

Année 2018

N°

# Thèse

Pour le  
**DOCTORAT EN MEDECINE**  
Diplôme d'État  
Par

**Emeline TREMEAU**

Née le 2 février 1990 à Tours (37)

---

**Etudiant et médecin : Comment les internes gèrent leur statut ?**

---

Présentée et soutenue publiquement le 15 mars 2018 devant un jury composé de :

**Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours**

**Membres du Jury :**

**Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Transfusion, Faculté de médecine – Tours**

**Professeur Laurent PLANTIER, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours**

**Docteur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine – Tours**

**Docteur Corinne SIMONEAU, Médecine Générale – Pocé sur Cisse**

**Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine générale, CCU, Faculté de Médecine – Tours**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

**DOYEN**

Pr. Patrice DIOT

**VICE-DOYEN**

Pr. Henri MARRET

**ASSESSEURS**

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*  
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*  
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*  
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*  
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*  
Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

**SECRETAIRE GENERALE**

Mme Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972  
Pr. André GOUAZE - 1972-1994  
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004  
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

**PROFESSEURS EMERITES**

Pr. Daniel ALISON  
Pr. Catherine BARTHELEMY  
Pr. Philippe BOUGNOUX  
Pr. Pierre COSNAY  
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN  
Pr. Noël HUTEN  
Pr. Olivier LE FLOCH  
Pr. Yvon LEBRANCHU  
Pr. Elisabeth LECA  
Pr. Gérard LORETTE  
Pr. Roland QUENTIN  
Pr. Alain ROBIER  
Pr. Elie SALIBA

**PROFESSEURS HONORAIRES**

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELOLD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
ARBEILLE Philippe .....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie Clinique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles .....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian .....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques .....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain .....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe .....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand .....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie et nutrition
DUMONT Pascal .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier .....	Urologie
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne, gériatrie

MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe .....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique .....	Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
QUENTIN Roland .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique .....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

---

LEBEAU Jean-Pierre  
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

## PROFESSEURS ASSOCIES

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

BAKHOS David ..... Physiologie  
BARBIER Louise ..... Chirurgie digestive  
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique  
BERTRAND Philippe ..... Biostatistiques, informatique médical et  
Technologies de communication  
BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire  
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de  
communication  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DESOUTEAUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie

---

DOMELIER Anne-Sophie .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane .....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie .....	Immunologie
GUILLON Antoine .....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille .....	Immunologie
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
BOREL Stéphanie .....	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse .....	Médecine Générale
LEMOINE Maël .....	Philosophie
MONJAUZE Cécile .....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald .....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves .....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain .....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

DELORE Claire ..... Orthophoniste  
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier  
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier  
MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

### ***Pour l'Ethique Médicale***

BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

# RESUME :

**Titre : Etudiant et médecin : Comment les internes gèrent leur statut ?**

**Contexte :** En France, le burn-out concernerait 39% des internes en médecine générale. Les études identifiant les facteurs prédisposant n'expliquent pas pourquoi les internes réagissent différemment face à un ensemble de contraintes similaires. La sociologie institutionnelle permet de lire les tensions vécues par les internes, comme issues de la coexistence de deux logiques institutionnelles potentiellement contradictoires : la logique médecin versus la logique étudiant.

**Objectif :** Identifier les profils réactionnels permettant d'échapper à l'épuisement professionnel face aux logiques institutionnelles du statut d'interne. L'objectif secondaire était de décrire les vecteurs de tensions de ces logiques.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi directifs auprès d'internes de médecine générale de Tours. Le codage et l'analyse ont été réalisés selon les principes de l'étude de cas.

**Résultats :** Les internes qui vivaient le mieux leur statut ont géré les tensions activement en considérant comme complémentaires les logiques institutionnelles. En revanche, les plus sujets au burn-out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante. L'isolement social favorisé par le nomadisme de l'interne entraînait des tensions d'organisation importantes. Le style de séniorisation, la relation à l'équipe paramédicale étaient vecteurs de tensions de performance. Les internes avaient du mal à identifier leur appartenance sociale entre étudiant et médecin.

**Discussion :** Certains internes concilient très bien les deux logiques. Tandis que chez d'autres, les tensions sont difficilement supportables. Les internes qui vivent bien leur internat s'autorisent un droit à l'erreur alors que ceux qui sont plus sujets au burn-out se refusent ce droit. Au fil du temps, les tensions s'apaisent malgré eux, grâce à l'acquisition progressive de compétences.

**Conclusion :** L'internat ne doit pas seulement être considéré comme un facteur de burn-out inévitable. Être interne c'est à la fois être étudiant et médecin. Comprendre comment certains gèrent de manière active les tensions permet d'aider les internes qui n'y parviennent pas.

**Mots-clés :** Burn-out, Interne en médecine, Etude qualitative



# ABSTRACT:

**Title:** Praticing doctor and student: How residents manage their status?

**Background:** In France, 39% of the primary care residents experienced symptoms compatible with burnout. Studies about burnout predisposing factors do not explain why the residents exhibit different coping answers to similar stressful situations. Institutional sociology suggests that the resident dual logic as “practicing doctor” and “student” might be the main cause of their distress.

**Objectives:** Identify the panel of the residents coping behaviors induced by their status paradigm. Describe the causes of tension generated by the duality of being a “practicing doctor” and “student”.

**Method:** Qualitative study using semi-structure interviews of Tours primary care residents. Data coding and analysis were performed according to case study pattern.

**Results:** Residents with the most efficient coping mechanisms were proactively dealing with the tensions and embracing their dual status of “practicing doctor” and “student”. By contrast, the most sensitive to burnout residents exhibit a defensive-type profile. They were not comfortable with their dual status, even denying the fact that they were still students. Social isolation enforced by the resident nomadism leads to organizing tension while interactions with the paramedic team and more advanced residents lead to performing tension. Overall, residents could not easily determine if they belonged to the “practicing doctor” or “student” social group.

**Discussion:** Whereas some residents embrace their dual status with two logics, it generates unbearable pressure on some others. The key is the “right to fail”, residents that could not accept it were more prone to burnout. Anyhow, with time, pressure decreases because they gain competence.

**Conclusion:** Residency is not an unavoidable burnout risk factor. Residents bear the dual status of “practicing doctor” and “student” at the same time. Understanding how some of them manage proactively the pressure might help the ones who do not.

**Key Words:** Burn-out, residents, qualitative study

# REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Lebeau**, merci de me faire l'honneur de présider ce jury. Soyez assuré de mon profond respect.

**A Monsieur Le Professeur Colombat**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour l'intérêt que vous y accorderez. Soyez assuré de ma reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Plantier**, merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de ma respectueuse considération.

**A Madame le Docteur Dibao-Dina Clarisse, Maître de conférence Universitaire**, je te remercie de me faire l'honneur d'évaluer ce travail. Merci de m'avoir ouvert les portes de ton cabinet, de m'avoir fait aimer la médecine amboisienne. Si je devais choisir un mot pour te décrire : la sagesse.

**A Madame le Docteur Simoneau Corinne**, merci de me faire l'honneur d'évaluer ce travail. Je te remercie d'avoir partagé avec moi ta vocation pour la médecine générale. Un grand merci de m'avoir donné la chance de pouvoir travailler avec passion à tes côtés. Et comment parler de bien-être au travail, sans remercier l'équipe de Pocé-sur-Cisse, j'espère que nos chemins ne s'arrêteront pas là !

**A Madame le Docteur Ettori-Ajasse Isabelle**, merci pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Je te remercie pour ta confiance, ton honnêteté, tes corrections et encouragements en particulier pendant mes phases de doute tant professionnelles que personnelles. Isabelle je te remercie de m'avoir fait partager ta passion pour la recherche et l'enseignement.

A mes maîtres de Stages, Blandine, Clarisse, et Corinne, Laurent, Alain, Laurène, Bastien, Raymond qui m'ont fait aimer la médecine générale dans l'Indre et Loire. Un grand merci à toute l'équipe de Lacroix en Touraine : Lucie, Emmanuel, Alice et Marc sans oublier Catherine et Lise pour leur investissement dans la formation des internes, les centaines de cafés pris ensemble, les conseils avisés, plus qu'une maison médicale : un lieu de partage et d'échange.

A mes parents, ma grand-mère et mes sœurs, merci pour vos encouragements tout au long de mes études.

A la famille Morand, pour ses moments de réconfort au coin du feu autour d'un bon repas, je vous remercie d'avoir accepté mon indisponibilité « lorsque je devais bosser ma thèse ».

Aux internes de médecine générale de Tours, ce travail a été fait avec vous et pour vous. J'espère qu'il contribuera à améliorer votre quotidien.

Je remercie particulièrement Boudinet (et toute la petite famille), sans qui cette thèse ne serait pas ce qu'elle est. Je te remercie pour ta patience devant mes doutes, mes questionnements. Sans toi je n'aurais pas pu avancer. J'ai apprécié nos longues heures au

téléphone ou sur ton canapé qui ont transformé ces moments de travail en véritable moment de partage.

A Juliette, Anne-Sophie, Célia de m'avoir soutenue et comprise tout au long de mes études. Je suis consciente qu'il est parfois difficile de supporter Emeline la brocante, ou la double emeline ! Bref sans vous mon quotidien ne serait pas le même !

A toi Nicolas, merci pour le bonheur que tu m'apportes chaque jour, ta patience. Cette thèse n'est que le premier des grands projets qui nous attendent.

# **Table des matières :**

<b>RESUME :</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT:</b> .....	<b>9</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS :</b> .....	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION :</b> .....	<b>14</b>
<b>MATERIEL ET METHODE :</b> .....	<b>15</b>
<b>RESULTATS :</b> .....	<b>16</b>
<b>CONCLUSION :</b> .....	<b>34</b>
<b>REFERENCES :</b> .....	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1 :</b> .....	<b>39</b>
<b>ANNEXE 2 :</b> .....	<b>40</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

CESP : contrat d'engagement au service public

MSU : maitre de stage universitaire

IMG : interne en médecine générale

RSCA : récit de situation complexe et authentique

ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

ISNI : Intersyndicale nationale des internes

IMG : Interne en médecine générale

# INTRODUCTION :

Les internes sont touchés par le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out<sup>1-3</sup>. En France, il concernerait 39% des internes en médecine générale<sup>4, 5</sup>. Ce taux atteindrait 46% dans certaines régions <sup>6-8</sup>.

Les conséquences de ce phénomène sont nombreuses : addictions, troubles anxieux, dépression, troubles du sommeil <sup>1,9-12</sup>. Surtout, cette souffrance de l'interne altère la relation médecin-patient et entraîne une dégradation de la sécurité des soins <sup>13-15</sup>.

Des facteurs sont déjà identifiés comme prédisposant au burn-out des interne : l'âge de l'interne, le temps de travail <sup>5,16</sup> et le manque de reconnaissance <sup>17</sup>.

Cependant, toutes ces études n'expliquent pas pourquoi les internes réagissent différemment face à un ensemble de contraintes similaires. Certains apportent des réponses négatives les conduisant au burn-out, tandis que d'autres supportent mieux la situation.

L'analyse du burn-out s'était limitée à l'analyse de ses déterminants. Une lecture sociologique plus globale semble intéressante pour compléter la compréhension de ce phénomène. Ainsi, le burn-out peut être identifiée comme un type de réaction possible face à une situation. La sociologie institutionnelle analyse le comportement d'un individu comme étant une réponse formulée à un ensemble d'influences ou « logiques institutionnelles »<sup>18</sup>. Celles-ci peuvent être de natures diverses : culturelles, légales ou liées à l'habitude<sup>19</sup>. Elles ne sont pas nécessairement cohérentes entre elles, ce qui peut être à l'origine de tensions<sup>20</sup>. Chaque personne ressentirait ces tensions de manière personnelle.

Plusieurs types de réponses sont envisageables. Les réponses défensives évoquent une opposition et peuvent mener à l'épuisement. Les réponses neutres trouvent un équilibre précaire en ne prenant pas position. Les réponses actives articulent de manière positive et durable les logiques institutionnelles.

L'interne est à la fois médecin exerçant des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, et un étudiant intégré dans un parcours de formation universitaire <sup>21,22</sup>. Ainsi, le statut de l'interne entraîne une situation dans laquelle deux logiques institutionnelles sont articulées : la logique médecin versus la logique étudiant. Or, la coexistence de ces deux logiques peut être difficile à gérer. Comment organiser son temps et son travail entre soins et université ? A quel groupe identitaire appartient l'interne : médecin ou étudiant ? Quels sont les objectifs à atteindre ?

L'objectif de ce travail était d'identifier les profils réactionnels permettant d'échapper à l'épuisement professionnel face aux logiques institutionnelles du statut d'interne. L'objectif secondaire était de décrire les vecteurs de tensions de ces logiques institutionnelles.

# MATERIEL ET METHODE :

Une étude qualitative par étude de cas a été menée par entretiens semi-dirigés.

## **Population étudiée:**

Le critère d'inclusion des participants était d'être interne en médecine générale inscrit à la faculté de médecine de Tours. Le critère de non inclusion était le refus de participer à l'étude.

Les participants étaient informés de l'objectif de l'étude afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens. La réalisation de l'échantillonnage raisonné a été fait selon les critères suivants : l'âge, le sexe, le semestre d'étude, la situation familiale, le lieu d'externat, la notion de reconversion professionnelle, le nombre de stages invalidés, le nombre de jours d'arrêt, la signature d'un CESP (contrat d'engagement au service public) et le caractère syndicaliste de l'interne.

Le recrutement a été réalisé par effet dit « boule de neige » jusqu'à saturation des données, entre décembre 2016 et octobre 2017.

## **Recueil des données :**

Un guide d'entretien évolutif a été rédigé (Annexe 1). Il abordait dans un premier temps la définition de l'interne et son activité hebdomadaire. Puis, il recherchait les éléments entrant dans la constitution des deux logiques institutionnelles, notamment la perception supposée du senior, de l'équipe paramédicale et du patient envers lui. Enfin, il s'intéressait au profil réactionnel de l'interne, aux difficultés rencontrées et au cadre institutionnel.

Une retranscription complète écrite des entretiens a été faite à partir des enregistrements audios sous Word. L'anonymat des verbatims a été respecté en attribuant un numéro à chaque entretien, puis une lettre lors de la rédaction des résultats.

L'étude de cas a été menée selon la logique de Strauss et Corbin<sup>23</sup>. C'est-à-dire que l'accès au terrain a été influencé par la connaissance de la littérature, sans avoir une grille d'analyse précise.

## **Analyse des données :**

Une analyse thématique des verbatims a été conduite par codage ouvert sur Excel.

L'étude de cas a été réalisée dans une logique instrumentale<sup>24</sup>, dans la mesure où les cas ont été lus à travers une théorie : la théorie des logiques institutionnelles.<sup>25-28</sup>

Un double codage a été réalisé par un Docteur en sciences sociales, extérieur à l'étude, afin de trianguler les données.

## RESULTATS :

Onze entretiens individuels ont été menés de décembre 2016 à aout 2017. La saturation des données a été atteinte après 8 entretiens et confirmée par les 3 suivants. Les entretiens ont duré entre vingt minutes et une heure. Ils se sont déroulés par téléphone ou au domicile du participant. Les caractéristiques de l'échantillon raisonné sont représentées dans le tableau 1.

Sexe	Age	Semestre d'internat	Situation familiale	Reconversion professionnelle	Lieu d'externat	Nombre de stage invalidé	Nombre de jours d'arrêt	CESP	Syndicaliste
F	26	2eme	Concubinage	Non	Tours	0	21	Oui	Non
F	28	4eme	Concubinage et 1 enfant	Non	Lille	0	0	Non	Non
H	27	2eme	Concubinage	Non	Guadeloupe et Paris	0	0	Non	Non
F	27	5eme	Fiancée et 1 enfant	Non	Nantes	0	15	Non	Oui
H	26	4eme	Célibataire	Non	Tours	0	0	Non	Oui
H	25	2eme	Concubinage	Non	Tours	0	0	Non	Non
F	33	3eme	Pacsée et 1 enfant	Thèse de biologie puis passerelle médecine	Paris	1	0	Non	Non
F	26	5eme	Pacsée	Non	Paris	1	45	Oui	Non
F	27	2eme	Célibataire	Non	Strasbourg	0	60	Non	Non
F	36	4eme	Mariée et 2 enfants	Thèse de biologie puis passerelle médecine	Tours	0	5	Non	Non
F	27	4eme	Mariée et 1 enfant	Non	Poitiers	0	Congé maternité	Oui	Non

**Tableau 1 : Caractéristiques des internes interviewés**



## Les types de tensions ressenties

L'analyse des résultats a fait émerger trois types de tension ressentie par les internes : organisation, performance, et appartenance.

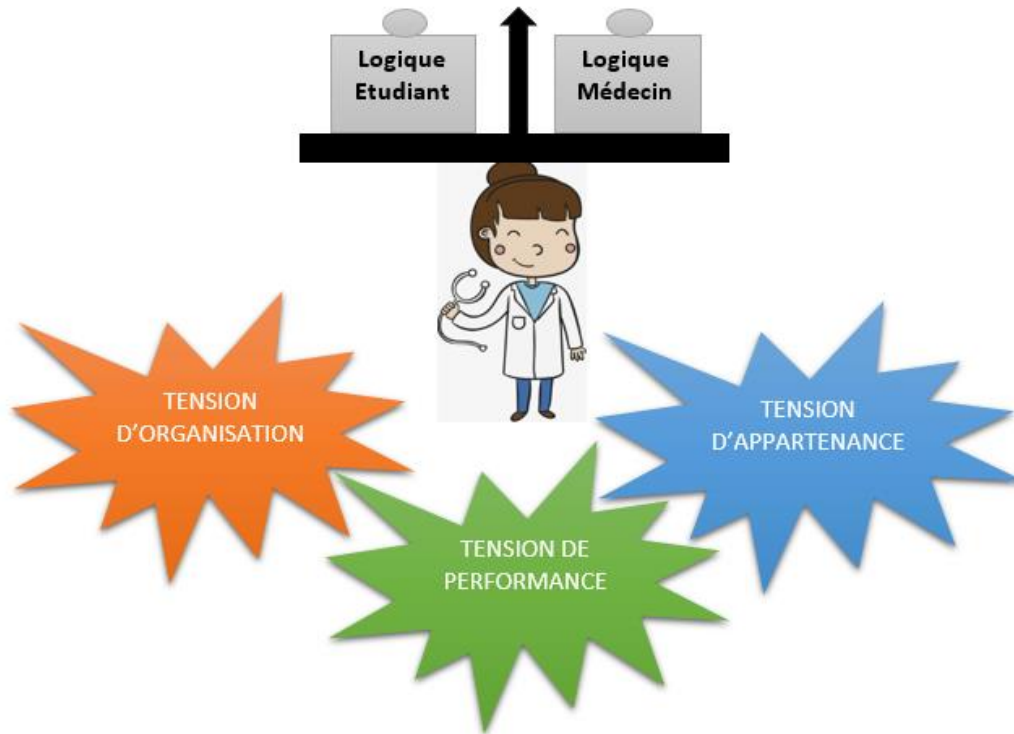


Figure 1 : Les tensions ressenties par l'interne

### Tensions d'organisation

Les internes ont ressenti des tensions résultant de la coexistence d'une organisation spécifique de l'hôpital et d'une organisation plus générale de l'internat.

#### Pression organisationnelle appelant à la conscience professionnelle

L'organisation de l'hôpital et plus précisément sa politique budgétaire retentissait sur la pratique des médecins seniors qui fixaient alors des objectifs aux internes en contradiction avec le soin. « *L'objectif de faire sortir les patients le plus rapidement possible, le problème c'est que des fois, c'était des conséquences directes sur notre pratique.* » (E9). Dans ce climat, les internes se sentaient des maillons indispensables dans la chaîne de soin, leur statut d'étudiant nié. « *Au CHU, l'interne est très pratique pour l'administration pour le fonctionnement de l'hôpital qu'on est je ne vais pas dire "exploité, martyr" mais je trouve en tout cas qu'on est plus utilisé en tant que professionnel qu'en tant qu'étudiant. On est plus considéré comme devant savoir faire les choses alors qu'on est censé être là pour apprendre, être formé* » (E6).

L'interne était également la solution au déficit de sénior. *« Ils ont des difficultés de recrutement de chef, (...). Du coup, ils demandent aux internes sur la base du volontariat de doubler les gardes »* (E9). Les internes ne palliaient pas seulement au manque de séniors, ils assumaient également le travail de leurs co-internes en cas d'absence *« Dans l'organisation du service, on se sent indispensable et quand on n'est pas là ça va retomber sur le dos des co-internes »* (E6).

### **Manque de reconnaissance menant à un sentiment d'exploitation**

Les internes souffraient d'un manque de reconnaissance de leur travail d'un point de vue organisationnel. *« L'interne fait un peu la bonne à tout faire »* (E9). Ce manque de reconnaissance se traduisait notamment sur leur temps de travail et leurs responsabilités.

Les internes ont estimé que leur salaire était discordant face aux responsabilités qu'ils leurs incombaient. *« Vu les responsabilités qu'on nous fait porter je pense qu'il devrait vraiment y avoir une revalorisation du salaire des internes, ce n'est pas possible de continuer comme ça »* (E4). Ils ont aussi ressenti cette discordance entre leur temps de travail et leur rémunération. *« Le principal problème est au niveau du salaire, au rapport temps passé à l'hôpital par rapport au salaire trop bas »* (E7).

Les internes se sentaient exploités, victimes de ce statut paradoxal. *« Je me sens exploité »* (E1). *« On est étudiant quand ça les arrange et on est médecin quand ça les arrange. C'est-à-dire que pour le salaire il n'y a pas de problème on est étudiant, par contre pour les responsabilités, pour les gardes, là on est médecin ça c'est sûr »* (E4).

### **Contraintes horaires**

Les internes appréciaient la limitation de leur temps de travail à 48h hebdomadaire. *« Concernant la durée du temps de travail je trouve que c'est bien, les 48h c'est mieux que 80h comme avant »* (E6).

Ils se sentaient accaparés par leur travail. *« Tu ne peux rien faire, quand tu commences à 8h et que tu finis à 19h, toutes les agences sont fermées, tu ne peux gérer aucune problématique liée à la vie perso »* (E3). Ils ont exprimé un manque de temps à consacrer à la sphère personnelle. *« Je n'ai pas le temps de faire du sport pour moi. »* (E10).

### **Travail universitaire**

Les internes ont exprimé des tensions en lien avec la fonction d'étudiant. *« Étudiant vis à vis de la formation universitaire »* (E10). Ils parlaient du caractère *« hyperscolaire »* (E11) des travaux qui leur étaient demandés.

Certains internes avaient des difficultés à s'organiser au quotidien pour réaliser leurs travaux universitaires en plus de leurs activités de stages. *« Le temps de travail est trop dur pour pouvoir travailler la formation universitaire pendant le stage. »* (E5).

## **Nomadisme professionnel et isolement social**

Les internes décrivent un manque d'intégration sociale favorisé par un nomadisme professionnel. « *Un gros manque d'intégration sociale. Vu qu'on n'est pas au même endroit on n'a pas le temps de s'implanter et du coup on prend du retard dans sa vie par rapport aux autres pour plein de choses pour les activités de loisirs, le cercle professionnel. Pour tout en fait.* » (E5). Les internes se sont sentis en décalage avec le reste de la société. « *On est complètement à côté de la plaque, par rapport à la population du pays. Même pour une activité sportive quand on démarre on est décalé on n'est pas comme les autres. Du coup on a du mal à sortir de la médecine.* » (E5).

L'organisation de l'internat en stage de 6 mois a fait des internes des nomades. « *On est complètement nomade* » (E5).

Ce nomadisme gênait l'organisation familiale. « *Le fait de déménager tous les 6 mois, de changer en tout cas de stage tous les 6 mois, sans avoir de visibilité à plus de 3 semaines - 1 mois, justement quand on a une famille c'est difficile et stressant* » (E11).

## **Conflit travail-famille**

Les internes luttaienent pour allier travail et vie personnelle et familiale. « *C'est la place de la vie personnelle, qu'il est difficile parfois de mettre en place, du fait du temps qui est demandé.* » (E1). « *Ce n'est pas évident ni pour la famille ni pour le conjoint qui doit s'adapter et éventuellement faire des concessions, lui, sur sa vie professionnelle.* » (E11).

## **Tensions de performance**

Les tensions de performance viennent des attentes envers l'interne. Ces tensions provenaient des différents acteurs avec lesquels il travaillait mais également du travail universitaire. Ces attentes étaient parfois ambiguës. L'interne ne comprenait plus alors ce qu'on attendait de lui.

## **Travail universitaire**

Tous les internes ont exprimé des difficultés à comprendre les attentes parfois floues concernant le travail universitaire qui leur était demandé. Ils ont noté le caractère scolaire des travaux. « *Ça reste très scolaire quand on te demande des choses. J'ai l'impression de revenir au lycée* » (E10). « *Je trouve ça quand même assez dommage vu notre niveau de formation* » (E10).

## **Le sénior**

Les internes ont décrit la séniorisation en fonction de deux paramètres : l'intérêt porté à l'humain et aux relations humaines, et l'intérêt porté aux résultats et à la tâche.

### La séniorisation idéale selon l'interne

Pour les internes, la séniorisation idéale correspondait à un sénior ayant autant d'intérêt pour l'humain que pour la tâche. Certains chefs considéraient l'interne comme un collaborateur. *« Un collaborateur c'est quelqu'un pour qui tu as de la considération et dont l'avis importe dans la prise de décision finale. Ce n'est pas forcément au même niveau hiérarchique. On apporte une plus-value et si on n'était pas là le boulot serait difficile »* (E10). Parfois, l'interne s'est senti intégré dans une équipe, ce qui a abouti à un sentiment de satisfaction, de confiance et de respect. *« Il y en a qui sont là pour nous former et qui perçoivent l'interne en formation et quelqu'un qu'ils doivent superviser »* (E11).

Les internes ont fait une distinction entre la séniorisation ambulatoire et hospitalière. *« Il n'y a pas le même lien entre maître de stage et interne qu'il peut y avoir en hospitalier (...) l'échange est plus facile, le médecin était comme un confrère plutôt que comme un maître, c'est ce que j'ai ressenti au cabinet. »* (E2).

Les internes ont attaché de l'importance à la reconnaissance par le sénior de leur statut d'étudiant en formation. *« Il y a une autre partie qui considère qu'on est en formation, qu'on n'est pas là que pour travailler mais pour apprendre »* (E5). Ils ont souhaité que le sénior s'investisse dans leur formation. *« Si le sénior s'implique dans la formation ça coule de source et on apprend. »* (E5).

### La séniorisation « maman- poule »

Les internes ont évoqué une séniorisation prenant en compte les relations humaines et notamment l'interne dans ses difficultés. On retrouvait les éléments de la relation mère-enfant. Certains ont décrit un de leurs seniors comme un chef *« papa-poule »* qui les a *« couvé un peu »* (E1) et qui les ont *« pris sous son aile »* (E4). Ils ont été reconnaissants de l'intérêt que leur portaient leurs MSU en tant que personne. *« Elle m'a complètement remise en confiance, elle est super gentille, elle a pris son temps. »* (E8).

### La séniorisation transparente

A l'inverse, des internes se sont plaints d'une séniorisation inexistante ne prenant en compte ni l'humain, ni la tâche. *« Les seniors n'étaient ni méchant ni gentils (..), ils ne me parlaient pas, jamais »* (E4). Un sentiment de solitude et d'ignorance envahissaient les internes. *« J'avais à peine un bonjour ni au revoir, j'étais transparente, j'étais toute seule dans le service »* (E4). Les seniors semblaient désintéressés du travail de l'interne. *« Et là mon co-interne dit "Hey Mr, X envoie un patient au SAMU". Et là il a dit "ok, super" et il s'est barré. »* (E8).

### La séniorisation humiliante

La *« séniorisation péjorative. »* (E4) portait un intérêt aux tâches réalisées au détriment de l'humain. Elle était mal vécue par les internes. *« On est plutôt là pour faire les tâches pourries et pour faire tourner les lits et pas forcément apprendre plus. Du coup j'appelle plutôt ça un sous-fifre ou esclave. »* (E8). Un climat de peur s'est installé entre certains

séniors et leur interne dans lequel ce dernier s'est senti menacé. « *Des chefs qui nous faisaient beaucoup de réflexions, presque humiliantes* » (E4). « *A partir du moment où il m'a menacé de ne pas me valider, j'étais surveillé de près* » (E9).

Ces différents styles de séniorisation ont généré des tensions et de l'incompréhension entre le sénior et l'interne qui ne savait plus ce qu'on attendait de lui. Ainsi, les internes aimeraient qu'il y ait « *plus de compréhension de la part des séniors [...] Tu as l'impression qu'entre ce que tu vis et la vision qu'ont les séniors de l'internat, il y a une grosse différence. Si on pouvait améliorer ce dialogue entre les deux* » (E10).

### **Le patient**

Les internes se sont sentis acceptés auprès du patient. « *Je n'ai jamais rencontré de gens qui étaient contre l'interne* » (E1). « *En tout cas, ça ne m'est jamais arrivé qu'ils me disent "non je veux voir un vrai docteur"* » (E7). Leur capacité à soigner n'était pas remise en question : « *ils sont plutôt confiants* » (E5), « *la plupart pensent qu'on peut les soigner aussi bien* » (E1).

L'image qu'ils renvoyaient au patient dépendait en partie de la façon dont ils sont présentés. « *Quand le maître de stage est là, on te perçoit plus comme étudiante. Alors que quand tu es seule, bah finalement tu passes plus comme médecin directement* » (E8).

### **L'équipe paramédicale : la relation suivant un rite initiatique**

En début de stage, tous les internes ont évoqué leur intégration dans l'équipe paramédicale comme un rite initiatique conditionnant leur relation ultérieure. « *Il y a plusieurs phases dans le semestre. Phase 1 : le test : le petit jeune qui arrive, il faut faire ses preuves* » (E7).

En cas d'échec à la première phase, l'équipe est devenue source de tensions pour l'interne. En tant qu'interne, il n'avait pas de supériorité hiérarchique. En revanche en tant que prescripteur, ils devaient prendre des décisions. « *Elles considèrent que c'est à toi de prendre des décisions et de prescrire* » (E5). Certains internes ont eu l'impression que l'équipe paramédicale se déchargeait de certaines de leurs tâches. « *Elles se permettent plus de choses avec nous qu'avec les chefs. On reçoit plus de remarques et elles nous demandent plus de choses [...] en général on a l'impression que ce sont des ordres.* » (E5). Certains se sentaient contraints de justifier leurs décisions médicales auprès de l'équipe. « *Quand je leur demandais de faire quelque chose je disais toujours pourquoi elles devaient le faire* » (E7).

En cas de réussite à la première phase, l'équipe est devenue un soutien, une ressource pour l'interne. « *On a réussi à avoir une position pour s'affirmer au niveau médical, on bosse en équipe et chacun a des compétences propres* » (E7). Les infirmières pouvaient être un pilier déterminant dans le bien-être de l'interne, et leur ont permis de tenir dans des stages difficiles. « *S'il n'y avait pas eu l'équipe infirmière, je serais partie en burn out au bout de 2 mois et ce sont les infirmières qui m'ont fait tenir* » (E4). Elles pouvaient aider lors de situations difficiles avec des patients. « *Je me suis débrouillée avec les infirmières et avec le protocole, elles m'ont beaucoup aidée* » (E7).

## Tensions d'appartenance

Les internes ont exprimé un conflit entre leurs deux rôles distincts : médecin et étudiant. *« C'est un statut assez batard entre l'étudiant inscrit à la faculté à qui on lui demande encore du travail hyper scolaire pour le portfolio typiquement.[...] Et à côté de ça, un pied dans la vie active, les stages, on est en autonomie seul, ou on est vraiment salarié »* (E11).

Certains internes ont exprimé des difficultés à allier ces rôles au quotidien. *« On est l'un ou l'autre mais pas en même temps. (...) Concilier les deux c'est donc ce qui me paraît le plus difficile dans notre statut actuel. »* (E4).

Les plus jeunes internes se sont décrits avant tout comme *« étudiant de 3ème cycle »* (E6). Les plus avancés dans l'internat se sont définis comme *« médecin en formation »* (E7).

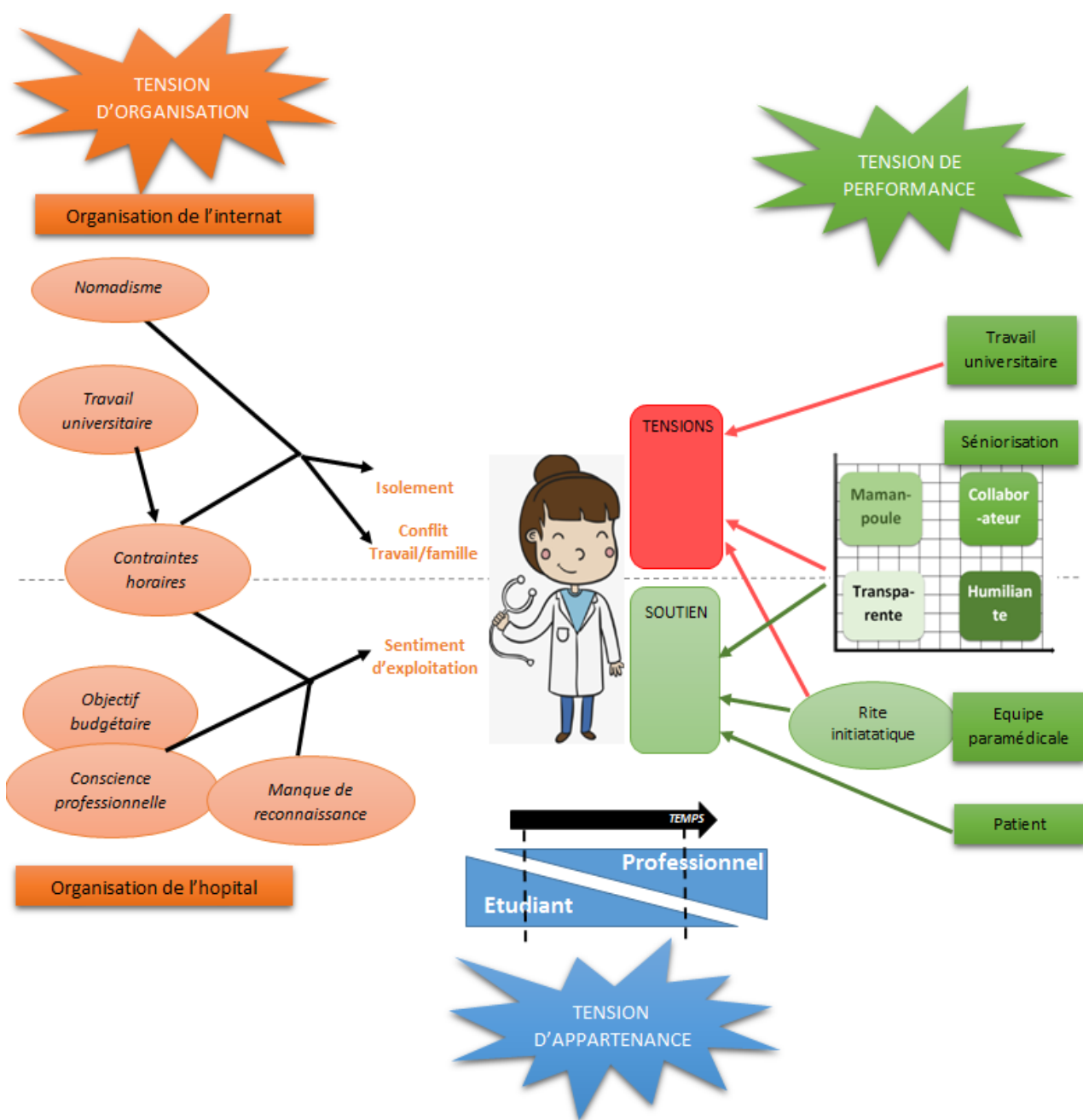


Figure 2 : Les vecteurs de tensions ressentis par l'interne

## Les profils réactionnels des internes face aux deux logiques institutionnelles

Face à ces tensions, trois profils de réponses ont été apportés : actives, défensives et neutres.

### Profils actifs

Les réponses actives ont visé à gérer les tensions sur le long terme. Elles articulaient les logiques institutionnelles de manière positive et durable.

#### Inscription du parcours étudiant dans une continuité professionnelle à vie

Les éléments divergents étaient perçus comme complémentaires plutôt que conflictuels. En associant la logique médecin à celle d'étudiant, les internes n'ont pas ressenti les tensions. « *Quand on est médecin on est un peu étudiant toute sa vie, on apprend tous les jours* » (E7). Le parcours étudiant s'inscrit ainsi dans une continuité professionnelle à vie. « *J'aurais toujours ce statut de médecin en formation car finalement on va l'être toute notre vie* » (E8).

#### Utilisation des avantages des deux logiques

Certains internes ont utilisé les avantages de chacune des deux logiques. « *Ce statut j'aime bien. [...] on a un champ des possibles qui est énorme en fait, on est encore en formation, on peut choisir les formations qu'on veut sans être stressée à se dire "est-ce que je vais rentrer assez d'argent ?", je peux me libérer une journée pour aller en formation soit pour mon DU, ... c'est énorme. C'est vraiment une chance* » (E10).

#### Compartimentation des logiques dans le temps et l'espace

La compartimentation spatio-temporelle des deux logiques permettait de ne pas ressentir de tensions. « *J'ai l'impression que du lundi au mercredi, je suis médecin. Que le jeudi, je suis étudiant et vendredi, je redeviens un médecin.* » (E2).

#### Droit à l'erreur grâce à la séniorisation

Le statut d'étudiant était vécu par certains comme une chance permettant un droit à l'erreur. L'interne évoluait dans un cadre sécurisé par la présence d'une séniorisation. « *C'est ce qui est le plus professionnalisant parce que tu peux faire des erreurs dans un cadre plutôt protégé. Tu as accès à un avis séniorisé.* » (E5).

### Profil neutre

Certains internes n'ont mis en place aucune stratégie pour résoudre les tensions. Leurs positions étaient mitigées et ont exclu les extrêmes. Ils n'ont été ni médecin ni étudiant de façon complète. Ils se sont situés dans un entre-deux. Au regard de la logique étudiante, ils



ont estimé « *manquer de temps pour être purement étudiant, pour réfléchir à la théorie sur des cas* » (E9). De même, ils ne se sont jamais considérés comme médecin mais comme « *futur médecin pas encore thésé* » (E9).

## **Profils défensifs**

Les réponses défensives ont consisté à surmonter les tensions temporairement ou à les refuser définitivement.

### **Suppression forcée et autoritaire de la logique étudiante : jusqu'au burn-out**

Certains internes n'étaient plus étudiants, ils étaient médecins. « *On n'avait pas le droit d'être étudiant. Il fallait qu'on sache les réponses tout de suite. On n'avait plus ce statut car il fallait prendre les décisions.* » (E8).

Des tensions intenses ont été ressenties par l'interne. En position de médecin, il ne se laissait plus la possibilité de l'erreur. « *C'est quand même la vie des gens que tu as entre les mains, donc c'est d'autant plus flippant* » (E8). Quelques internes n'acceptaient pas en tant que médecin de perdre un patient. « *Tous les cas cliniques qu'on fait, où à la fin le patient est sauvé, mais en vrai ce n'est pas ça, on ne peut pas sauver tout le monde* » (E8).

A l'extrême, cette détresse s'est transformée en burn-out. « *Je n'étais plus capable de voir un patient. Je pensais arrêter médecine, très clairement* » (E8). La non gestion de l'incertitude s'est répercutée sur les fonctions primaires de l'interne. « *J'y allais en pleurant, je ne dormais plus, je ne mangeais plus, c'était l'horreur* » E8. L'angoisse est devenue paralysante. « *J'étais tellement bloquée dans mon angoisse que je n'étais plus capable de rien faire* » E8.

### **Rejet du statut de professionnel et des responsabilités**

Quelques internes ont donné la priorité à l'apprentissage et à la formation de la logique étudiante. Ce choix a permis d'apaiser les tensions. « *je trouve que c'est beaucoup plus agréable de savoir qu'on est dans une situation où on ne sait pas tout et qu'on va apprendre et qu'on va se perfectionner* » (E6). En refusant d'être assimilé à un médecin et d'assumer les responsabilités liées, ces internes ont occulté complètement la logique médecin. « *Je fais sénioriser tous mes patients [...] je me repose sur le sénior* » (E6).

### **Résolution progressive dans le temps des tensions permettant l'articulation des logiques à terme**

L'internat est vécu par certains comme une période de transition. La résolution des tensions s'est effectuée de manière progressive dans le temps.

En début d'internat, l'interne s'est reposé sur son sénior puis progressivement le transfert de responsabilités s'est poursuivi jusqu'à son autonomie complète. « *Au début on est plus étudiant que médecin et progressivement on a de plus en plus d'autonomie et on rentre de plus en plus dans le rôle de médecin.* » (E6).

Cette résolution progressive des tensions était liée à l'acquisition des compétences entraînant une négation partielle et temporaire de la logique médecin. « *En premier semestre, je t'aurais dit que je suis complètement apeurée. Autant là au troisième semestre j'ai beaucoup plus confiance en moi* » (E1). L'internat était vu *a posteriori* comme une transition. La résolution des tensions se faisait malgré eux, les internes n'étant pas acteurs face au temps qui s'écoulait.

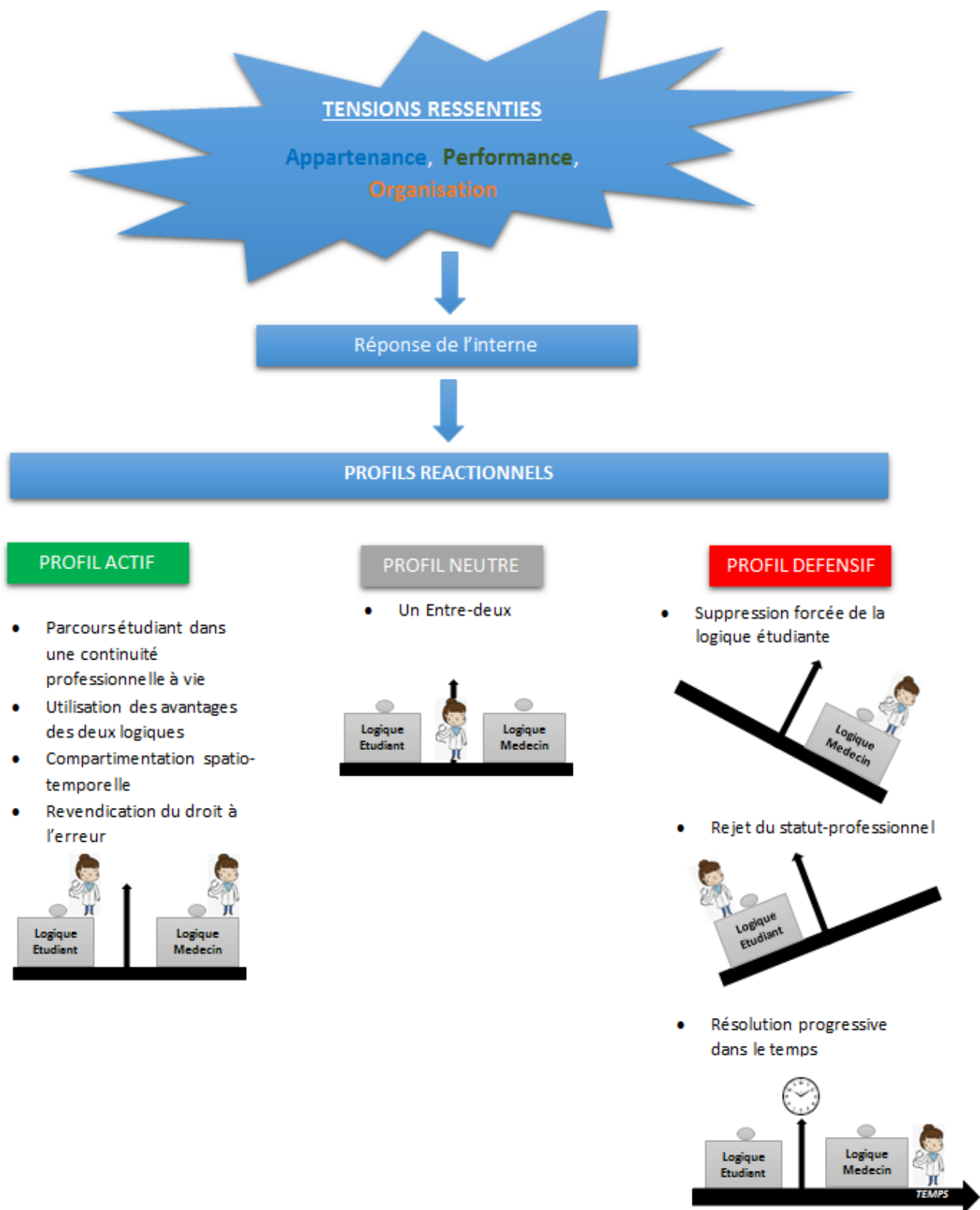


Figure 3 : Les profils réactionnels des internes face à leur statut

# DISCUSSION

## ⇒ Résultat principal

Les internes qui vivaient le mieux leur statut d'interne ont géré les tensions activement en considérant de manières complémentaires les logiques institutionnelles étudiant et médecin. En revanche, les plus à risque de burn out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante.

## ⇒ Résultats secondaires

L'isolement social favorisé par le nomadisme de l'interne entraînait des tensions d'organisation importantes. Le style de séniorisation, la relation à l'équipe paramédicale étaient vecteurs des tensions de performance. Le patient n'était pas source de tension. Les internes avaient du mal à identifier leur appartenance sociale entre étudiant et médecin.

## A) Forces et faiblesses :

Le vécu de l'interne de son statut est un objet de recherche encore peu étudié. C'est pourquoi une démarche qualitative apparaît comme pertinente. L'étude de cas est une méthode de référence des études qualitatives. Cette démarche n'épouse pas le principe de la table rase qui consiste à arriver « *vierge de tout présumé sur un nouveau terrain d'investigation* »<sup>29</sup> à l'aide d'une démarche type théorie ancrée<sup>30-31</sup>. Avant de se rendre sur le terrain, l'investigateur a lu des travaux portant sur la qualité de vie au travail, le burn-out des internes en médecine générale, ainsi que la littérature relative à la théorie des logiques institutionnelles. L'investigateur, lui-même interne, s'est donc positionné davantage dans la logique de Strauss et Corbin<sup>23</sup>, dans la mesure où l'accès au terrain a été influencé par la connaissance de la littérature et du terrain en lui-même, sans avoir une grille d'analyse précise.

L'investigateur était lui-même interne en médecine générale, sa connaissance du terrain et la proximité induite envers les participants a pu aider au recueil des données. Le biais d'intervention en lien avec la spontanéité et la subjectivité de l'investigateur n'a pu être complètement écarté dans le but d'améliorer la compréhension de points clefs dans l'analyse.

La subjectivité de l'investigateur qui était interne a été atténuée par une triangulation des données. Un double codage a été effectué par un docteur en sciences sociales. La trame d'entretien a évolué au fur et à mesure de l'analyse. Le recueil des données s'est poursuivi jusqu'à saturation des données. L'investigateur ayant conduit seul les entretiens, les éléments non verbaux n'ont pas été pris en compte.

Différents types d'interne ont été interrogés. Les critères de l'échantillon raisonné ont été choisis pour avoir une variation de discours maximale. Les discours ont été croisés pour regrouper des informations et enrichir les données<sup>32</sup>.

Par souci de faisabilité, il a été décidé de se limiter aux IMG. Les tensions ressenties par les internes des autres spécialités étaient *a priori* différentes. Les éléments des logiques institutionnelles restent à décrire pour les autres spécialités.

## **B) Discussion des résultats**

### **1) Les tensions d'organisation**

#### **Nomadisme et équilibre de vie**

La structure universitaire de l'internat en stage de 6 mois pendant 3 ans a fait des internes des nomades. A l'image du compagnon qui fait son tour de France, l'interne suivant la logique étudiante déménage tous les 6 mois, au gré du choix de stage. Cette diversité d'exercice est bénéfique pour l'apprentissage de l'interne<sup>33</sup> mais entre en conflit avec la fonction de médecin généraliste. Ce dernier est implanté dans un territoire fixe. Il se crée une patientèle et un réseau de correspondants.

Par ailleurs, ce nomadisme complique l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle. L'interne s'isole. Ces contraintes ont été retrouvées dans de nombreux travaux<sup>6, 9, 17, 33</sup>. Cet équilibre est d'ailleurs un facteur protecteur du syndrome d'épuisement professionnel<sup>5</sup>. Deux études qualitatives ont récemment montré que le stage de niveau 1 permettait à l'interne de développer des outils l'aidant à organiser cet équilibre et préserver son envie de travailler<sup>33</sup>. De même, le MSU sensibilisait l'interne au risque d'épuisement<sup>34</sup>.

⇒ La réforme du 3ème cycle : une piste d'amélioration à surveiller

La réforme du 3ème cycle des études médicales en 2017 impose la réalisation du stage de niveau 1 en première année d'internat alors qu'il était réalisé plus tard. Il serait donc intéressant d'évaluer si ce changement diminue l'épuisement professionnel des internes.

⇒ Des mesures de prévention possibles

L'anticipation du choix des stages sur une année ou plus pourrait être une solution concrète pour maintenir l'équilibre vie privée-vie professionnelle. L'interne aurait une visibilité plus lointaine de sa mobilité géographique. L'accès aux loisirs pourrait être facilité avec la création au sein des hôpitaux de salle de sports ou de cours de sport à des horaires adaptés. En tant que salariés de la fonction publique, ils pourraient avoir accès aux crèches et au Comité d'Entreprise des hôpitaux.

**L'organisation de l'hôpital était en contradiction avec l'apprentissage de l'interne.** Ce dernier devait être opérationnel immédiatement. L'interne ne pouvait plus alors être étudiant. Il devait répondre aux objectifs de rentabilité de l'hôpital. Ces contraintes organisationnelles et institutionnelles étaient connues : pression de la sécurité sociale, notion de rentabilité de soin et surcharge administrative<sup>17, 35-37</sup>. Cependant, c'est la première fois que les internes évoquaient être utilisés comme remplaçants. Les internes faisaient non seulement face au déficit de seniors dans les services mais également aux absences de leurs co-internes. La FHF en 2013, fait le constat d'une pénurie de seniors par manque

d'attractivité de l'hôpital public<sup>38</sup>. Cette situation pose la question de la pérennité de la qualité de la formation de l'interne reposant sur le compagnonnage. 14 facultés ont d'ailleurs fait le choix en 2016 de ne pas demander d'augmentation du numerus clausus, estimant être déjà à leur capacité maximale de formation<sup>39</sup>. Enfin, ce manque de moyens de l'hôpital était l'un des facteurs augmentant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, composante du Burn-out<sup>40</sup>.

## 2) Tension de performance

### L'importance de la séniorisation

Les différentes séniorisations décrites sont retrouvées dans la grille managériale de Blake et Mouton (Schéma 4). Cette grille met en évidence la façon dont le leader se comporte avec ses subordonnés et l'intérêt qu'il leur porte par rapport à la production. La séniorisation idéale de l'interne « *collaborateur* » (E10), correspond au style d'équipe de la grille. Le sénior porte intérêt autant à la tâche qu'à son interne

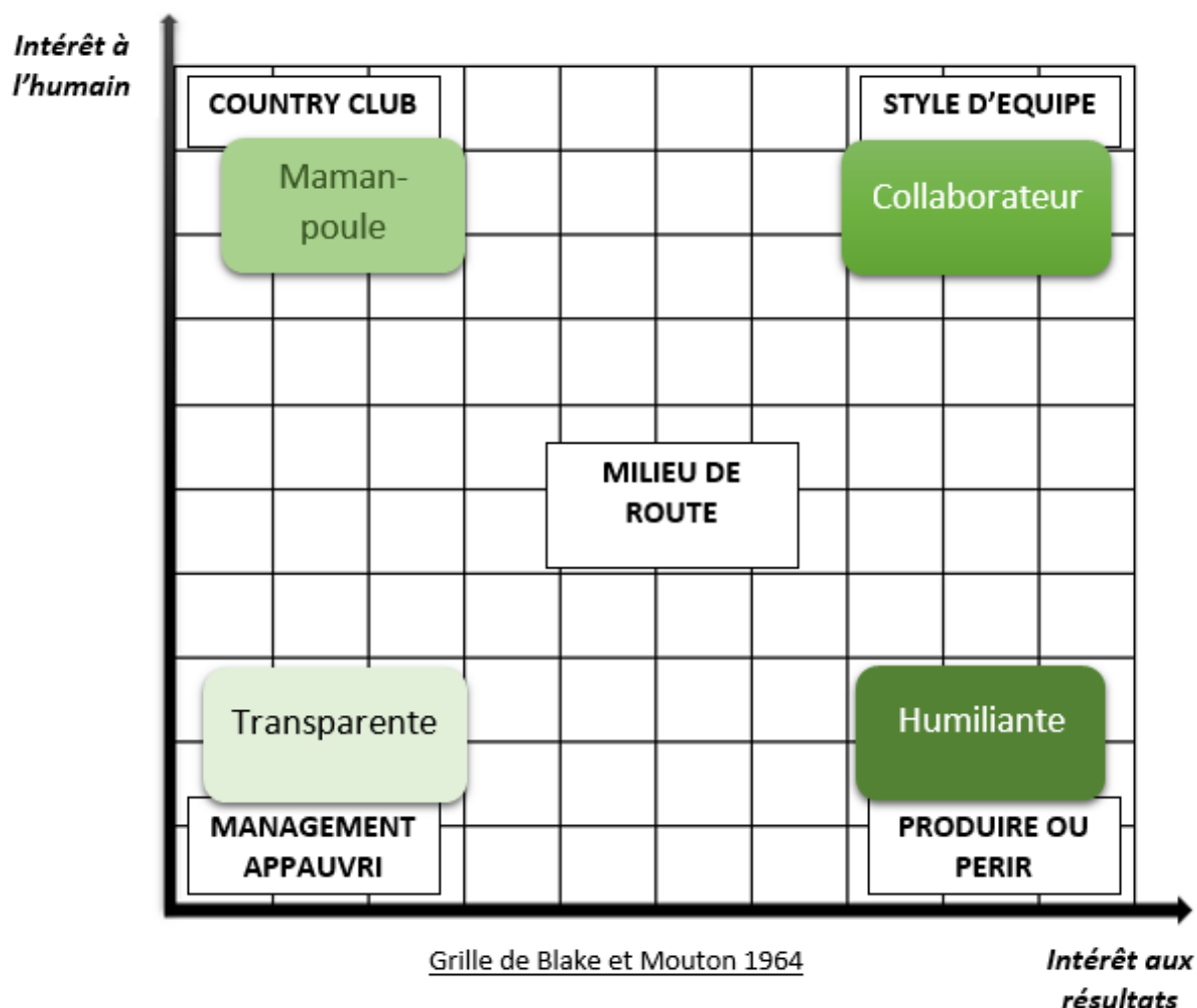


Figure 4 : Séniorisations de l'interne par l'analyse de Blake et Mouton

Le type de séniorisation reçue pose la question de la reproductibilité du modèle par l'interne devenu senior<sup>33</sup>. Le senior a un modèle de rôle important qui servira de référence à l'interne comme modèle à reproduire ou contre modèle<sup>41</sup>. La qualité de la relation et l'investissement du senior stimulent la transmission des compétences.<sup>42</sup> Depuis Hippocrate et son serment, le compagnonnage a toujours constitué le fondement de la formation en médecine. « *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères* ».<sup>43</sup> La charte des MSU de médecine générale a établi des critères de qualité dont la nécessité d'« être un modèle médical et professionnel »<sup>44</sup>.

Cependant, les internes en médecine générale ne sont pas seulement formés par les MSU ayant reçu une formation à la maîtrise de stage mais également par l'ensemble des médecins hospitaliers qui eux n'ont pas reçu la même formation que les MSU ambulatoires. Ce constat ouvre de nombreuses perspectives de recherche. Une étude similaire s'intéressant uniquement au ressenti du management des séniors par les internes pourrait être réalisée. Il serait également pertinent de compléter cette analyse avec le ressenti des seniors sur leur management, ou entre ceux ayant reçu une formation à la maîtrise de stage et les autres.

Enfin ces différents styles de management ont généré des tensions et de l'incompréhension entre le sénior et l'interne qui ne savait plus ce qu'on attendait de lui. A Tours, un bureau d'interface entre professeur et étudiant (BIPE) a été créé en 2017. Un des objectifs est la gestion du mal-être des étudiants.

**Les internes n'ont pas évoqué de tension à l'égard de l'image qu'il renvoyait au patient.** Ce résultat inattendu était en désaccord avec la littérature existante. Il est rassurant de constater que pour ces futurs médecins, le patient ne constitue pas une contrainte mais un élément positif et déterminant dans le plaisir au travail. Dans la littérature, la gratitude des patients manquait aux internes. Les patients étaient devenus exigeants, plus consumériste du soin, négociaient la décision médicale<sup>17</sup>. Ce résultat s'explique probablement par le caractère non suggestif et neutre de la question renvoyant aux patients lors des entretiens.

**Les internes ont évoqué leur intégration dans l'équipe paramédicale après comme un rite initiatique.** Ce rite avait déjà été évoqué par des internes qui « *regrettaient devoir subir les jugements et les "tests inutiles"* »<sup>17</sup>. La relation à l'équipe paramédicale n'y avait été évoquée que de manière contraignante et source de tension pour l'interne<sup>17</sup>. Dans cette étude, la relation avec l'équipe pouvait également être source de soutien pour l'interne lui permettant d'apaiser d'autres tensions. Devant cette discordance, il serait pertinent de comprendre les représentations des équipes paramédicales du rôle de l'interne.

### **3) Tensions d'appartenance**

#### **Les internes ont exprimé un conflit d'appartenance entre leurs rôles de médecin et d'étudiant.**

L'abondance des obligations facultaires et leur caractère « hyper scolaires » accentuaient le poids de leurs obligations de médecin en stage. Une capacité d'adaptation importante était nécessaire pour faire face à « *l'ambiguïté du statut mi étudiant mi professionnel* » surchargeant l'interne <sup>17</sup>.

Le rôle d'étudiant de l'interne a été remis en avant par une nouvelle législation en 2015 <sup>45</sup>. Ses rôles de médecin et d'étudiant ont été séparés et compartimentés dans le temps. Un temps spécifique hors stage dédié à la formation a été créé. Devant le caractère récent de ce décret, aucune étude n'a encore évalué son application et son intérêt dans la diminution des tensions d'appartenance.

D'autres mesures pourraient permettre aux internes de clarifier leurs rôles. Un contrat de travail pourrait être fourni. La mise à disposition de fiches de postes dans chaque terrain de stage serait intéressante afin d'identifier les limites de leurs tâches d'internes.

### **4) Profils réactionnels des internes face aux deux logiques institutionnelles que constitue leur statut**

#### **Profils décrits en sociologie**

En sociologie, les réponses réactionnelles d'un individu à une situation paradoxale ont déjà été décrites par Lewis et Smith<sup>46</sup>. Elles sont comparables aux profils de réponse des internes à leur statut. On retrouve des réponses équilibrées dans lesquelles les éléments paradoxaux sont traités de manière active. Les logiques institutionnelles sont perçues comme interdépendantes plutôt que comme conflictuelles. L'interne transcende les tensions afin de les résoudre. Son statut pouvant être assimilé à un paradoxe.

La théorie « psychodynamique du travail » décrite par le psychiatre Christophe propose des outils améliorant le rapport au travail<sup>47</sup>. Il s'agit de mieux comprendre comment le travail peut être source de souffrances, de tensions, de contraintes pouvant conduire à l'épuisement voir jusqu'au burn-out, mais peut aussi avoir un rôle stimulateur dans la santé, le bien être. Cette théorie est parfaitement en accord avec les profils retrouvés. Les profils actifs ont effectivement un rôle stimulateur. Les profils défensifs sont marqués par une souffrance avec une incapacité à trouver un juste équilibre entre travail et repos menant à l'épuisement. Lewis avait également décrit une réponse par ambivalence, retrouvant les composantes de la réponse neutre où l'interne est dans un « entre deux »<sup>48</sup>. Cette position mitigée, exclue les extrêmes <sup>48,49</sup>.



Le travail de l'interne peut donc être lu comme une activité paradoxale dans laquelle deux logiques s'articulent.

#### ⇒ **Résolution progressive : apport à la littérature**

La notion de résolution progressive dans le temps n'était pas décrite précédemment. Celle-ci s'effectuait malgré l'interne qui restait passif face au temps qui s'écoule. L'internat constitue une phase de transition entre l'externat et l'activité professionnelle. On pouvait s'attendre à une réaction active mais ses composantes s'apparentaient aux profils défensifs. Actuellement, l'interne enchaîne différents stages sans réel lien les uns avec les autres. La réforme du 3ème cycle inscrit une progressivité dans la maquette. Cette évolution pédagogique pourrait apaiser l'interne dans l'articulation des deux logiques institutionnelles.

#### ⇒ **Droit à l'erreur**

La gestion de l'incertitude est l'une des compétences à acquérir en médecine générale<sup>50</sup>. Les internes ont exprimé régulièrement leurs appréhensions vis-à-vis de cette notion au quotidien ou concernant leur projet d'installation<sup>17, 51</sup>. La réponse défensive, entraînant la suppression forcée de la logique étudiante, est marquée par la perte du droit à l'erreur. À l'inverse, les profils actifs revendiquent ce droit, ce qui leur permettait d'apaiser les tensions. La séniorisation a souvent été évoquée comme « *le filet de sécurité* » permettant à l'interne de se tromper. Le senior jouait un rôle déterminant dans l'octroi de ce droit à l'erreur par l'interne. Il serait intéressant d'étudier la gestion du droit à l'erreur chez les seniors eux-mêmes puis la transmission qu'ils en font aux internes.

#### ⇒ **Mode de sélection de l'étudiant en médecine : un profil dominant ?**

La réponse extrême défensive, menant au burn-out est marquée par la difficulté de la gestion de l'incertitude et la perte du droit à l'erreur. Les étudiants en médecine ont plus de pensées suicidaires et de passage à l'acte que ceux des cursus équivalents<sup>1</sup>. On peut se demander si les modalités du concours PACES ne sélectionnent pas dès le début des étudiants ayant des personnalités plus sujets au burn-out.

La réforme des études médicales permet l'expérimentation de nouveaux modes de sélection, notamment la mise en place de passerelles avec d'autres cursus. Dans cette étude, deux internes ont bénéficiés d'une passerelle vers les études de médecine après un doctorat de sciences. Ces internes avaient un profil actif vis-à-vis des tensions ressenties. Une explication pourrait être une maturité plus importante influençant leur sensibilité aux sources de tension des logiques institutionnelles. Il serait intéressant de comparer les niveaux d'épuisement des étudiants en fonction de leur mode d'accès aux études médicales.

## CONCLUSION :

Les internes répondent ainsi différemment aux tensions suscitées par les deux logiques institutionnelles constituant leur statut. Ceux qui vivaient mieux leur statut ont géré les tensions activement en considérant comme complémentaires les logiques institutionnelles. En revanche, les plus sujets au burn-out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante. Au fil du temps, les tensions s'apaisent malgré eux, grâce à l'acquisition progressive de compétences.

L'internat ne doit pas seulement être considéré comme un facteur de burn-out inévitable. Être interne c'est à la fois être étudiant et médecin. Comprendre comment certains gèrent de manière active les tensions permet d'aider les internes qui n'y parviennent pas.

Les efforts doivent être poursuivis pour améliorer l'encadrement des internes durant les stages, l'organisation des choix et des terrains de stages. Il serait pertinent de sensibiliser l'ensemble des seniors (MSU et praticiens hospitaliers) à l'existence des profils réactionnels afin qu'ils puissent dépister les réponses défensives des internes en difficulté et adapter leur management lors des journées consacrées à la formation d'encadrement des internes.

## REFERENCES :

1. DANSET A. La santé psychique des externes en médecine des Universités François Rabelais de Tours et Paris 7-Diderot : une étude épidémiologique transversale descriptive; sous la direction de M. le Pr Éric Galam / Tours : SCD de l'université de Tours [diffusion/distribution], 2017
2. Santé des étudiants et jeunes médecins | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [Cité 24 juin 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1726>
3. DOUGLAS A., MATAMD. Et coll, Prevalence of Depression and Depressive Symptoms Among Resident Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA 2015, December 8, 314 (22) : 2373-2383.
4. LE TOURNEUR A, KOMLY V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2011.
5. GALAM E, KOMLY V, LE TOURNEUR A, JUND J. Burnout among French GPS in training : a crossectional study. Br. J. Gen. Pract. 1 mars 2013;63(608):217-224
6. ERNST M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2009.
7. BARBARIN B. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes en médecine générale. Exercer. 2012(101):72-78.
8. GUINAUD M. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse d'exercice]. Paris, France : Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 200
9. SEJOURNE A, DENIS-DELPierre N, BOUDOUKHA A-H. Souffrances psychologiques chez les internes : vulnérabilités et préconisations. [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2012
10. CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D. Épuisement professionnel chez les médecins généralistes. Presse Med 2004;33:1569-74
11. COSTA, C. La santé mentale des internes en médecine; lancement d'une cohorte au CHU de Toulouse. Th: Med: Toulouse Paul Sabatier, 2015
12. HUYNH, P. Evaluation de la santé des addictions et du comportement sexuel de la population de Med-3 du Nord Pas de Calais en septembre 2013. Th: Med: Lille 2014.
13. WEST CP, HUSCHKA MM, NOVOTNY PJ, SLOAN JA, KOLARS JC, HABERMMAN TM, et al.

Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *Jama J. Am. Med. Assoc.* 6 sept 2006;296(9): 1071-1078.

14. SHANAFELT TD, BRADLEY KA, WIPF JE, BACK AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.* 5 mars 2002;136(5): 358-367.

15. GALAM E. Burnout des médecins libéraux. *Médecine* Nov. 2007-Janv. 2008

16. GARCERAN N, ROBERT J. Evaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. *Exercer* 2010 ; 90 : 10-4.

17. BOUTEILLER M, CORDONNIER C. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés -Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00835895/document>

18. FRIEDLAND R. ALFORD R. R, Bringing society back in : Symbols, practices and institutional contradictions ; 1991

19. SCOTT W .R. Institutions and organizations, Thousand Oaks, CA : Sage ; 1995, 2001, 2008

20. PACHE A. C. SANTOS F. « When worlds collide : The internal dynamics of organizational responses to conflicting institutional demands ». *Academy of Management Review.* 2010 ; 35, 3, p.455-476

21. ARTICLE R6153-2 du Code de la santé publique,

22. ARTICLE R.6153-3 du code de la santé publique

23. STRAUSS A. CORBIN J. M, Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for developing Grounded Theory, Thousand oaks ; 1998

24. DAVID A, « Logique, méthodologie et épistémologie en sciences de gestion : trois hypothèses revisitées » in A. David, A. Hatchuel, et R. Laufer, Les nouvelles fondations des sciences de gestion, Vuibert, collection FNEGE

25. MUCCHIELLI A. Les méthodes qualitatives, Paris, Presses universitaires de France ; 1991

26. GOMBAULT A. La méthode de cas. *Management des ressources humaines : Méthode de recherche en sciences humaines et sociales*, p.31-64 2005

27. AVENIER M. J. Méthode de terrain et recherche en management stratégique, *Economie et Société*, 14, p.199-218 1989

28. GIROUX N. « L'étude de cas », Dans Giordano Y. (s/d), *Conduire un projet de recherche. Une perspective qualitative*, Paris, Edition Management et Société, p 41-84 2003

29. JOSSERAND E. L'intégration des unités périphériques dans l'entreprise en réseau, Thèse de doctorat, Université Paris IX-Dauphine, Paris, 488p 1998

30. GLASER B. G. STRAUSS A. The discovery of grounded theory : Strategies for qualitative

research. Chicago : Aldine 1967

31. GRAWITZ M. Méthode des sciences sociales, coll. Précis, Dalloz 1996

32. ROULEAU L. ALLARD-POESI F. WARNIER V. Le management stratégique en pratique, Revue Française de Gestion, Vol.33, n°174, p.15-24 2007

33. CROCHET J, Le stage de niveau 1 : un moment clé dans le processus de réflexion des internes de médecine générale sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle [Thèse d'exercice]. Tours, France : Université de Tours ; 2017.

34. LECOMTE P, la maîtrise de stage d'internes : un moyen pour le médecin généraliste de réfléchir à l'équilibre entre sa vie professionnelle et sa vie privée. [Thèse d'exercice]. Tours, France : Université de Tours ; 2017.

35. MANEGLIA B. De la lassitude au burn out du médecin généraliste : étude qualitative par la méthode du focus group [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2011.

36. SAJIE R. Exercice de la Médecine Générale : entre stress et satisfactions : enquête qualitative auprès de 14 médecins généralistes installés en région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2011.

37. GALAM E. Enquête sur l'épuisement professionnel des médecins libéraux. URML, Île-de-France, juin 2007. Disponible sur : [www.urml-idf.org/Public/Galam E.](http://www.urml-idf.org/Public/GalamE)

38. FHF Rapport attractivité et fidélisation des médecins à l'hôpital public - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 15 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Personnel-medical-attractivite-et-fidelisation-des-medecins-a-l-hopital-public-rapport-FHF/Rapport-attractivite-et-fidelisation-des-medecins-a-l-hopital-public>

39. Numerus clausus en médecine : comment sont réparties les places en plus ? [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.letudiant.fr/educpros/actualite/numerus-clausus-en-medecine-comment-s-est-faite-la-repartition-des-places-supplementaires.html>

40. FERAUDET L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la mûre psychologique des internes [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux II; 2009.

41. CHAMBERLAND M., HIVON R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie Médicale. Mai 2005;6(2):98-111

42 BLOY G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. Rev Fr Aff Soc. 2005;(1):101–125.

43. CNOM. Le serment d'Hippocrate. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>

44. CNGE. La charte des maîtres de stage universitaires. Disponible sur : [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](https://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/)
45. DECRET n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes
46. SMITH W.K. LEWIS M. W. « Toward a theory of paradox : A dynamic equilibrium model of organizing », Academy of Management Review, 36,2 p.381-403 2011
47. DEJOURS C. La clinique et la psychodynamique du travail. Carnet PSY. 2 nov 2015;(193):1-1.
48. LEWIS M. W. « Exploring paradox : Toward a more comprehensive guide ». Academy of Management Review, 25(4), p.760-776 2000
49. POOLE, M. S., VAN de VEN, A. H. « Using paradox to build management and organization theories », Academy of Management Review, 14(4), p.562-578 1989
50. DUMG Tours. Les compétences en médecine générale et l'évaluation de leur niveau. Disponible sur : [http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/competences\\_et\\_evaluation.pdf](http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/competences_et_evaluation.pdf)
51. BARANES D. Etude des freins à l'installation en cabinet de médecine libérale des jeunes médecins généralistes remplaçants thésés en Ile de France. 2015. Disponible sur : <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/these%20finale%2020bis-04-16.pdf>

**ANNEXE 1 :**

**Fiche des données démographiques des participants :**

**Nom**

**Prénom**

**Sexe**

**Date de naissance**

**Age**

**Statut marital (célibataire, en concubinage, marié, pacsé) :**

**Nombre d'enfant :**

**Parcours professionnel (bac, étude supérieures ou autres)**

**Pays et Ville d'externat :**

**Semestre actuel :**

**Stages effectués :**

**Lieu de stage actuel :**

**Lieu du domicile de vie :**

**Lieu de vie de votre famille :**

**Lieu de vie de votre conjoint ou conjointe :**

**Combien de stage avez-vous validés ? Invalidés ?**

**Avez-vous déjà été arrêté ?**

**Etes-vous syndiqué ? Si oui avec quel syndicat ?**

**Avez-vous signé un CESP ?**

## **ANNEXE 2 :**

### **Trame d'entretien**

**1 - Pour toi, qu'est-ce qu'un interne ?**

**2- Est-ce que tu peux me raconter une journée et une semaine type ?**

*\*faire détailler les différentes tâches hospitalières/universitaires*

***(Relance) Comment tu t'organises dans le temps et l'espace pour la réalisation des différentes tâches ?***

**2bis – A ton avis comment les patients te perçoivent-ils ? Plutôt étudiant ou plutôt médecin ? Pourquoi ? (ou en quoi ?) (Image qu'il pense renvoyer de lui-même)**

**3– Rencontres-tu des difficultés au quotidien de manière générale ? Peux-tu me raconter une situation où tu étais en difficulté ? Selon toi, d'où vient cette difficulté ?**

**4–Que penses-tu du statut d'interne ?**

**5 – S'il y avait une chose à améliorer dans le statut de l'interne : que choisirais-tu ?**

**5bis (relance) - Que penses-tu du fait d'être à la fois médecin et étudiant? Comment fais-tu pour concilier ces 2 statuts/fonctions?**

**6 – Est-ce que pour toi il y a des choses que l'on n'a pas abordé et qui pour toi sont importantes ?**



**Vu, le Directeur de Thèse**

**Vu, le Doyen**

**De la Faculté de Médecine de Tours**

**Tours, le**

## **Tremeau Emeline**

43 pages - 1 tableau - 4 figures

**Contexte :** En France, le burn-out concernerait 39% des internes en médecine générale. Les études identifiant les facteurs prédisposant n'expliquent pas pourquoi les internes réagissent différemment face à un ensemble de contraintes similaires. La sociologie institutionnelle permet de lire les tensions vécues par les internes, comme issues de la coexistence de deux logiques institutionnelles potentiellement contradictoires : la logique médecin versus la logique étudiant.

**Objectif :** Identifier les profils réactionnels permettant d'échapper à l'épuisement professionnel face aux logiques institutionnelles du statut d'interne. L'objectif secondaire était de décrire les vecteurs de tensions de ces logiques.

**Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi directifs auprès d'internes de médecine générale de Tours. Le codage et l'analyse ont été réalisés selon les principes de l'étude de cas.

**Résultats :** Les internes qui vivaient le mieux leur statut ont géré les tensions activement en considérant comme complémentaires les logiques institutionnelles. En revanche, les plus sujets au burn-out avaient un profil défensif. Ils acceptaient mal la coexistence des deux logiques jusqu'à nier la logique étudiante. L'isolement social favorisé par le nomadisme de l'interne entraînait des tensions d'organisation importantes. Le style de séniorisation, la relation à l'équipe paramédicale étaient vecteurs de tensions de performance. Les internes avaient du mal à identifier leur appartenance sociale entre étudiant et médecin.

**Discussion :** Certains internes concilient très bien les deux logiques. Tandis que chez d'autres, les tensions sont difficilement supportables. Les internes qui vivent bien leur internat s'autorisent un droit à l'erreur alors que ceux qui sont plus sujets au burn-out se refusent ce droit. Au fil du temps, les tensions s'apaisent malgré eux, grâce à l'acquisition progressive de compétences.

**Conclusion :** L'internat ne doit pas seulement être considéré comme un facteur de burn-out inévitable. Être interne c'est à la fois être étudiant et médecin. Comprendre comment certains gèrent de manière active les tensions permet d'aider les internes qui n'y parviennent pas.

**Mots-clés :** Burn-out, Interne en médecine, Etude qualitative

### **Jury :**

**Président du jury :** Professeur Jean-Pierre LEBEAU

**Membre du jury :**

Professeur Philippe COLOMBAT

Professeur Laurent PLANTIER

Docteur Clarisse DIBAO-DINA

Docteur Corinne SIMONEAU

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE

Date de Soutenance : 15 mars 2018