupe	1	1	1		1	1		
expérience positive des anciens	1		1	1			1	
entraide, solidarité, connaissance dans le groupe	3	2	1	4	1	2	1	2
Différences de vécu homme/femme			1	1		1		1
Difficultés de communication dans le SSA	1			1	1	1		
soutien institutionnel			1	1	1	0		
<u>Conséquences</u>								
solitude dans le travail	2	2		2		1	2	
enfermement dans les études	2		1					1
Formation militaire insuffisante	1						1	

Formation technique insuffisante	1	1		1		1	1	
Activités spécifiques (expertise, opex)	1						1	1
manque d'expérience	1	2		1		1	1	1
enfermement dans l'école								
Stress, anxiété	3	2	1	1			1	2
Insécurité	1	1					1	
maltraitance envers les patients								1
Maltraitance/tensions interpersonnelles		1			1	1	1	1
maltraitance des étudiants	2	2		1		1		
absence de demande d'aide	1	2						
risque de burn out	1	2						2
incertitude par rapport à l'avenir	1	1	3	2	2			
instabilité personnelle	2	1		1				
besoin de reconnaissance/considération	1	1					1	
besoin d'ouverture			1					
regrets / remords					1		1	0
Risques liés aux OPEX	1			1				1

	PART 17	PART 18	PART 19	PART 20	PART 21	PART 22	PART 23	PART 24
Antécédents								
idéal altruiste, social, ….	1	1	1	1	1	1	1	1
identification	1	1	1		2	1		
éloignement volontaire du contexte familial				1				
problèmes de santé familiaux							1	1
Processus devenir médecin								
Importante capacité de travail	1	1	1	1		1	1	
patience								
Humilité	1				1		1	
adaptabilité	1	1	1	1	1	1	1	1
science et médecine				1	1			
méthodologie d'apprentissage inadaptée	2		1	1	1	1	0	
Hiérarchie médicale et paramédicale	1	1					1	
relation entre savoir et pouvoir	1	1	1	1			1	
temps long pour les études	1		1	2		1	1	
temps court pour être formé en pratique	1	1	1	1		1		1
temps court pour s'occuper des patients			1				1	1
inadaptation de l'aide proposée			1	1				
confrontation précoce à la mort			1	1	1		1	1
secret/ non dit /confidentialité			1					
Inégalité de formation suivant les facultés	1	1				1		
confrontation technique et humain					1	1	1	2
Exigence inadaptée des patients								1
Processus devenir militaire								
autonomie	1				1	1	1	
Excellence			1					
Séjours à l'étranger/Projection opérationnelle	1	1	1	1	1	1	1	1
culture militaire	1		1	1	1	1		
Besoin de faire du sport		1	1				1	2
normes / formatage /classement	1	1	1	1	1	2	1	
Acquisition des codes militaires	1			1	1	1		
hiérarchie militaire- classement		1	1	1		1	1	
Influence négative du groupe			1			1	1	
expérience positive des anciens	1		1		2		1	
entraide, solidarité, connaissance dans le groupe	2		1		1	1	1	1
Différences de vécu homme/femme	1				1	1		
Difficultés de communication dans le SSA	1					1		
soutien institutionnel	2	1			1	0		1
Conséquences								
solitude dans le travail	1	1	3	1	1			2
Enfermement dans les études	1		1	1	1		1	
Formation militaire insuffisante		1		1	1			
Formation technique insuffisante	2	2	1	1		1		1
Activités spécifiques (expertise ,opex…)	1	1	1	1	1	1	1	
manque d'expérience	2	2	1	1		1	1	1

Contraintes	1			1		1	1	
Stress, anxiété	1	2	2	2	1	1	2	1
Absence de Sécurité								1
maltraitance envers les patients								
Maltraitance/tensions interpersonnelles	1		1		1	2	1	1
maltraitance des étudiants	2	1	1	1	1			1
absence de demande d'aide	1		1	1		1		
risque de burn out	1		1	1		1	1	1
incertitude par rapport à l'avenir	3	2	1	1		1	1	2
instabilité personnelle	1		1	1		1	1	
besoin de reconnaissance	1		2		2	1		
besoin d'ouverture					1		1	1
regrets / remords	1	1					1	
Risques liés aux OPEX		2	1	1			1	

	PART 25	PART 26	PART 27	PART 28	PART 29
Antécédents					
idéal altruiste, social, ….			1		
identification	1		1	1	
éloignement volontaire du contexte familial					
problèmes de santé familiaux					1
Processus devenir médecin					
Importante capacité de travail	1		1		
Début de l'internat très difficile	1	1	1		
patience					
Humilité	1				
adaptabilité	2		1	1	1
science et médecine	1				1
méthodologie d'apprentissage inadaptée	1	1	1	2	
hiérarchie médicale et paramédicale					
relation entre savoir et pouvoir	1	1			1
temps long pour les études			1	1	
temps court pour être formé en pratique		1	1	1	
temps court pour s'occuper des patients	1				1
inadaptation de l'aide proposée	1				
confrontation précoce à la mort	1	1			1
secret/ non dit /confidentialité		1			
Hiérarchie MED GEN et SPE HOSP				1	1
Inégalité de formation suivant les facultés		1	1		
confrontation technique et humain	1	1			1
Exigence inadaptée des patients					
Processus devenir militaire					
autonomie		1	1		
Excellence				1	
Séjours à l'étranger/Projection opérationnelle	1		1		
culture militaire	1	1	1	1	1
Besoin de faire du sport					
normes / formatage /classement				1	
Acquisition des codes militaires	1			1	
hiérarchie militaire- classement				1	
Influence négative du groupe	1				
expérience positive des anciens		1	1		
entraide, solidarité, connaissance dans le groupe	2	1	1		
Différences de vécu homme/femme					
Difficultés de communication dans le SSA					
soutien institutionnel	1				
Conséquences					
solitude dans le travail	1	2	1		2
Enfermement dans les études			1		
Formation militaire insuffisante			1	1	
Formation technique insuffisante	1	1	1	1	1
Activités spécifiques (expertise ,opex…)			1	1	1
manque d'expérience	1	1	2	1	1
Contraintes			1		1
Stress, anxiété			2	1	1

Absence de Sécurité					
maltraitance envers les patients					
Maltraitance/tensions interpersonnelles	1				
maltraitance des étudiants	2				1
absence de demande d'aide					
risque de burn out					
incertitude par rapport à l'avenir		2			1
instabilité personnelle					1
besoin de reconnaissance	2			1	1
besoin d'ouverture					1
regrets / remords					1
Risques liés aux OPEX		1			

SYNTHESE DU RECUEIL DES DONNEES DANS LES VERBATIMS

Antécédents	TOTAL*
idéal	23
identification	24
éloignement volontaire du contexte familial	4
problèmes de santé familiaux	7

Processus devenir médecin	
Importante capacité de travail	27
patience	3
Humilité	6
adaptabilité	20
science et médecine	8
méthodologie d'apprentissage inadaptée	31
hiérarchie médicale et paramédicale	9
relation entre savoir et pouvoir	20
temps long pour les études	19
temps court pour être formé en pratique	19
temps court pour s'occuper des patients	11
inadaptation de l'aide proposée	10
confrontation précoce à la mort	17
secret/ non dit /confidentialité	8
Inégalité de formation suivant les facultés	6
Exigence inadaptée des patients	7

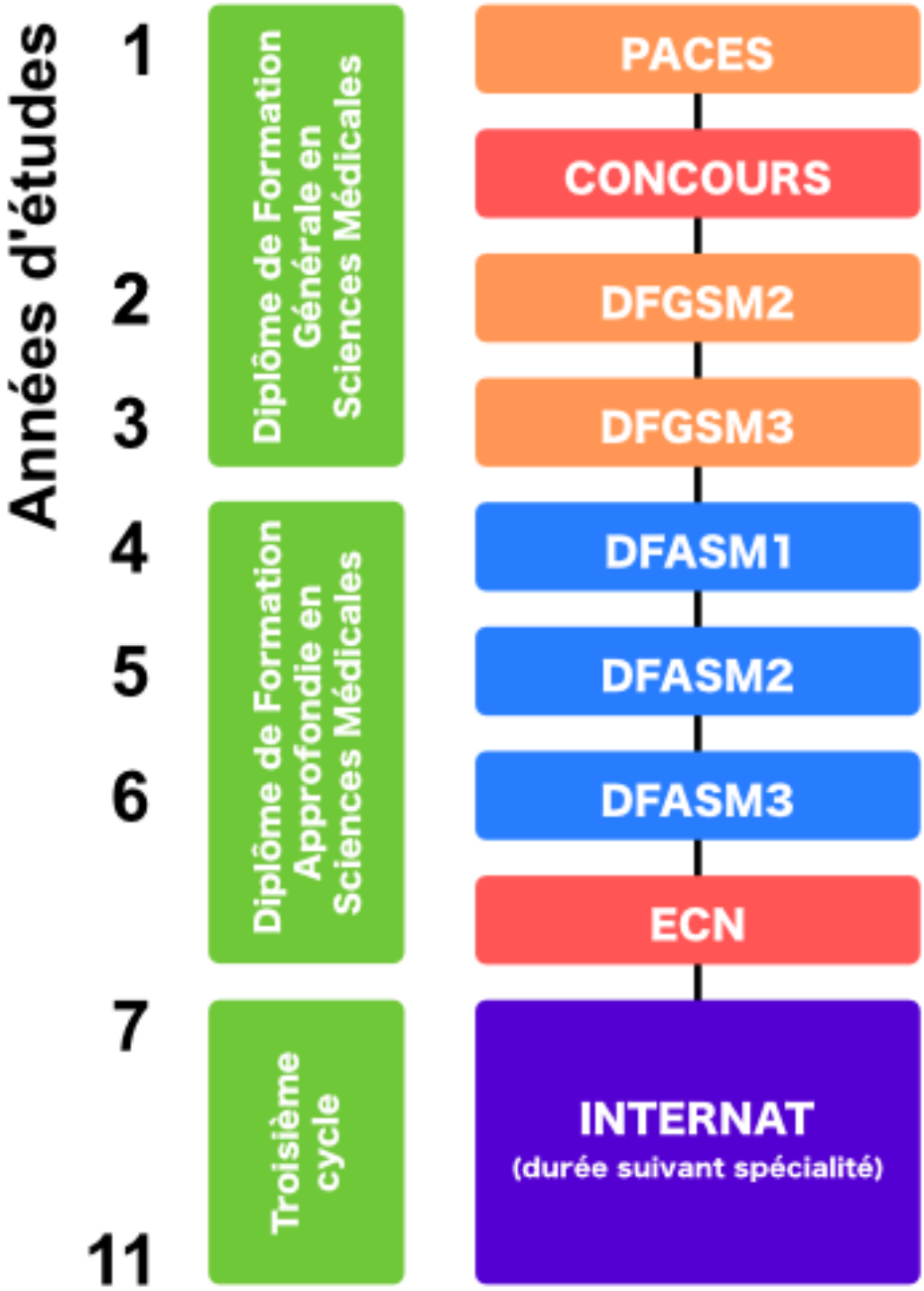
Processus devenir militaire	
autonomie	8
Excellence	4
Séjours à l'étranger/Projection opex	14
culture militaire	19
Besoin de faire du sport	9
normes / formatage /classement	19
Acquisition des codes militaires	9
hiérarchie militaire- classement	14
Influence négative du groupe	10
expérience positive des anciens	12
entraide, solidarité, connaissance dans le groupe	41
Différences de vécu homme/femme	10
Difficultés de communication dans le SSA	6
soutien institutionnel	14

Conséquences	
solitude dans le travail	30
Enfermement dans les études	15
Formation militaire insuffisante	9
Formation technique insuffisante	19
Activités spécifiques (expertise ,opex…)	15
manque d'expérience	28

enfermement dans l'école, contraintes	10
Stress, anxiété	28
Absence de Sécurité	5
maltraitance envers les patients	3
Maltraitance/tensions interpersonnelles	15
maltraitance des étudiants	20
absence de demande d'aide	7
risque de burn out	13
incertitude par rapport à l'avenir	34
instabilité personnelle	19
besoin de reconnaissance	18
besoin d'ouverture	7
regrets / remords	9
Risques liés aux OPEX	13

*Le total correspond au nombre d'apparitions de la thématique identifiée au cours de l'ensemble des entretiens de recherche : Le corpus, d'abord examiné, puis codifié patiemment, a fait ensuite l'objet d'une «lecture» plus large d'ordre conceptuel qui a débouché sur la création de catégories, pour tenter de qualifier les aspects importants du phénomène étudié. Les catégories sont devenues à ce moment l'outil d'analyse premier : développées, raffinées, transformées à mesure de la comparaison constante entre la réalité théorisée et la réalité observée, elles ont été mises en relation les unes avec les autres de manière à dégager l'événement, la continuité au sein du phénomène analysé.

ANNEXE 10 : SCHÉMA CHRONOLOGIQUE DES ÉTUDES DE MEDECINE



(source www.http//remede.org)

ANNEXE 11 : RÉFORME DU TROISIEME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

Engagée depuis 2009, une réforme du troisième cycle est en cours avec l'enjeu de la modernisation des études médicales en France. Courant 2014, le rapport des Prs François Couraud et François-René Pruvot, qui - posant les grands principes d'une réforme fondée sur la professionnalisation et la « filiarisation » de ces formations avec un souci de rationalité et de meilleur service rendu aux malades - proposait une suppression des 31 diplômes d'études spécialisés complémentaires (DESC) et la transformation de certains d'entre eux en DES, options de DES ou « formations spécialisées transversales » (FST) a été officialisée par la parution de l'Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine.

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo/texte

Le DES sera désormais « le seul et unique diplôme de spécialité.

Ce texte inclus la publication d'une liste de ces diplômes à la suite des travaux conduits conjointement par la commission nationale de pédagogie des études de santé et la commission nationale de l'internat et du post-internat.

L'arrêté énumère 37 DES et 6 « co-DES », dont les premiers semestres de formation sont communs mais donnent lieu à la délivrance d'un diplôme distinct. Il existait auparavant 30 DES.

L'arrêté regroupe les nouveaux DES en fonction de la durée des études (quatre, cinq ou six ans). Auparavant, la durée de chaque DES n'était pas précisée dans l'arrêté mais renvoyée à la maquette de chaque discipline.

Le DES de chirurgie générale et les DESC de chirurgie sont ainsi transformés en neuf DES de chirurgie, la médecine d'urgence devient un DES (excluant de fait les médecins généralistes) tandis que l'actuel DES de stomatologie est supprimé.

Les DES sont découpés désormais en 3 phases :

- Une phase socle : apprentissage des connaissances basiques du 3ème cycle avec au moins un stage dans la spécialité (les autres seront réalisés dans la discipline : spécialité médicale - dont médecine générale -, spécialité chirurgicale ou biologie). Cette phase est sanctionnée par un examen final avec une possibilité de se réorienter. A l'issue l'interne signe un contrat de formation avec son coordinateur qui fixe les choix d'éventuelles options.
- Une phase intermédiaire : de durée variable selon les spécialités, avec des stages hors spécialité maintenus. Elle se termine par la validation d'un mémoire et de la thèse.
- Une phase de mise en responsabilité : « interne senior » exerçant de façon dérogatoire en pleine responsabilité, seul dans un cadre hospitalier. Les stages peuvent être plus long (1 an) et être ambulatoires.

Annexe 12 : LES COMPÉTENCES A ACQUÉRIR DANS LE DES DE MÉDECINE GÉNÉRALE

(Source : département universitaire de médecine générale de la faculté Paris Sud)

1. Le premier recours, l'incertitude, les urgences

- Être capable de prendre une décision en contexte d'urgence et/ou en situation d'incertitude
- Être capable de faire face à des situations aiguës et/ou vitales rencontrées en médecine générale (infarctus, OAP, crise d'asthme, traumatisme, agitation, situations psychiatriques)
- Être capable d'organiser sa trousse d'urgence

2. L'approche globale, la complexité, la prise en charge médico-psycho-sociale

- Être capable de prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires
- Être capable de prendre en charge successivement ou simultanément des situations de nature différente (appareils différents, pathologies organique et fonctionnelle, problèmes sociaux et administratifs, …)
- Être capable de synthétiser les données recueillies
- Être capable d'élaborer et proposer une prise en charge globale, adaptée au patient et au contexte, en l'absence fréquent de diagnostic nosographique

3. L'éducation, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire

- Être capable d'éduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie
- Être capable de participer à des actions ou des réunions d'éducation sanitaire
- Être capable d'établir un diagnostic éducatif
- Être capable de proposer un projet de soins
- Être capable de construire une alliance thérapeutique

4. La continuité des soins, le suivi et la coordination des soins

- Être capable d'assurer la continuité des soins, pour toutes les catégories de la population.
- Être capable d'assurer le suivi entre domicile et hôpital
- Être capable de collaborer avec les partenaires médico-sociaux
- Être capable de collaborer au système de gardes
- Être capable de travailler en équipe et/ou en réseau lors des situations complexes, aiguës et chroniques.
- Être capable d'élaborer des coopérations avec d'autres partenaires
- Être capable de participer aux réseaux de soins

5. Les relations, la communication, l'approche centrée sur le patient

- Être capable de communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage
- Être capable de développer une écoute active et empathique
- Être capable d'adapter la réponse aux caractéristiques du patient
- Être capable d'expliquer une décision, une prescription; annoncer une nouvelle grave
- Être capable de tenir compte de ses émotions et de celles du patient
- Être capable d'entreprendre des actions de santé publique
- Être capable d'identifier des comportements à risques et mettre en route des actions de prévention individuelle et collective
- Être capable de mettre en œuvre des actions de dépistage pertinentes
- Être capable de participer à des actions de recueil épidémiologique
- Être capable de gérer et exploiter les données du dossier médical des patients
- Être capable de démarrer ou collaborer à une recherche

6. Le professionnalisme

- Être capable d'exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents en médecine générale
- Être capable d'assurer sa formation personnelle
- Être capable de lire de façon critique
- Être capable de participer aux actions de FMC
- Être capable de participer aux recherches
- Être capable d'évaluer sa pratique
- Être capable de mettre en place une évaluation individuelle ou collective de sa pratique
- Être capable d'appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques (dispositions médico-légales, dispositions médico-administratives, dispositions déontologiques...
- Être capable d'assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale (Fiscalité ; comptabilité ; secrétariat ; évaluation des risques et hygiène ; informatique ; dossier médical ; organisation du temps et du travail)

ANNEXE 13 : DÉCRET N°2015-225 DU 26 FÉVRIER 2015 RELATIF AU TEMPS DE TRAVAIL DES INTERNES

Publics concernés : internes en médecine, en odontologie et en pharmacie régis par les articles R. 6153-1 à R. 6153-44 du code de la santé publique ; internes et assistants des hôpitaux des armées régis par l'article R. 6153-93 du code de la santé publique.

Objet : nouvelles dispositions statutaires relatives au temps de travail des internes.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le 1er mai 2015.

Notice : le présent décret définit les obligations de service de l'interne, au titre de sa formation universitaire de troisième cycle des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques, qui comprennent :

- en stage, huit demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre ; et,
- hors stage, deux demi-journées par semaine en moyenne sur le trimestre, dont une demi-journée hebdomadaire de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité et une demi-journée hebdomadaire que l'interne utilise de manière autonome pour consolider et compléter ses connaissances et ses compétences.

La formation en stage, incluant le temps de garde et d'intervention en astreintes, ainsi que la demi-journée de formation hors stage ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de trois mois.

En outre, un tableau de service nominatif prévisionnel organise le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne, à qui il est transmis un relevé trimestriel. Un système de récupération est instauré en cas de dépassement de la durée moyenne prévue d'une part pour le temps en stage et d'autre part pour le temps en formation sur un trimestre.

Enfin, il est prévu un droit de recours à deux niveaux (local, régional) en cas de non-respect des dispositions applicables ainsi que le retrait de l'agrément du service en cas de difficultés persistantes.

Références : le présent décret ainsi que le code de la santé publique qu'il modifie, dans sa rédaction issue de ce décret, peuvent être consultés sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6153-1 ;

Le Conseil d'Etat (section de l'administration) entendu,

Décrète :

Article 1

L'article R. 6153-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. R. 6153-2.-I.-L'interne est un agent public.

« Praticien en formation spécialisée, il consacre la totalité de son temps à sa formation médicale, odontologique ou pharmaceutique en stage et hors stage.

« II. -En stage, l'interne est sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil. Ses obligations de service comprennent huit demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.

« L'interne bénéficie d'un temps de pause d'une durée minimale de quinze minutes par demi-journée en stage.

« Une période de nuit est comptabilisée à hauteur de deux demi-journées.

« L'interne participe au service de gardes et astreintes. Le temps réalisé pendant les gardes et lors des déplacements survenant au cours d'une période d'astreinte, y compris le temps de trajet, est décompté comme du temps de travail effectif et comptabilisé dans les obligations de service.

« III. -Hors stage, les obligations de service de l'interne comprennent deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre.

« La formation hors stage comprend :

« 1° Une demi-journée de temps de formation pendant laquelle il est sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité. Cette demi-journée est décomptée comme du temps de travail effectif et est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne ;

« 2° Une demi-journée de temps personnel de consolidation de ses connaissances et compétences, que l'interne utilise de manière autonome. Cette demi-journée n'est pas décomptée comme du temps de travail effectif mais est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne.

« IV. -L'interne bénéficie d'un repos de sécurité immédiatement à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte.

« Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service en stage et hors stage.

« V. -Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de la santé et de la défense. »

Article 2

Après l'article R. 6153-2 du même code, il est inséré un article R. 6153-2-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 6153-2-1. - La formation en stage ainsi que la demi-journée de formation hors stage mentionnée au 1° du III de l'article R. 6153-2 ne peuvent excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur le trimestre. »

Article 3

Après l'article R. 6153-2-1 du même code, il est inséré un article R. 6153-2-2 ainsi rédigé :

« Art. R. 6153-2-2. - I. - Un tableau de service nominatif prévisionnel organise le temps à accomplir au titre de la formation en stage et hors stage de l'interne.

« Le praticien responsable de l'entité d'accueil en lien avec le coordonnateur de la spécialité élabore le tableau de service suivant les règles fixées à l'article R. 6153-2. Ce tableau est ensuite arrêté mensuellement par le directeur de la structure d'accueil ou du centre hospitalier universitaire de rattachement.

« II. - L'accomplissement des obligations de service donne lieu à récupération au cours du trimestre afin qu'au terme de celui-ci ces obligations n'excédent pas huit demi-journées hebdomadaires au titre de la formation en stage et deux demi-journées hebdomadaires au titre de la formation hors stage. Chacune de ces durées est calculée en moyenne sur le trimestre.

« III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de la santé et de la défense. »

Article 4

Après l'article R. 6153-2-2 du même code, il est inséré un article R. 6153-2-3 ainsi rédigé :

« Art. R. 6153-2-3. - Le directeur de la structure d'accueil ou le responsable du stage extrahospitalier met à la disposition de l'interne et du coordonnateur de la spécialité le relevé trimestriel de la réalisation des obligations de service de l'interne.

« Ce relevé est communiqué à la structure qui assure le versement de la rémunération de l'interne si elle n'est pas la structure d'accueil de celui-ci.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de la santé et de la défense. »

Article 5

Après l'article R. 6153-2-3 du même code, il est inséré un article R. 6153-2-4 ainsi rédigé :

« Art. R. 6153-2-4. - En cas de désaccord individuel sur l'application des dispositions des articles R. 6153-2 à R. 6153-2-3 et R. 6153-10, l'interne saisit, pour examen de sa situation individuelle, le directeur de sa structure d'accueil ou le responsable de son stage extrahospitalier, le directeur de l'unité de formation et de recherche et le président de la commission médicale d'établissement de la structure d'accueil.

« Si le désaccord persiste, l'interne peut saisir le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle se situe son unité de formation et de recherche d'inscription.

« Les internes et les assistants des hôpitaux des armées saisissent l'autorité militaire compétente. »

Article 6

Après l'article R. 6153-2-4 du même code, il est inséré un article R. 6153-2-5 ainsi rédigé :

« Art. R. 6153-2-5. - En cas de difficultés dans l'application, au sein d'un service agréé, des dispositions des articles R. 6153-2 à R. 6153-2-3 et R. 6153-10, les représentants des internes de la commission médicale d'établissement de l'établissement concerné ou de la commission régionale paritaire saisissent le directeur général de l'agence régionale de santé de la région dans le ressort de laquelle se situe l'établissement. Celui-ci peut demander un réexamen de l'agrément du service.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur, de la santé et de la défense. »

Article 7

Le premier alinéa de l'article R. 6153-10 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'interne en activité de service perçoit, après service fait, conformément aux dispositions des articles R. 6153-2 à R. 6153-2-3 : ».

Article 8

Après le deuxième alinéa de l'article R. 6153-93 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Sans préjudice du respect des obligations prévues par le statut général des militaires et des dispositions spécifiques prévues au présent chapitre, les dispositions des articles R. 6153-2 à R. 6153-2-5 leur sont applicables dans toute la mesure compatible avec le bon fonctionnement du service. »

Article 9

Les dispositions du présent décret sont applicables à compter du 1er mai 2015.

Article 10

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des finances et des comptes publics, le ministre de la défense, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, la ministre de la décentralisation et de la fonction publique, la secrétaire d'Etat chargée de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétaire d'Etat chargé du budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 26 février 2015.

Manuel Valls
Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Marisol Touraine

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche,
Najat Vallaud-Belkacem

Le ministre des finances et des comptes publics,
Michel Sapin

Le ministre de la défense,
Jean-Yves Le Drian

La ministre de la décentralisation et de la fonction publique,
Marylise Lebranchu

La secrétaire d'Etat chargée de l'enseignement supérieur et de la recherche,
Geneviève Fioraso

Le secrétaire d'Etat chargé du budget,
Christian Eckert

ANNEXE 14 : PLAN D'UNE OBSERVATION MÉDICALE

- Date, identification et grade de la personne ayant rédigé l'observation.
- Mode d'arrivée à l'hôpital, adressé par qui, coordonnées du patient et du médecin traitant.

I) INTERROGATOIRE /ANAMNESE

- **Motif d'hospitalisation (un ou plusieurs symptômes)**
- **Age**
- **Mode de vie**
  - o Contexte socioprofessionnel.
  - o Contexte familial, marital, vie affective.
  - o Eventuelles intoxications.
  - o Voyages, animaux de compagnie.
- **Antécédents/ comorbidités**
  - o Familiaux.
  - o Personnels :
    - Médicaux.
    - Allergiques.
    - Chirurgicaux.
    - Gynéco-obstétricaux.
    - Psychiatriques
- **Histoire de la maladie (⇨ recherche des symptômes ou signes généraux/ fonctionnels/ douloureux)**
  - o Localisation des troubles.
  - o Début :
    - Quand (date, heure) ?
    - Occupation lors de la survenue des troubles.
    - Mode d'installation, facteur déclenchant.
  - o Rythme, durée.
  - o Qualité des troubles.
  - o Intensité, sévérité, retentissement sur le quotidien.
  - o Facteurs qui aggravent et soulagent.
  - o Manifestations associées.
- **Traitements habituels ou occasionnels**

II) EXAMEN PHYSIQUE (⇨ recherche de signes)

- **« Signes de pancarte » ou constantes.**
- **Apparence générale, comportement.**
- **Recherche des signes physiques (inspection, palpation, percussion, auscultation)**

III)- CONCLUSION

- **Synthétiser le problème en une courte phrase.**
- **Hypothèses diagnostiques par ordre de vraisemblance, stratégie de prise en charge**

ANNEXE 15 : BUREAU D'INFORMATION ET DE SUIVI PARTICULIER DES ÉLEVES (BISPE)

Ecole du Val de Grace JANVIER 2017

V2 du 25 /01/2017

MC ROBIN FLORENCE

1° Contexte

Les risques psychosociaux communément appelés « RPS » 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 entrainer des conséquences professionnelles et sociales. Ces conséquences individuelles mais également collectives justifient pleinement la mise en œuvre d'un plan d'évaluation et de prévention. La démarche d'évaluation des risques professionnels est obligatoire et menée sous la responsabilité du chef d'établissement. Le document unique résulte de cette démarche en répertoriant ces risques mais également les plans de prévention mis en œuvre[1].

Dans ce cadre et celui du programme d'actions relatif aux conditions de travail des étudiants, internes, chefs de clinique et assistants hospitaliers[155] arrêté par la Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en mars 2012[4], la DGOS mène actuellement une réflexion ayant pour objectif la réalisation d'un guide pour développer la prévention, le repérage et la prise en charge des RPS spécifiquement chez les internes, chefs de clinique et assistants**.**

- les facteurs de risque liés aux contraintes professionnelles et universitaires pouvant induire une détresse psychologique entrainant parfois un état pathologique
- les pistes d'actions prioritairement collectives et secondairement individuelles pour les éviter/les réduire (prévention primaire)
- les pistes d'actions à mettre en œuvre pour dépister les effets précoces de ces RPS sur la santé (prévention secondaire) et prendre en charge les personnes en souffrance ou présentant une pathologie (prévention tertiaire)

Les internes des hôpitaux des armées, élèves de l'école du val de grâce, doivent effectuer dans des délais contraints un double cursus médical et militaire particulièrement exigeant, certains d'entre eux peuvent aussi présenter des difficultés académiques, un souhait de réorientation, des difficultés personnelles et /ou familiales.

2° Bilan des interactions de l'interne des hôpitaux des armées

Dans les différents hôpitaux d'instruction des armées où il est affecté, l'interne est susceptible de contacter en cas de difficultés certains acteurs à plusieurs niveaux d'intervention : par exemple, le chef de service, un membre du comité pédagogique, le médecin du personnel, le directeur de l'hôpital…

Cela peut être aussi une information remontante à partir du bureau des internes ou directement à partir du département de formation initiale spécialisée DFIS qui est responsable du suivi logistique et pédagogique de la formation médico-militaire et universitaire des internes.

[155] Installation par la ministre des affaires sociales et de la santé le 14 novembre 2012 d'un groupe de travail « conditions de travail des étudiants, internes et assistants » dont le pilotage a été confié au directeur général de l'offre de soins

3° **Bilan du parcours académique de l'interne des hôpitaux des armées**

L'école du val-de-grâce dispense aux internes une formation spécifique médico militaire coordonnée.

- au niveau du département de la formation initiale spécialisée
- deux fois par an lors du collège des professeurs

Un bilan semestriel est réalisé afin de tracer l'avancée des internes des hôpitaux des armées :

- validation des stages hospitaliers
- absence éventuelle en cours ou lors des modules de formation médico-militaires de l'école du val-de-grâce
- niveau d'avancement des travaux de thèse

L'ensemble de ces indicateurs doit permettre un **diagnostic précis du domaine d'orientation de l'interne en difficulté:**

- **médico psychologique, pédagogique, familial ou social...**

4° Création du Bureau d'Information et de Suivi Particulier des Elèves (BISPE) de l' Ecole du Val de Grace

C'est dans ce contexte qu'est mis en place à compter du mois de janvier 2017 le bureau d'information et de suivi particulier des élèves « BISPE » destiné au suivi des internes militaires en troisième cycle des études médicales et en formation complémentaire à l'école du val-de-grâce.

Ce dispositif mis en place à la demande du DEFSSA ET en concertation avec les professeurs, les chefs de service hospitaliers, les maitres de stage, les tuteurs et les élèves, a pour but de favoriser la réussite personnelle des élèves, le bon déroulement des études et l'affectation dans les meilleurs délais.

Il s'agit d'une approche globale centrée sur les élèves tenant compte des spécificités de leur (futur) milieu professionnel.

Les demandes de rendez-vous individuels pourront présenter des aspects multi étiologiques.

- Difficultés d'adaptation au cursus, d'orientation et de motivation
- Problèmes de méthode de travail
- Problèmes de santé, problèmes relationnels dans la promotion, familiaux,
- Difficultés psychologiques…

Modalités pratiques des rendez vous

Les rendez-vous individuels pourront être initiés au 01.40.51.4…. (Numéro et responsable à définir) ou par mail à l'adresse fonctionnelle bispe@defense.gouv.fr.

- soit directement par l'intéressé,
- soit par l'intermédiaire d'un des acteurs au contact de l'interne : professeur, titulaire de la chaire, maitre de stage ou tuteur ayant repéré l'élève en difficulté,
- soit à l'incitation d'un camarade de promotion…

Objectifs du suivi

Le but de ces rendez-vous individuels, reposant fondamentalement sur la **confidentialité et la dé-stigmatisation,** sera d'obtenir la meilleure réussite, le bien-être de l'élève dans ses études et la meilleure adaptation à son futur emploi en tant que médecin exerçant dans les forces ou spécialiste hospitalier.

Il pourra s'agir d'un bilan pédagogique, de l'acquisition de méthodes de travail, d'un entretien d'orientation, de la mise en place d'un tutorat particulier, de l'étude d'un parcours spécifique et dans certains cas d'une demande de réorientation.

Si besoin avec l'accord de l'élève, il pourra être décidé une réunion d'information et de suivi particulier de l'élève pour la mise en place de propositions si besoin en présence du chef de service hospitalier, du tuteur ou du maitre de stage.

Un bilan semestriel de ces suivis, à la fois quantitatif et qualitatif sera réalisé.

Il pourra être décidé en fonction de ce diagnostic de mettre en place soit un soutien pédagogique, soit une aide médico-psychologique, soit une intervention sur le plan des ressources humaines…

Conclusion

Le bureau d'information et de suivi particulier des élèves (BISPE) a donc une fonction de diagnostic et d'orientation.
En cas de repérage d'un interne selon l'une des modalités ou par l'un des indicateurs cités précédemment sera réalisé soit un entretien soit une convocation en fonction de la problématique identifiée.

Le collège des professeurs réuni semestriellement comportera dans son ordre du jour un **comité de suivi des élèves** en difficulté afin de mettre en place des solutions adaptées à chaque cas et identifier des personnes ressources.

12 Liste des figures

FIGURE 1 : RÉPARTITION PAR AGE DES RÉPONDANTS. 43
FIGURE 2 : MOTIVATIONS POUR DÉBUTER UNE CARRIERE EN MÉDECINE (N=257) 47
FIGURE 3 : MOTIVATIONS POUR PASSER LE CONCOURS D'ENTRÉE A L'ÉCOLE DE SANTÉ DES ARMÉES 48
FIGURE 4 : OPINIONS DES ÉTUDIANTS SUR LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR DEVENIR MÉDECIN (N=259) 49
FIGURE 5 : OPINIONS DES ÉTUDIANTS SUR LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES POUR DEVENIR MILITAIRE (N=258) 50
FIGURE 6 : ÉVOLUTION DU SOUHAIT DE QUITTER LES ÉTUDES DE MÉDECINE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE 51
FIGURE 7 : ÉVOLUTION DU SOUHAIT DE QUITTER L'ARMÉE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE 52
FIGURE 8 : TEMPS DE TRAJET QUOTIDIEN DES ÉTUDIANTS (ALLER-RETOUR) 55
FIGURE 9 : CONSOMMATION QUOTIDIENNE DE CAFÉ OU THÉ 59
FIGURE 10 : RÉPARTITION DES SUJETS CONSOMMANT DE L'ALCOOL PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE 62
FIGURE 11 : SCORES DES TROIS COMPOSANTES DU MBI – GS (16 ITEMS) POUR LES ÉTUDIANTS DE 1ER ET 2EME ANNÉES 69
FIGURE 12 : SCORES DES TROIS COMPOSANTES DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL SELON MASLACH POUR LES ÉTUDIANTS DE 4EME ET 8EME ANNÉES 71
FIGURE 13 : CRAINTES EN VUE D'UN DÉPART EN OPÉRATIONS EXTERIEURES 83
FIGURE 14 : THÉORIE EXPLICATIVE « DEVENIR MÉDECIN MILITAIRE » 91
FIGURE 15 : ÉVOLUTION CHRONOLOGIQUE DU NOMBRE DE PUBLICATIONS SUR LE THEME DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL 92
FIGURE 16 : ÉVOLUTION DIACHRONIQUE DES SCORES SELON LES COMPOSANTES DU BURNOUT 205

13 Liste des tableaux

TABLEAU 1 : COMPOSITION DES QUESTIONNAIRES 30
TABLEAU 2 : ITEMS DU MBI-GS 31
TABLEAU 3 : ITEMS DU MBI-HSS 32
TABLEAU 4 : DESCRIPTION DES TROIS DIMENSIONS DU MBI DANS LE CHAMPS PSYCHOLOGIQUE 33
TABLEAU 5 : SCORES ETABLISSANT LES DIMENSIONS DU MBI-HSS DANS SA VERSION ORIGINALE (MASLACH, 1981) 34
TABLEAU 6 : SCORES ETABLISSANT LES DIMENSIONS DU MBI DANS LA VERSION FRANÇAISE TRADUITE PAR FONTAINE 34
TABLEAU 7 : DESCRIPTIF DE LA POPULATION ETUDIEE 36
TABLEAU 8 : REPARTITION ET COTATION DES ITEMS DU MBI SELON LES TROIS DIMENSIONS 37
TABLEAU 9 : TAUX DE REPONSE SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LE TYPE DE QUESTIONNAIRE 43
TABLEAU 10 : RECAPITULATIF DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LE TYPE DE QUESTIONNAIRE 44
TABLEAU 11 : TAUX DE MILITAIRES OU DE MEDECINS PARMI LES ASCENDANTS DU PREMIER ET DEUXIEME DEGRE 45
TABLEAU 12 : MENTIONS OBTENUES AU BACCALAUREAT 45
TABLEAU 13 : REPONSES CONCERNANT LA SCOLARITE DES ETUDIANTS A L'ÉCOLE DE SANTE 46
TABLEAU 14 : MOTIVATION SELON L'ANNEE D'ETUDE POUR DEBUTER UNE CARRIERE EN MEDECINE 47
TABLEAU 15 : MOTIVATIONS POUR DEBUTER UNE CARRIERE A L'ESA SELON L'ANNEE D'ETUDE 48
TABLEAU 16 : SOUHAITS DES ETUDIANTS DE CHANGER DE CARRIERE 51
TABLEAU 17 : RESSENTI DES ETUDIANTS SUR LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL 52
TABLEAU 18 : RECAPITULATIF DES REPONSES AUX QUESTIONS CONCERNANT LA PARENTALITE 54
TABLEAU 19 : RECAPITULATIF DES VARIABLES QUANTITATIVES DU MODE DE VIE 55
TABLEAU 20 : TEMPS DE TRAJET QUOTIDIEN (ALLER-RETOUR) SELON L'ANNEE D'ETUDE 56
TABLEAU 21 : VARIABLES SUR LA QUALITE DE VIE (TEMPS CONSACRE A L'ENTOURAGE, LOISIRS, SPORTS) PAR ANNEE D'ETUDE 56
TABLEAU 22 : OBTENTION REPOS DE GARDE 58
TABLEAU 23 : NOMBRE TOTAL D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE CHEZ LES ETUDIANTS DE 4EME ANNEE ET DE 8EME ANNEE 58
TABLEAU 24 : CONSOMMATION DE TABAC PAR ANNEE D'ETUDE 59
TABLEAU 25 : CONSOMMATION DE CAFE OU THE PAR ANNEE D'ETUDE 60
TABLEAU 26 : FREQUENCE DE CONSOMMATION DE BOISSONS ENERGISANTES SELON L'ANNEE D'ETUDE 60
TABLEAU 27 : CONSOMMATION DE SUBSTANCES ADDICTIVES POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION 61
TABLEAU 28 : FREQUENCE DE CONSOMMATION DE PRODUITS ADDICTIFS DANS LES 12 DERNIERS MOIS PAR ANNEE D'ETUDE 62
TABLEAU 29 : TROUBLES DU SOMMEIL PAR ANNEE D'ETUDE 64
TABLEAU 30 : COMPORTEMENTS A RISQUE PAR ANNEE D'ETUDE 65
TABLEAU 31 : VARIABLES SUR LE VECU PSYCHOLOGIQUE PAR ANNEE D'ETUDE 66
TABLEAU 32 : RECAPITULATIF DES CHOIX PREFERENTIELS DE PROFESSIONNEL DE SANTE CONSULTE EN CAS DE DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES (PAR ANNEE D'ETUDE) 67
TABLEAU 33 : SCORES DES 3 COMPOSANTES DU MBI-HSS A 22 ITEMS POUR LES ETUDIANTS DE 4EME ET 8EME ANNEE 70
TABLEAU 34 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LE SEXE DES ETUDIANTS 72
TABLEAU 35 : COMPARAISON DES SCORES EN CLASSES « ECHELLE » DU MBI SELON L'ANNEE D'ETUDE ET PAR TYPE DE QUESTIONNAIRE 73
TABLEAU 36 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON L'ANNEE D'ETUDE 74
TABLEAU 37 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LE STATUT MARITAL 75
TABLEAU 38 : COMPARAISON DES SCORES DU MBI SELON LA CONSOMMATION D'ALCOOL 76
TABLEAU 39 : PRINCIPAUX FACTEURS PROTECTEURS ET AGGRAVANTS LES SCORES DU MBI (EPUISEMENT EMOTIONNEL, PERTE D'EMPATHIE, ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL) 79
TABLEAU 40 : RECAPITULATIF DES ANALYSES MULTIVARIEES POUR LE SCORE D'EPUISEMENT EMOTIONNEL DES INTERNES EN 8EME ANNEE 80
TABLEAU 41 : CRAINTES EN VUE D'UN DEPART EN OPERATIONS EXTERIEURES SELON L'ANNEE D'ETUDE 83
TABLEAU 42 : PREFERENCES DE PRISE EN CHARGE SELON L'ANNEE D'ETUDE 84
TABLEAU 43 : REPARTITION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE QUALITATIVE SELON LE SEXE ET LA SPECIALITE 86
TABLEAU 44 : REPARTITION DES PARTICIPANTS DE L'ETUDE QUALITATIVE SELON L'ANNEE D'ETUDE ET LA SPECIALITE 86

TABLEAU 45 : THEMATIQUES IDENTIFIEES SELON LA THEORISATION ANCRE 88
TABLEAU 46 : GRILLE COTE-TURGEON=GRILLE DE LECTURE CRITIQUE D'UN ARTICLE DE RECHERCHE QUALITATIVE EN MEDECINE 97
TABLEAU 47 : PROFIL DU MEDECIN A HAUT RISQUE SUICIDAIRE 154
TABLEAU 48 : MARQUEURS DE DEPISTAGE ET DE PREVENTION DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES MEDECINS, [LEOPOLD, 2003] 154
TABLEAU 49 : RAPPEL DES ECHELLES DE SCORES DU BURNOUT DANS LES 3 DIMENSIONS DU MBI 204
TABLEAU 50 : RECAPITULATIF DES PRINCIPALES ETUDES FRANÇAISES PARUES DEPUIS 2005 SUR LE BURNOUT DES INTERNES EN MEDECINE 206
TABLEAU 51 : L'INTERNAL MEDICINE RESIDENCY STRESS SCALE (IMRSS) 225