

La santé des jeunes médecins – 2016

«*LA SANTÉ DES ÉTUDIANTS ET JEUNES MÉDECINS*»

**COMMISSION JEUNES MÉDECINS – SECTION SANTÉ  
PUBLIQUE ET DÉMOGRAPHIE MÉDICALE**

**Sous la direction** du Dr Jean-Marcel MOURGUES,

Président de la Commission jeunes médecins-CNOM.

**Réalisé par** Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, Géographe de la santé -  
CNOM



*Avec la participation de :*

Cécile BISSONNIER – Responsable santé publique et démographie médicale

Delphine BOETSCH – Secrétariat santé publique et démographie médicale

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

180 Boulevard Haussmann - 75008 Paris

Contact : Santé Publique et Démographie Médicale

Tél. : 01 53 89 33 19

le\_breton.gwenaelle@cn.medecin.fr



## Édito

La commission jeunes médecins du CNOM en partenariat avec les principales structures représentatives des étudiants et jeunes médecins a mené, au cours du premier trimestre 2016, une enquête inédite en France tant par son sujet que par son ampleur participative (près de 8 000 répondants). La démarche visait à associer l'ensemble des acteurs « étudiants et jeunes médecins » ; une démocratie sanitaire adaptée aux soignants au moment où l'actualité nous faisait part de destins tragiques et douloureux de jeunes médecins en cours de professionnalisation.

Selon un rapport de la DREES publié en 2012<sup>1</sup>, 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<sup>2</sup> (...) ont transformé la relation du médecin au citoyen et l'exercice médical.

Ces auteurs mettent l'accent sur la grandeur acquise du médecin par son engagement exclusif au service des autres, employé à lutter contre la souffrance et la douleur, ayant fait évoquer le terme à présent peut être quelque peu obsolète de vocation pour qualifier le métier de médecin.

Mais dans le même temps s'est-on penché sur la santé des soignants, et des médecins en particulier ? Ce fût pendant bien longtemps un sujet tabou que d'admettre que le médecin pouvait être à son tour en détresse morale et physique, altérant ainsi le principe de l'invulnérabilité du médecin et rompant une image particulière de celui-ci au sein de la société.

Les étudiants et les jeunes médecins sont souvent pointés du doigt 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.

Ce constat, non exhaustif, nous a convaincu de l'intérêt à mener une étude sur la santé des étudiants et jeunes médecins afin de démontrer que :

- la souffrance de l'étudiant et du jeune médecin est réelle (un quart d'entre eux se déclare en état de santé moyen ou mauvais), atteignant son paroxysme tôt dans la formation initiale (plus de 30% des étudiants en second cycle)
- la prise médicamenteuse de psychotropes est identifiée comme un témoin important du mauvais état de santé et plus encore d'idées suicidaires
- le temps de travail déclaré, des internes en particulier, est très majoritairement encore supérieur à 48 heures hebdomadaires, malgré l'application (tardive) du droit français au droit européen en 2015 et constitue un facteur de risque important, de même que l'isolement social
- la médecine universitaire et la médecine du travail sont trop absentes de la surveillance et de la prévention des étudiants et jeunes médecins.

---

<sup>1</sup> *(Santé, égalité, solidarité : Des propositions pour humaniser la santé, Dreux Cl., Mattei J.-F., Ed. Springer, 2012)*

<sup>2</sup> L'aide aux aidants, l'« épidémie » de pathologies chroniques et de situations de dépendance des patient

- la prise de conscience d'une mauvaise ou moyenne santé combinée à des idées suicidaires n'incite pas pour autant les jeunes générations à consulter un spécialiste en médecine générale ou un autre spécialiste

et quelques réflexions quant à l'avenir :

- les jeunes attendent pour plus de 90% d'entre eux une aide de l'Ordre en cas de difficultés voire une aide pour un processus de requalification ou de reprofessionnalisation pour les cas les plus sévères. Cette attente, considérable par son ampleur, incite l'Ordre à une réflexion sans délai. Peut-il y avoir un compagnonnage dans l'apprentissage du métier sans aide face aux difficultés voire même à la détresse ?

- l'exigence à pousser plus loin encore dans de nouveaux travaux certains éléments de l'enquête, qui n'est pas un aboutissement, mais le début d'une réflexion multi partenariale dans une démarche de démocratie sanitaire.

- enfin la capacité de notre institution à mener des travaux de santé publique, et l'Ordre peut s'enorgueillir d'avoir mené à bien une enquête d'une telle ampleur à destination des étudiants et jeunes médecins.

**Dr Jean-Marcel MOURGUES**

Président de la commission  
Jeunes médecins





# SOMMAIRE

INTRODUCTION	9
Rappel	9
Méthodologie de l'enquête	9
Calendrier de l'enquête	11
I - Profil socio-démographique des répondants	13
II - Niveau de formation	15
III - État de santé	21
IV - Traitements et addictions	30
V - Conditions de travail	61
VI - Accès aux soins	71
VII - L'entraide	75
VIII - Démocratie sanitaire... La parole des répondants !	77
CONCLUSION	86
ANNEXE - LE QUESTIONNAIRE	86



# INTRODUCTION

La santé des jeunes médecins a fait l'objet d'un éclairage public tout à fait particulier, voire inédit, ces derniers mois.

Médiatisation de cas tragiques de jeunes médecins, en particulier des internes, poussés au suicide ou réelle évolution préoccupante de l'état de santé des jeunes médecins ?

L'enquête ainsi proposée va en quelque sorte essayer de porter quelques éléments de réponse.

Les remerciements vont aux membres de la Commission Nationale Permanente ( CNP ), aux membres de la commission Jeunes Médecins du CNOM, composée notamment de représentations syndicales de jeunes médecins, étudiants, internes , chefs de clinique, remplaçants, de la Section Santé Publique et Démographie Médicale du CNOM et en son sein de Mme Gwénaëlle LE BRETON - LEROUVILLOIS , géographe de la Santé au CNOM .

## Rappel

À la demande de la CNP, la commission Jeunes Médecins a initié en étroite collaboration avec les structures jeunes, une enquête sur la santé des jeunes médecins.

Cette étude est destinée à différents publics :

- ↗ Une cohorte qui comprend : 2<sup>ème</sup> cycle/3<sup>ème</sup> cycle/fin de cursus
- ↗ Une autre cohorte qui comprend : les étudiants qui ont une licence de remplacement mais pas inscrits à un tableau de l'ordre.

## Méthodologie de l'enquête

Cette enquête a été diffusée selon la méthodologie de l'emailing. À titre d'exemple, nous avons envoyé un mail accompagné d'un texte d'accroche aux 7 566 étudiants qui ont une licence de remplacement. Nous avons joint au texte d'accroche un lien hypertexte qui permet aux destinataires de cliquer et d'arriver directement sur le questionnaire d'enquête.

Chères consœurs, chers confrères,

Soucieux de la santé des médecins, le Conseil National de l'Ordre des Médecins lance une enquête de grande ampleur, en étroite collaboration avec les instances représentatives des jeunes.

L'objectif de cette enquête est de dresser un premier bilan de l'existant de votre santé afin d'être forts de propositions sur un mal être général qui nous est régulièrement rapporté.

La légitimité de cette enquête est hélas confortée par des faits tragiques récents.

Ce questionnaire est anonyme et se complète en quelques minutes seulement en cliquant sur le lien suivant: [Santé des jeunes médecins](#)

Le secrétariat de la section santé publique et de la démographie médicale est à votre disposition pour répondre à l'ensemble de vos interrogations : [boetsch.delphine@cn.medecin.fr](mailto:boetsch.delphine@cn.medecin.fr) ou au 01.53.89.33.19

En tant que Président de la commission jeunes médecins, je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à la participation de cette enquête.

Si vous souhaitez être destinataire des résultats de cette étude, n'hésitez pas à nous le faire savoir.

Bien confraternellement.

Docteur Jean-Marcel Mourgues

Président de la Commission Jeunes Médecins

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Pour ne plus recevoir d'emails de notre part: [Cliquez-ici](#)

Les structures représentatives des jeunes médecins ont eu la possibilité de :

- Mettre le lien hypertexte sur leur site internet
- Twitter le lien hypertexte

Un exemple de twitte sur le site internet de Reagjir :

## SUIVEZ-NOUS



Quoiqu'il en soit, les données sont arrivées sur un serveur du cnom dont nous sommes les seuls destinataires.

### Calendrier de l'enquête

- Début de l'enquête : lundi 07 mars à 11h
- Fin de l'enquête : lundi 18 avril

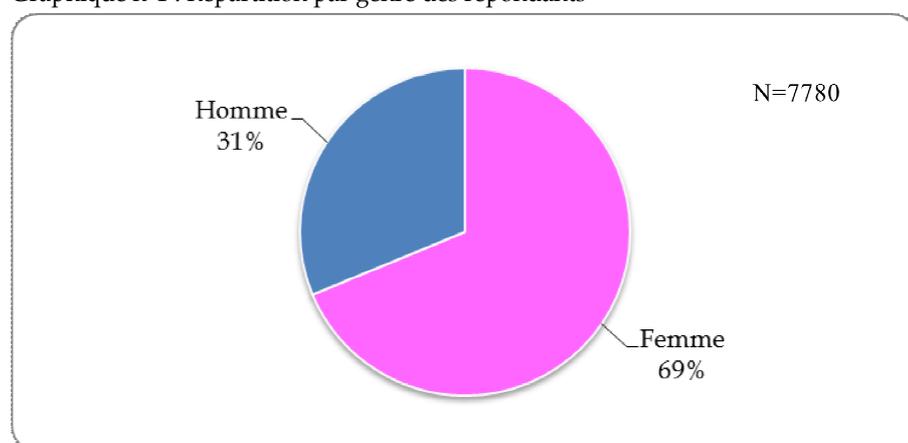


## I – Profil socio-démographique des répondants

Parmi les 7 858 participants à l'enquête, 69% sont des femmes et 31% sont des hommes. Cette représentation selon les genres est fidèle au *sex ratio* des études médicales, largement féminisées. Ce *sex ratio* est homogène quelques soient les tranches d'âge, à l'exception de la tranche supérieure des 35 ans et plus, mais qui ne représente que 4% des effectifs globaux.

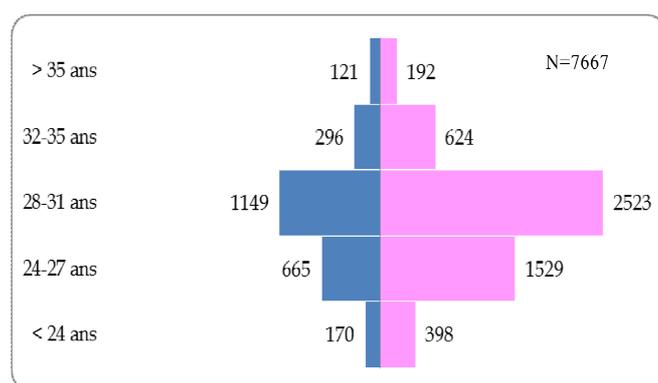
63% des étudiants en médecine sont aujourd'hui des étudiantes. L'Ordre des Médecins et la DREES estiment que plus de 50% des médecins en exercice en 2022 seront des femmes, contre 42% en 2013.

Graphique n°1 : Répartition par genre des répondants

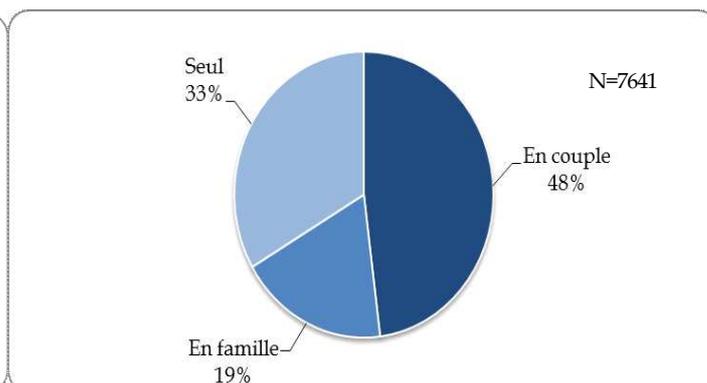


Âgé en moyenne de 29 ans, presque un répondant sur deux a déclaré vivre en couple ; un tiers seul et à peine un cinquième vit en famille.

Graphique n°2 : Pyramide des âges

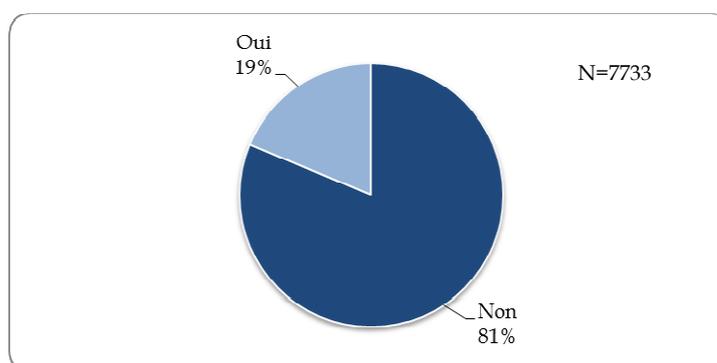


Graphique n°3 : Vous vivez :



Graphique n°4 : Avez-vous des enfants ?

19% ont déclaré avoir au moins un enfant.





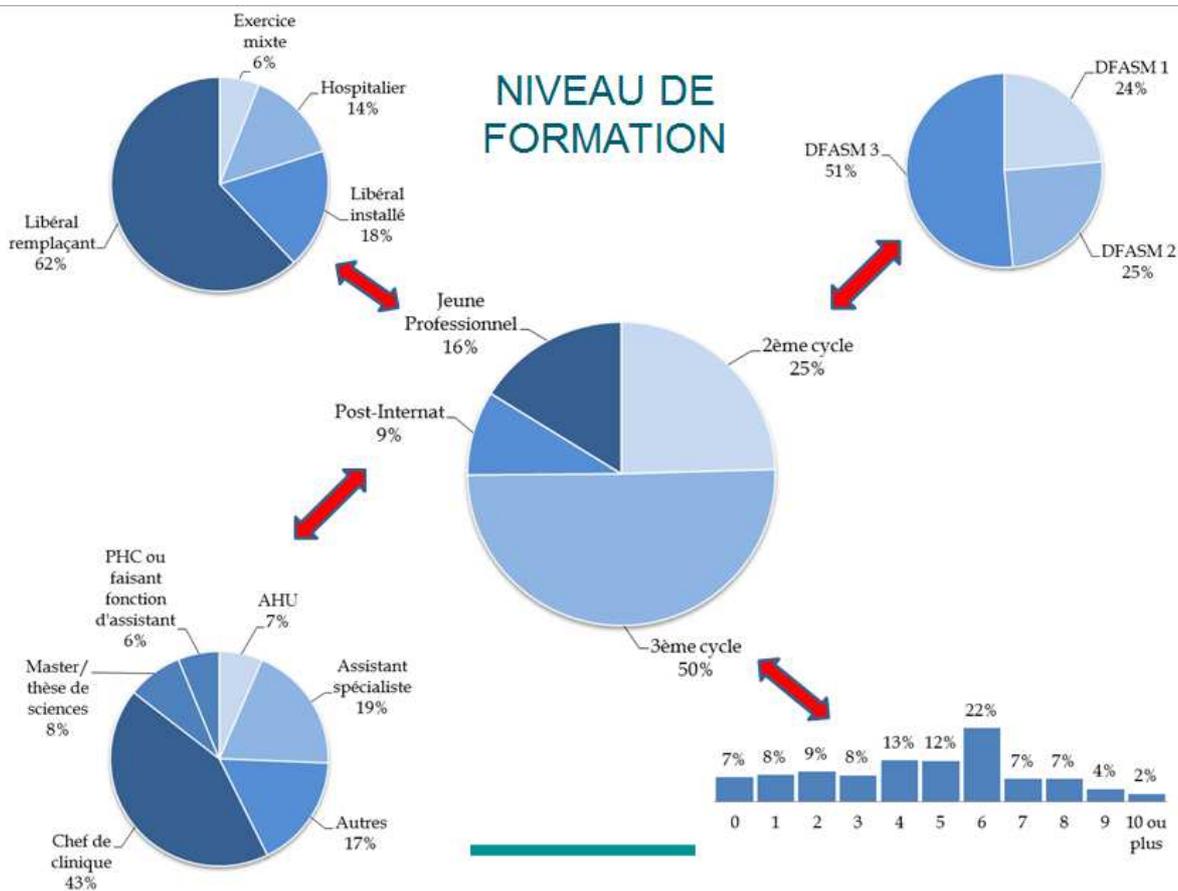
## II – Niveau de formation

Un répondant sur deux a déclaré être actuellement en 3<sup>ème</sup> cycle ; un quart en deuxième cycle et le quart restant en post-internat (9%) ou jeune professionnel (16%).

Le graphique ci-dessous donne la souplesse au lecteur de prendre connaissance, de manière détaillée, du niveau de formation des répondants ainsi que de la représentativité des cohortes participatives.

Le 2<sup>ème</sup> cycle est surreprésenté par le DFASM 3<sup>3</sup> qui s’achève par les épreuves des E.C.N.

Graphique n°5 : Niveau de formation actuel des répondants

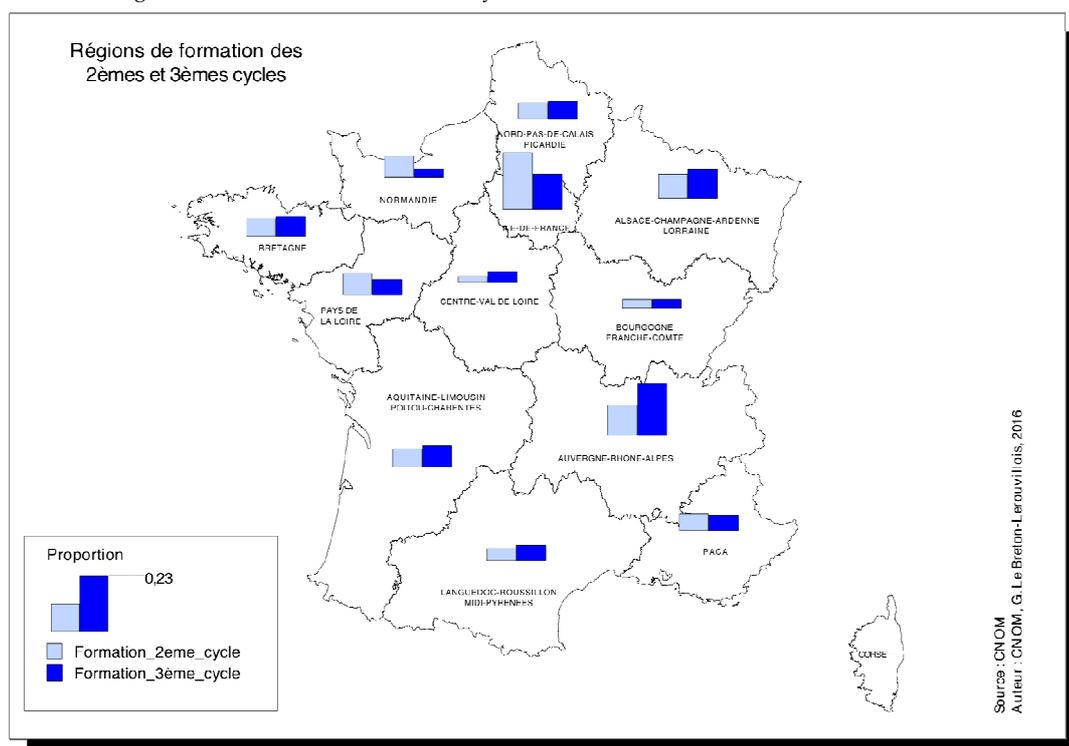


<sup>3</sup> 6<sup>ème</sup> année des études médicales

L'analyse de la participation à l'enquête selon le niveau de formation met en évidence l'impact territorial et les disparités régionales selon vraisemblablement l'implication locale des relais de l'enquête. Ainsi la région Ile-de-France arrive en tête des régions pour les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle tandis que la région Rhône-Alpes/ Auvergne occupe le premier rang des répondants de 3<sup>ème</sup> cycle.

L'enquête n'a pu en revanche être réalisée dans les Départements et Collectivités d'Outre-Mer en raison des délais de l'enquête très contraints, de l'insuffisance de relais syndicaux locaux et du risque de perte de l'anonymat de certaines spécialités à effectifs réduits.

Carte n°1 : Régions de formation des 2<sup>èmes</sup> et 3<sup>èmes</sup> cycles

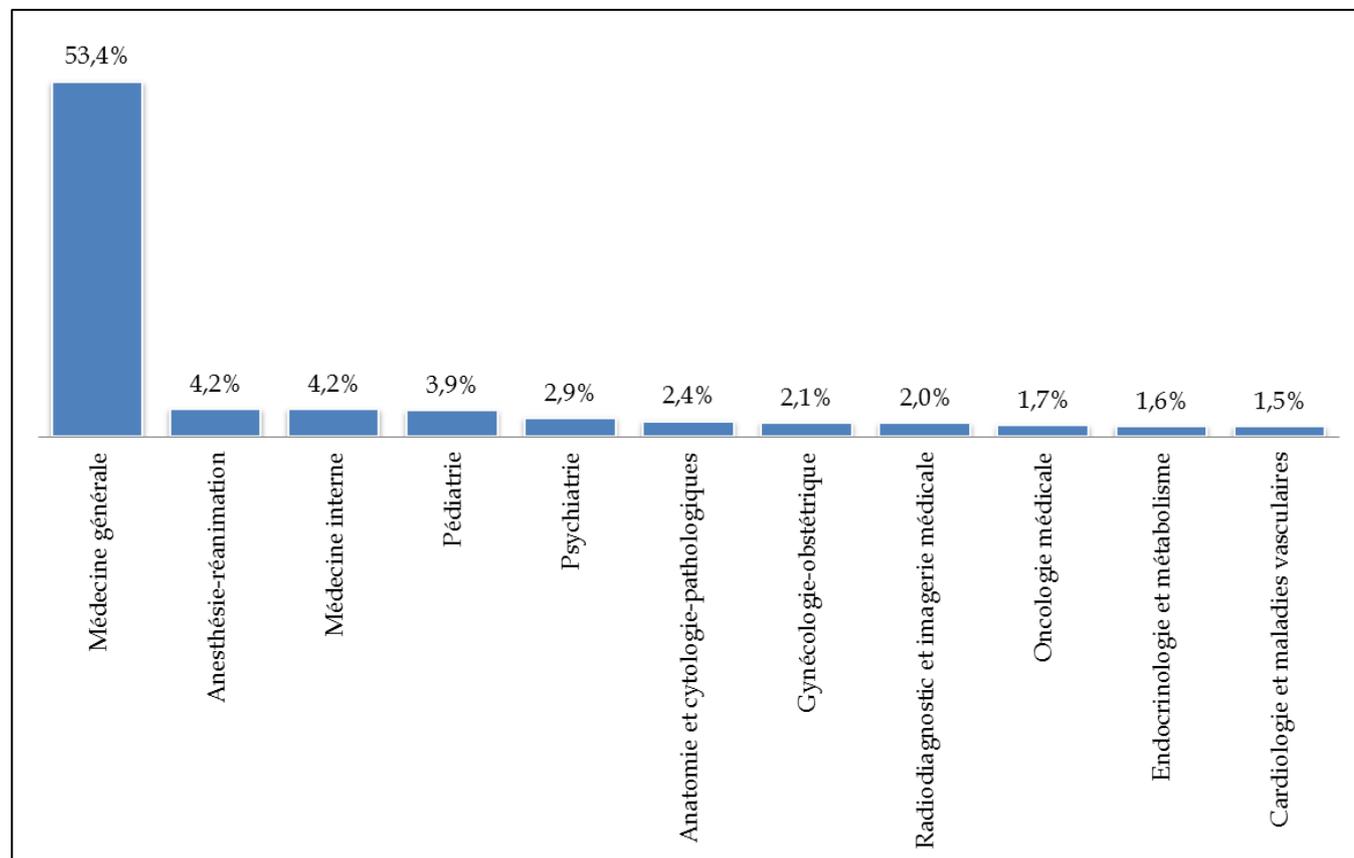


Le tableau ci-dessous a pour objectif d'aider le lecteur à interpréter la carte ci-contre.

Nouvelles régions	2 <sup>ème</sup> cycle	3 <sup>ème</sup> cycle
Aquitaine/Poitou-Charentes/Limousin	7,4%	8,3%
Basse-Normandie/Haute-Normandie	8,3%	3,9%
Bourgogne/Franche-Comté	3,6%	3,9%
Bretagne	7,2%	7,7%
Centre	2,3%	4,1%
Champagne-Ardenne/Lorraine/Alsace	9,6%	11,2%
Corse	0,0%	0,1%
Ile-de-France	<b>22,3%</b>	14,2%
Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon	4,9%	6,3%
Nord-Pas-de-Calais/Picardie	6,8%	7,5%
PACA	6,7%	6,2%
Pays-de-la-Loire	8,7%	6,1%
Rhône-Alpes/Auvergne	12,1%	<b>20,5%</b>

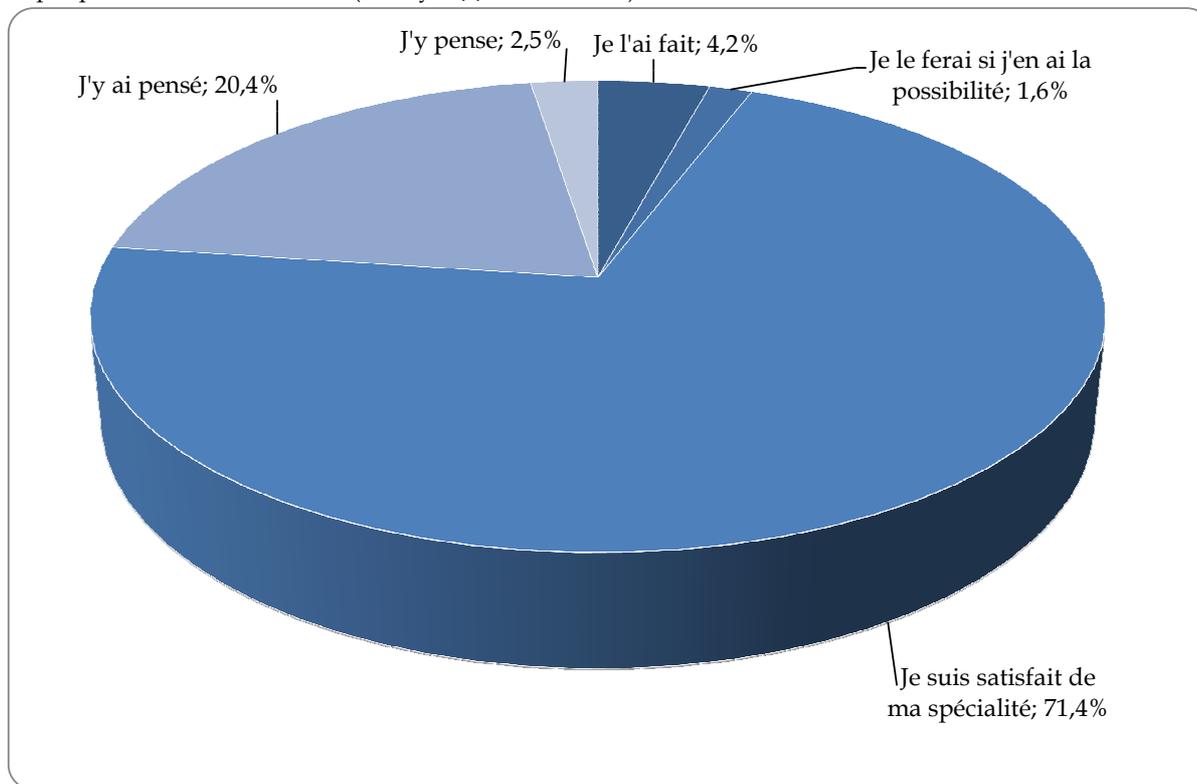
Plus d'un répondant sur deux a déclaré être spécialiste en médecine générale ou en cours de l'être. L'anesthésie-réanimation se positionne au second rang à égalité avec la médecine interne (4,2%).

Graphique n°6 : Spécialité du répondant



À la question du droit au remord, 71% des participants à l'enquête ont répondu à cette question. Parmi eux, un cinquième des répondants a déclaré y avoir pensé, tandis que 71% semblent satisfaits de leur spécialité.

Graphique n°7 : Droit au remord (3<sup>ème</sup> cycle//fin de cursus)



L'application du droit au remord ou le souhait de le faire est très significatif selon le cycle de formation.

Ainsi on note que les répondants qui ont fait valoir leur droit au remord sont actuellement en 3<sup>ème</sup> cycle ou fin de cursus.

Tableau n°1 : Droit au remord pour les représentations de 3<sup>ème</sup> cycle

Droit au remord//3 <sup>ème</sup> cycle	Je l'ai fait	Je le ferai si j'en ai la possibilité	Je suis satisfait de ma spécialité	J'y ai pensé	J'y pense
Aquitaine/Poitou-Charentes/Limousin	6,2%	0,7%	68,9%	22,7%	1,5%
Basse Normandie/Haute-Normandie	4,3%	2,9%	67,4%	23,2%	2,2%
Bourgogne/Franche-Comté	7,0%	0,0%	75,2%	16,3%	1,6%
Bretagne	3,0%	1,1%	72,7%	21,0%	2,2%
Centre	4,9%	0,0%	71,1%	21,8%	2,1%
Alsace/Champagne-Ardenne/Lorraine	2,3%	2,3%	71,0%	22,4%	2,1%
Ile-de-France	4,6%	1,1%	70,1%	20,7%	3,5%
Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon	4,7%	0,5%	75,8%	17,2%	1,9%
Nord-Pas-de-Calais/ Picardie	2,3%	0,8%	74,7%	19,5%	2,7%
Pays-de-la-Loire	3,3%	0,0%	74,8%	18,6%	3,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3,8%	1,9%	68,9%	22,5%	2,9%
Auvergne/Rhône-Alpes	3,5%	1,5%	69,0%	21,5%	4,5%

Tableau n°2 : Droit au remord pour les représentations de fin de cursus

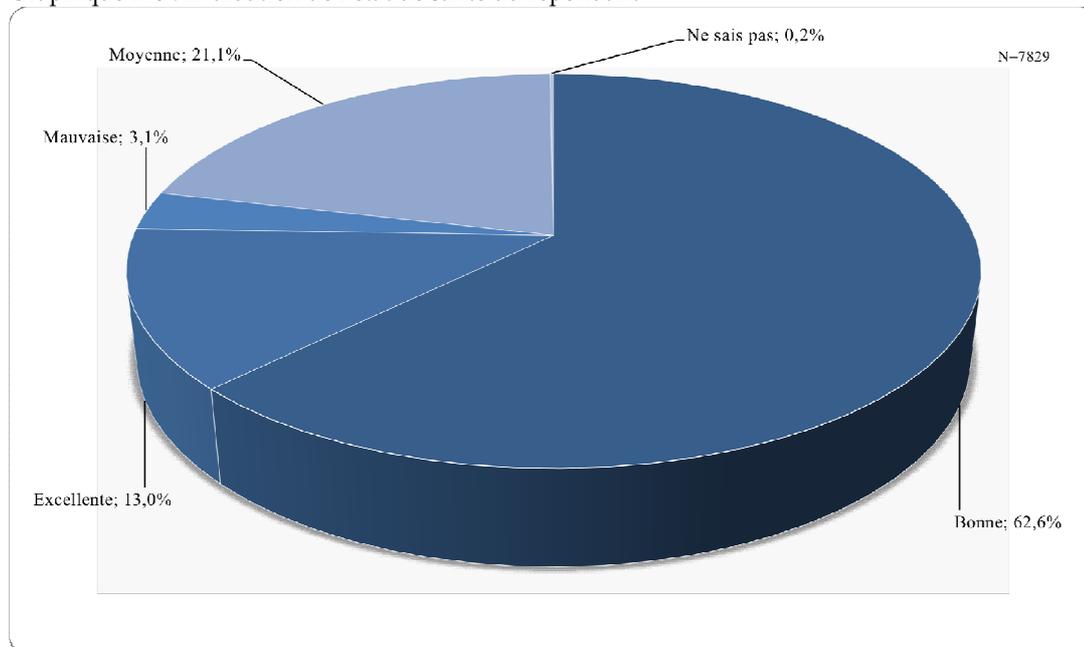
Droit au remord//fin de cursus	Je l'ai fait	Je le ferai si j'en ai la possibilité	Je suis satisfait de ma spécialité	J'y ai pensé	J'y pense
Aquitaine/Poitou-Charentes/Limousin	3,1%	4,7%	73,4%	17,2%	1,6%
Basse Normandie/Haute-Normandie	3,2%	43,5%	21,0%	17,7%	14,5%
Bourgogne/Franche-Comté	2,6%	7,7%	66,7%	17,9%	5,1%
Bretagne	3,1%	43,8%	32,8%	12,5%	7,8%
Centre	0,0%	13,3%	66,7%	20,0%	0,0%
Alsace/Champagne-Ardenne/Lorraine	4,9%	23,5%	49,4%	17,3%	4,9%
Ile-de-France	2,4%	20,3%	51,7%	20,8%	4,8%
Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon	0,0%	15,8%	60,5%	23,7%	0,0%
Nord-Pas-de-Calais/ Picardie	6,2%	1,5%	67,7%	23,1%	1,5%
Pays-de-la-Loire	1,3%	23,8%	50,0%	17,5%	7,5%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,5%	30,3%	34,8%	21,2%	12,1%
Auvergne/Rhône-Alpes	2,7%	16,8%	59,3%	16,8%	4,4%



### III – État de santé

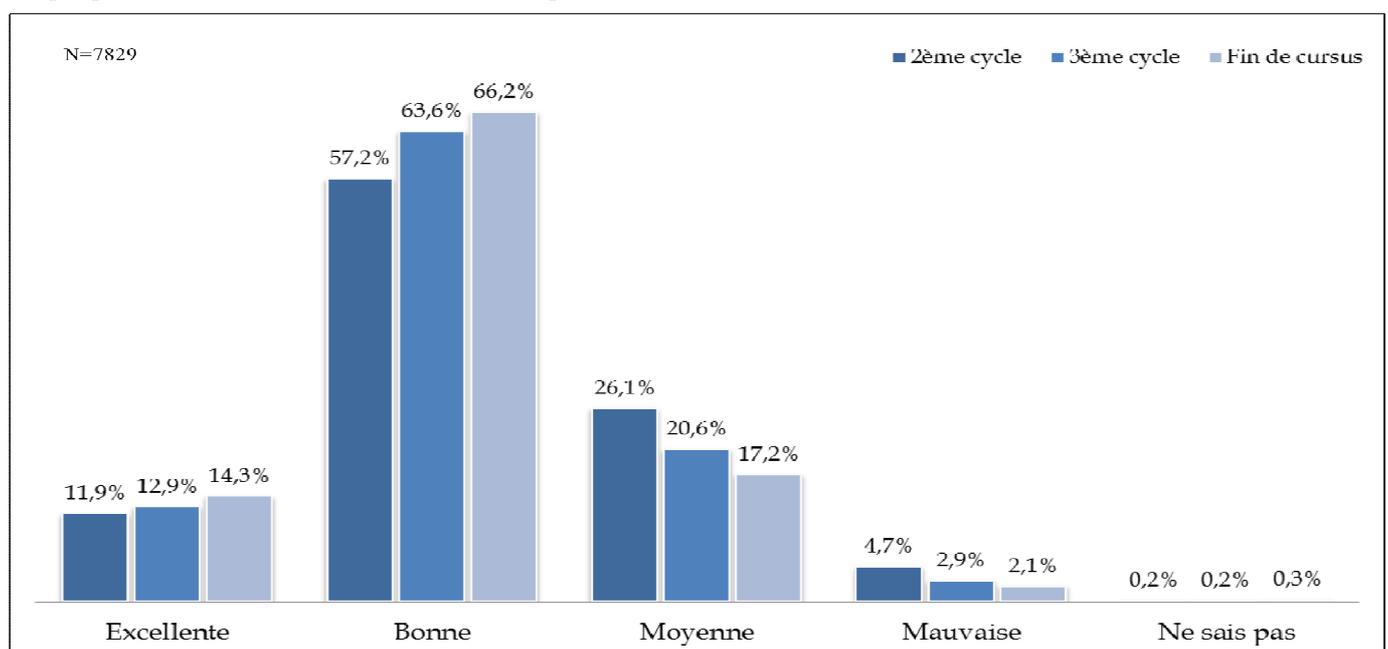
À la question : « de manière générale, diriez-vous que votre santé est (...) », plus des trois quart des répondants l'estiment bonne (62,6%) voire même excellente (13%). Un peu plus d'un cinquième (21,1%) évalue son état de santé plutôt moyen et 3,2% plutôt mauvais.

Graphique n°8 : Evaluation de l'état de santé du répondant



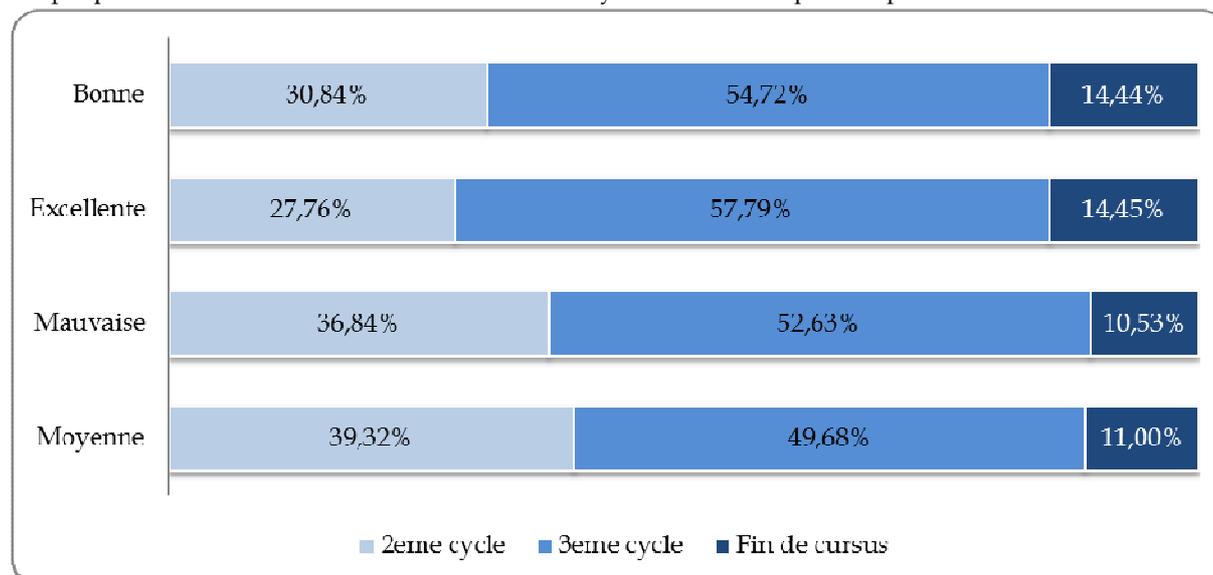
Selon le niveau de formation des participants à l'enquête, on constate que l'auto-évaluation de l'état de santé est fluctuante. C'est ainsi que pour les étudiants de 2<sup>nd</sup> cycle, les réponses cumulées état de santé moyen et mauvais atteignent 30,8% vs 24,2% pour l'ensemble de la population étudiée.

Graphique n°9 : Evaluation de l'état de santé du répondant selon le niveau de formation

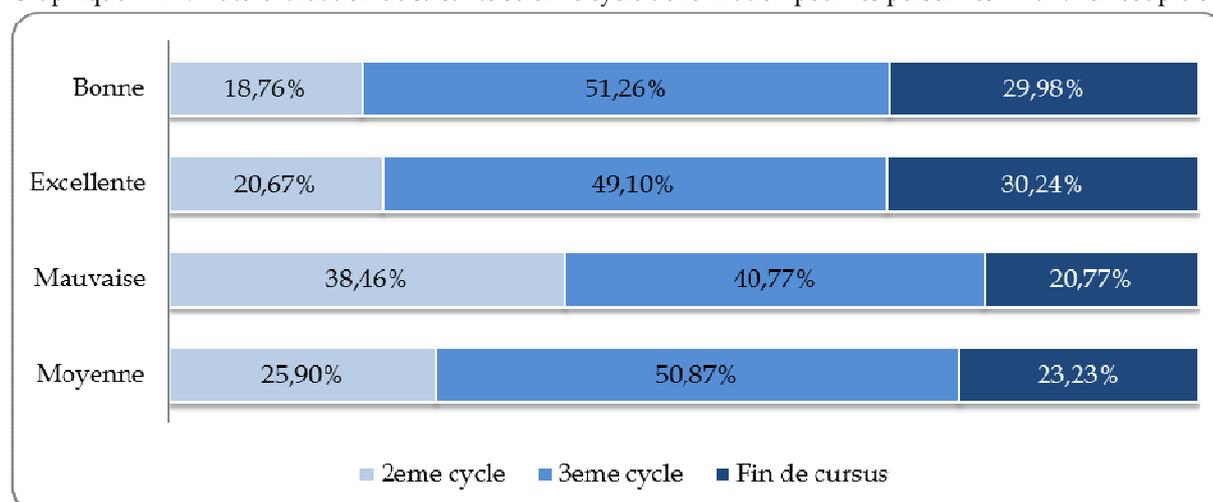


L'auto évaluation de la santé, selon le cycle de formation, est à corrélérer avec les variables sociodémographiques pour évaluer l'incidence de la composition familiale. Les personnes vivant seules s'estiment être en plus mauvaise ou moyenne santé, en particulier celles en 2<sup>nd</sup> cycle, que les personnes qui vivent en couple.

Graphique n°10 : Auto-évaluation de sa santé selon le cycle de formation pour les personnes vivant « seules »



Graphique n°11 : Auto-évaluation de sa santé selon le cycle de formation pour les personnes vivant « en couple ou en famille »



Le 2<sup>ème</sup> cycle, quel que soit le statut familial ou marital de l'étudiant, reste modérément surreprésenté sur les items d'auto-déclaration en état de santé moyen ou mauvais par rapport à sa représentation populationnelle des répondants, soit 25% de cette population.

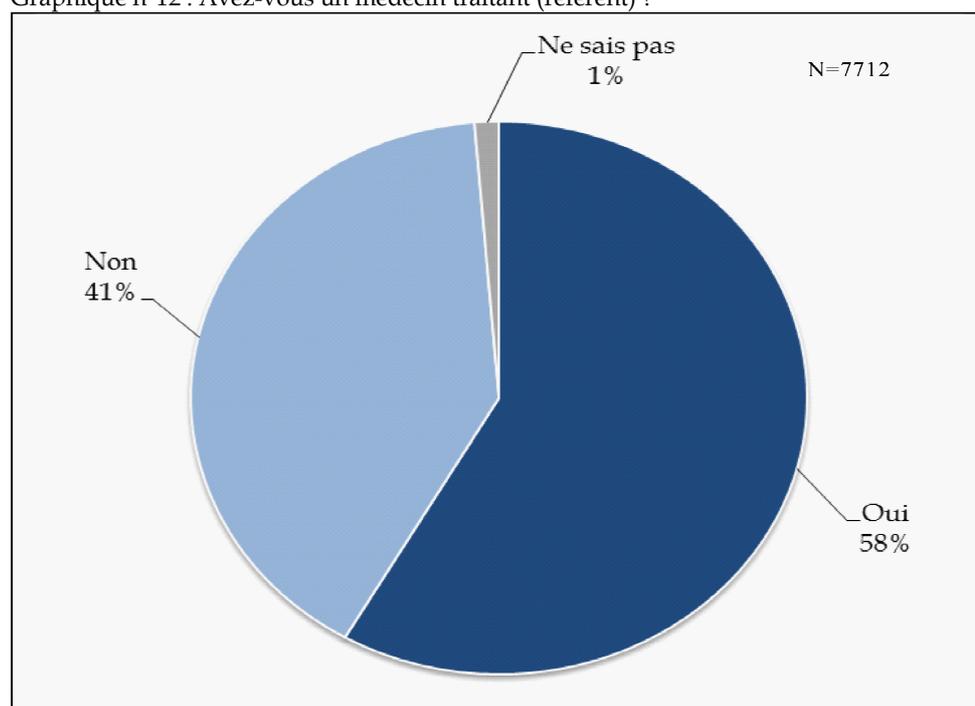
L'évaluation de la santé est à corrélérer selon la région de formation, avec la proportion de répondants déclarant être en état de santé moyen ou mauvais.

Les disparités régionales interpellent puisqu'elles varient de 1 à 2,5 fois d'une région à l'autre, selon le même niveau de cursus.

Région de formation ou d'activité professionnelle actuelle :	2 <sup>ème</sup> cycle %	3 <sup>ème</sup> cycle %	Fin cursus %
Aquitaine/Poitou-Charentes/Limousin	18,3%	21,3%	19,4%
Basse Normandie/Haute-Normandie	25%	25,7%	11%
Bourgogne/Franche-Comté	20,9%	30%	16,7%
Bretagne	17,9%	21,5%	10,7%
Centre	24%	29,4%	27,1%
Alsace/Champagne-Ardenne/Lorraine	30,9%	25,2%	24,3%
Ile-de-France	33,8%	22,4%	21,1%
Midi-Pyrénées/Languedoc-Roussillon	23%	21,1%	20,8%
Nord-Pas-de-Calais/ Picardie	22,2%	24,1%	16,3%
Pays-de-la-Loire	35%	18,7%	19,3%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45,2%	26,9%	17,8%
Auvergne/Rhône-Alpes	28%	20,7%	16,1%

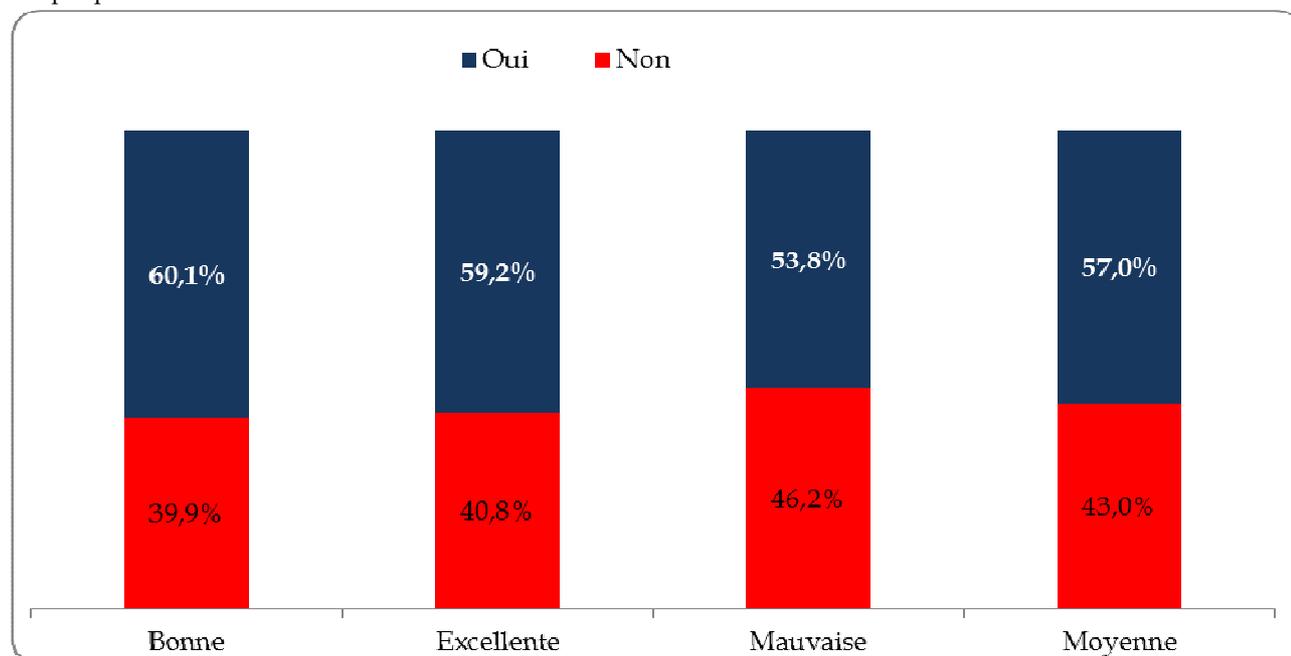
À la question, « avez-vous un médecin traitant (référént) ? » ; 58% des participants à l'enquête ont répondu favorablement tandis que 41% ont déclaré ne pas avoir de médecin référént.

Graphique n°12 : Avez-vous un médecin traitant (référént) ?



Presqu'un répondant sur deux qui déclare être en mauvaise ou moyenne santé, n'a pas de médecin traitant (réfèrent). Pour autant, il n'est pas établi de lien statistique entre le fait d'avoir un médecin traitant ou l'état de santé, selon les quatre adjectifs de santé en auto-déclaration.

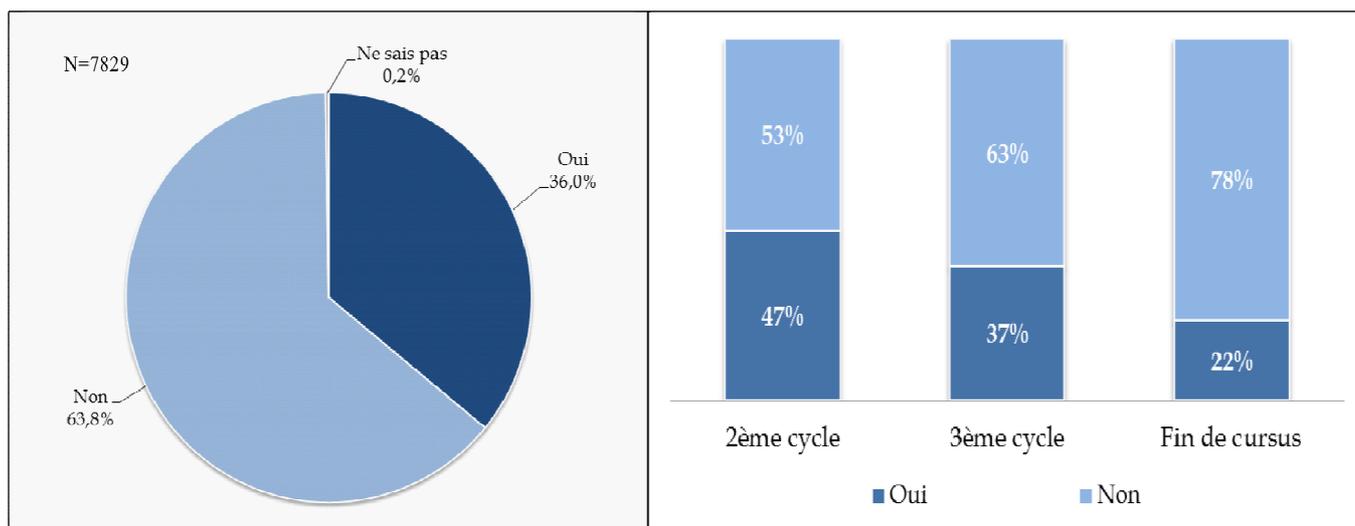
Graphique n°13 : Médecin réfèrent selon l'évaluation de sa santé



Au cours des deux dernières années, un tiers des étudiants et/ou jeunes médecins a rencontré la médecine du travail ou universitaire. À la lecture des graphiques ci-dessous, on note que plus l'étudiant évolue dans sa formation moins il rencontre la médecine universitaire ou du travail. À titre illustratif, les post-internats et jeunes professionnels ont déclaré à 22% avoir rencontré la médecine du travail ou universitaire au cours des deux dernières années alors qu'ils sont 47% en deuxième cycle.

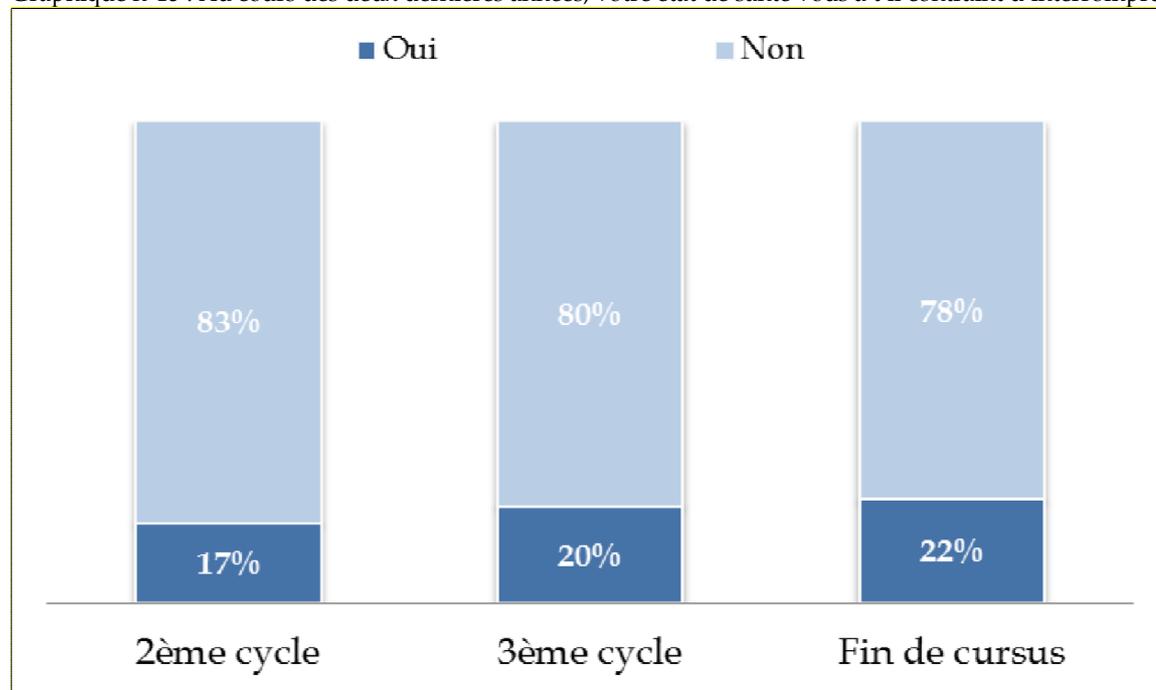
Près d'un étudiant sur deux du 2<sup>ème</sup> cycle rencontre donc le médecin universitaire ou du travail mais pour autant ce groupe des étudiants du 2<sup>ème</sup> cycle est celui, pour rappel, qui se déclare comme étant celui en moins bonne santé (30,8 % vs 19,3% en fin de cursus).

Graphique n°14 : Au cours des deux dernières années, avez-vous rencontré la médecine du travail ou universitaire ?



À la question « au cours des deux dernières années, votre état de santé, vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité? » ; un cinquième des participants a répondu positivement.

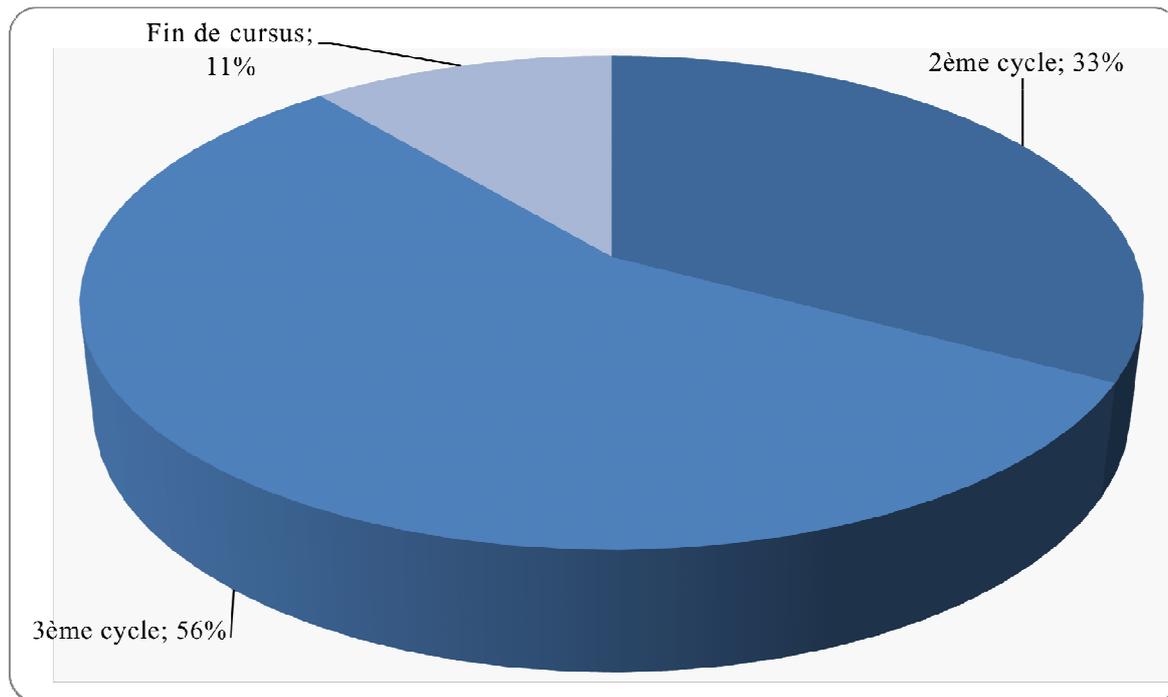
Graphique n°15 : Au cours des deux dernières années, votre état de santé vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ?



56% des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle (50% de la population des répondants) ont déclaré avoir eu un arrêt maladie ; 33% des étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle (25% de la population) et 11% en fin de cursus (25% de la population des répondants).

Il y a ainsi une grande cohérence dans la proportionnalité entre l'état de santé moyen ou mauvais déclaré et le pourcentage de la population étudiée ayant déclaré avoir été en arrêt de travail, malgré l'aspect hétérogène de la population étudiée (la définition de l'arrêt de travail selon l'état d'avancement dans le cursus de formation initiale n'étant pas la même selon toute vraisemblance pour le répondant).

Graphique n°16 : Proportion de l'arrêt maladie selon le cycle de formation



Près d'une fois sur cinq, l'arrêt maladie est lié à un trouble psychique.

Arrêt maladie : N = 1413

Graphique n°17 : L'arrêt maladie et le motif du trouble

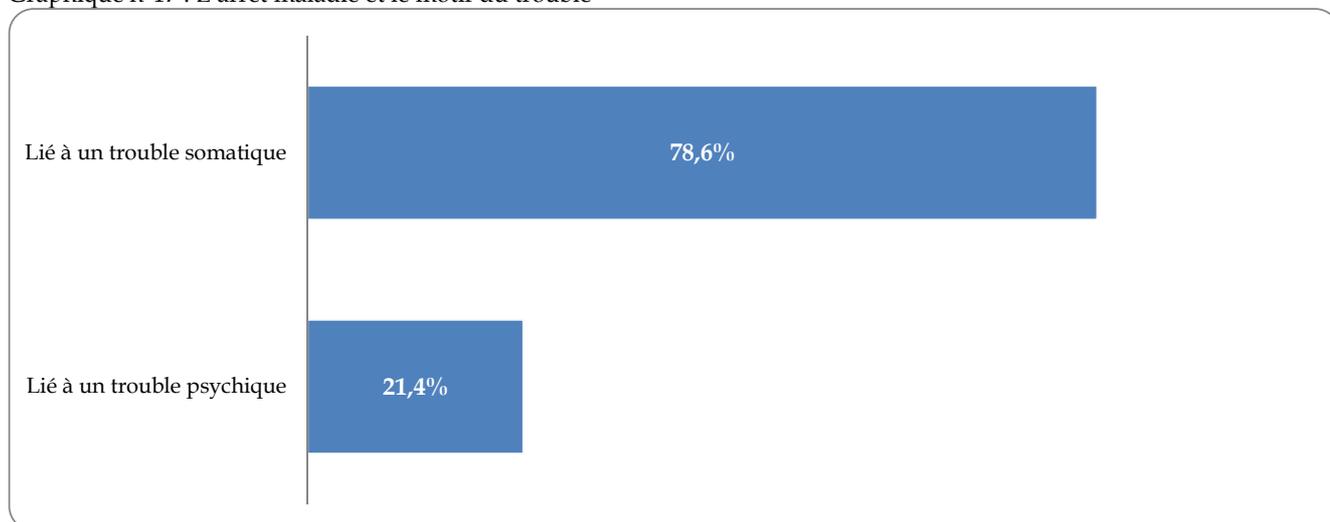


Tableau n°3 : Arrêt maladie selon les groupes de spécialités

Arrêt maladie	Lié à un trouble psychique	Lié à un trouble somatique	Total général
Médecine générale	11,4%	44,8%	56,2%
Spécialités médicales	7,9%	27,9%	35,7%
Spécialités chirurgicales	1,1%	7 %	8,1%
Total général	20,3%	79,7%	100%

Tableau n°4 : Les spécialités les plus à risques

Arrêt maladie	Lié à un trouble psychique	Lié à un trouble somatique	Total général
Anesthésie-réanimation	0,4%	4%	4,5%
Pédiatrie	0,9%	3%	3,9%
Psychiatrie	1,2%	2,1%	3,2%
Médecine interne	0,7%	2%	2,7%

Il y a un effet de nombre d'arrêts maladie pour la médecine générale (56,2%) mais conforme à sa représentation dans l'enquête (53,4% des répondants).

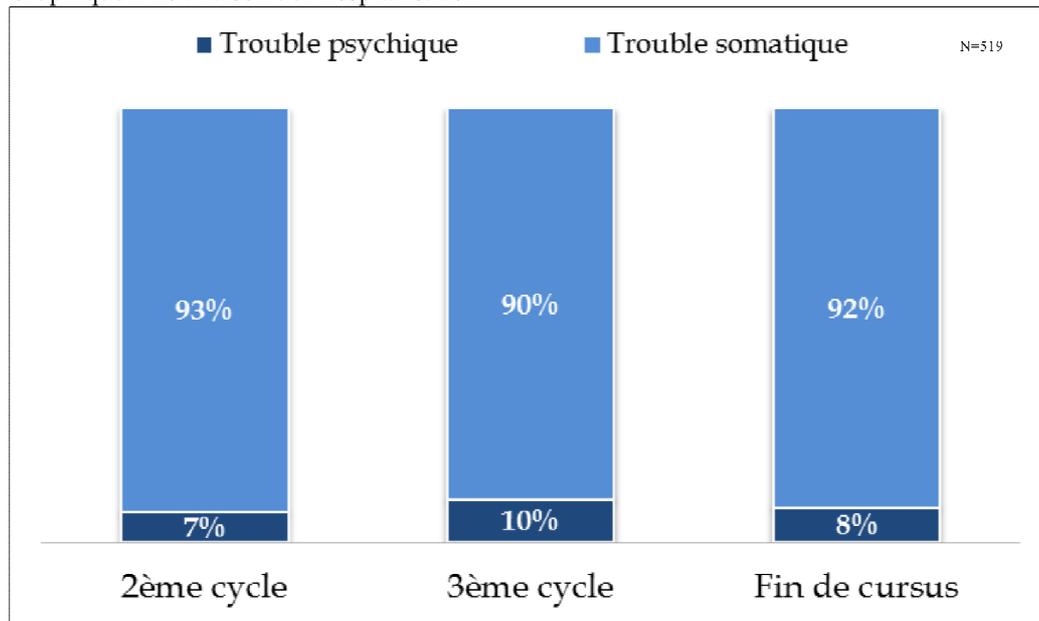
Selon les groupes de spécialités - médecine générale, spécialités médicales autres, spécialités chirurgicales - le rapport arrêts de travail pour troubles psychiques / troubles somatiques, de l'ordre d'1/5<sup>ème</sup> toutes populations confondues, est surreprésenté pour les pathologies organiques pour les spécialités chirurgicales (rapport 13,6%). Les troubles psychiques pour les spécialités médicales autres que la médecine générale ne sont que légèrement surreprésenté (22,1%) par comparaison à l'ensemble de la population étudiée (20,3 %).

Les spécialités ayant le plus répondu à l'enquête ne sont pas significativement plus en arrêt de travail maladie que leur représentation dans la population des répondants (exemple de l'anesthésie réanimation 4,2% des répondants, 4,5% des déclarants avoir eu un arrêt maladie).

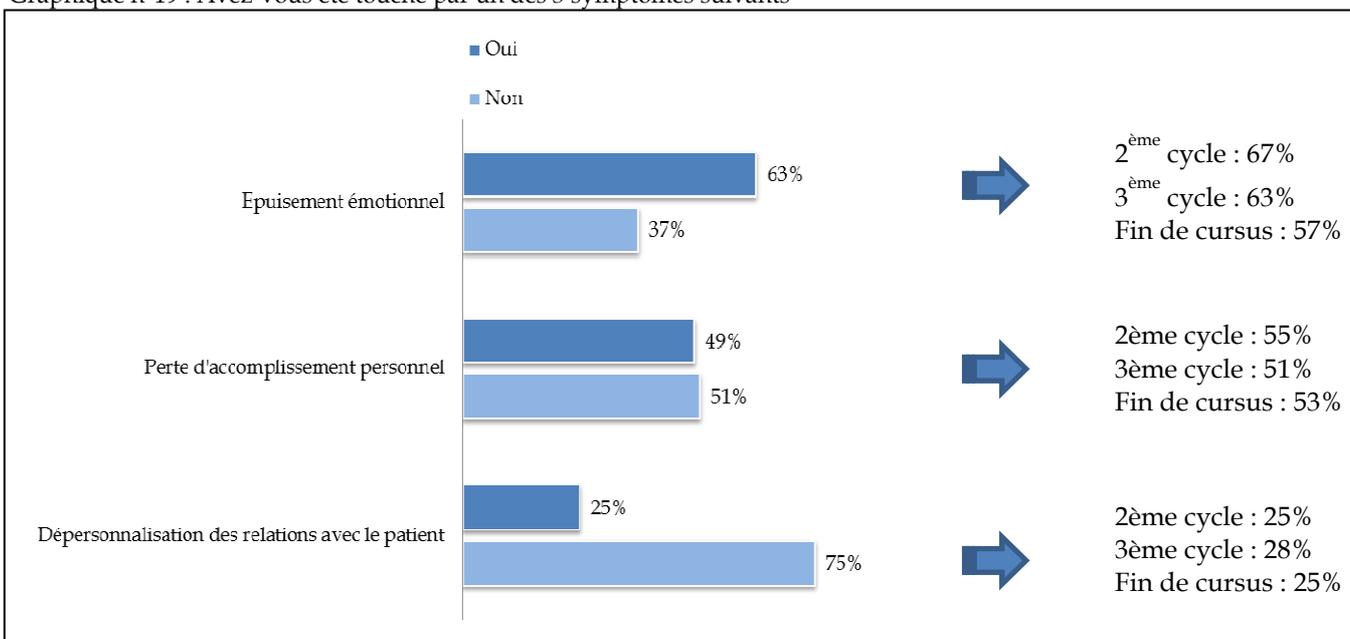
7% des participants ont déclaré avoir été hospitalisés, majoritairement pour des troubles somatiques et quel que soit le niveau de formation.

Le taux d'hospitalisation pour des troubles psychiques est 2 fois inférieur à celui d'arrêt de travail maladie pour des raisons psychiques.

Graphique n°18 : Raison de l'hospitalisation



Graphique n°19 : Avez-vous été touché par un des 3 symptômes suivants

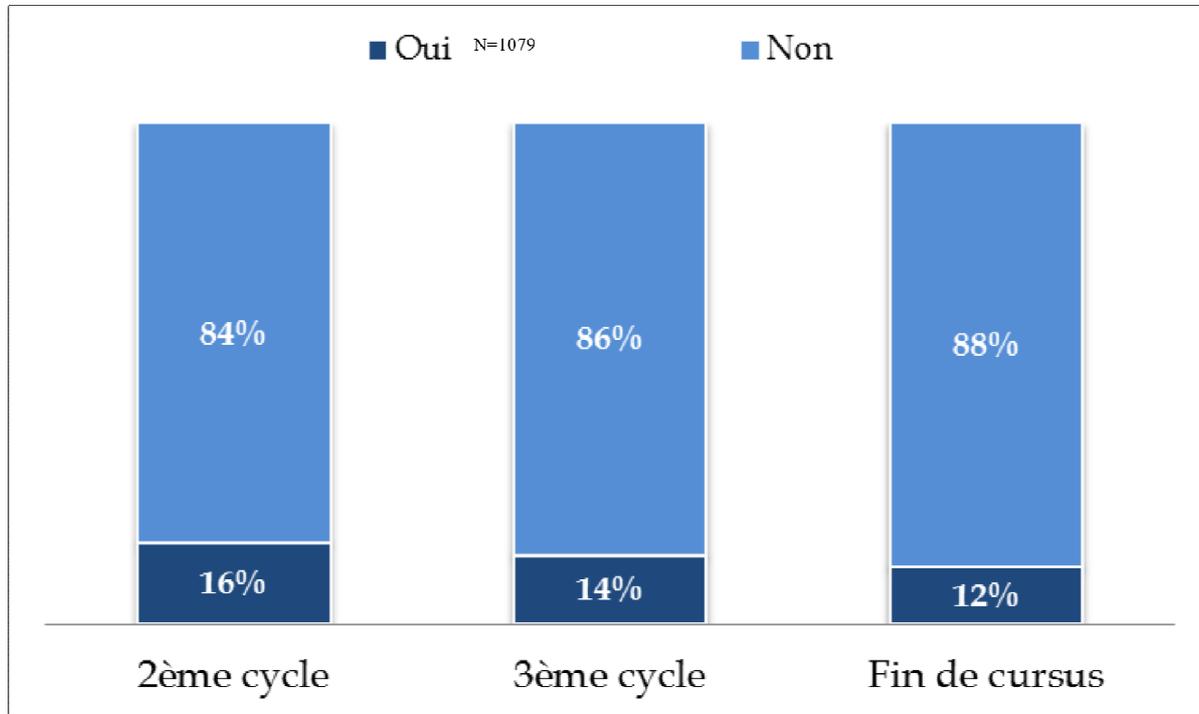


Les trois dimensions ainsi décrites rendent compte de la symptomatologie du burn out. Pour rappel, le syndrome d'épuisement professionnel ou « burnout » est apparue dans les années 1970. Conceptualisé pour la première fois par le psychiatre américain Freudenberger en 1975, il a fait l'objet de nombreux travaux, notamment ceux de la psychologue sociale Christina Maslach, qui ont donné lieu à plusieurs définitions, toutes convergentes sur au moins un point : le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes. Compte tenu des scores significatifs et préoccupants (épuisement/dépersonnalisation/perte d'accomplissement), il est du rôle de notre institution de s'emparer de ce problème devenu sociétal dans le milieu de la médecine et plus spécifiquement des jeunes générations en cours de formation.

À la question, avez-vous eu des idées suicidaires ?

1079 participants à l'enquête ont répondu avoir eu des idées suicidaires, ce qui représente 14% de l'ensemble des effectifs.

Graphique n°20 : Avez-vous eu des idées suicidaires ?



En cohérence avec les réponses à la question précédente sur les symptômes constitutifs du burn out, c'est à nouveau les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle qui répondent avoir le plus d'idées suicidaires.

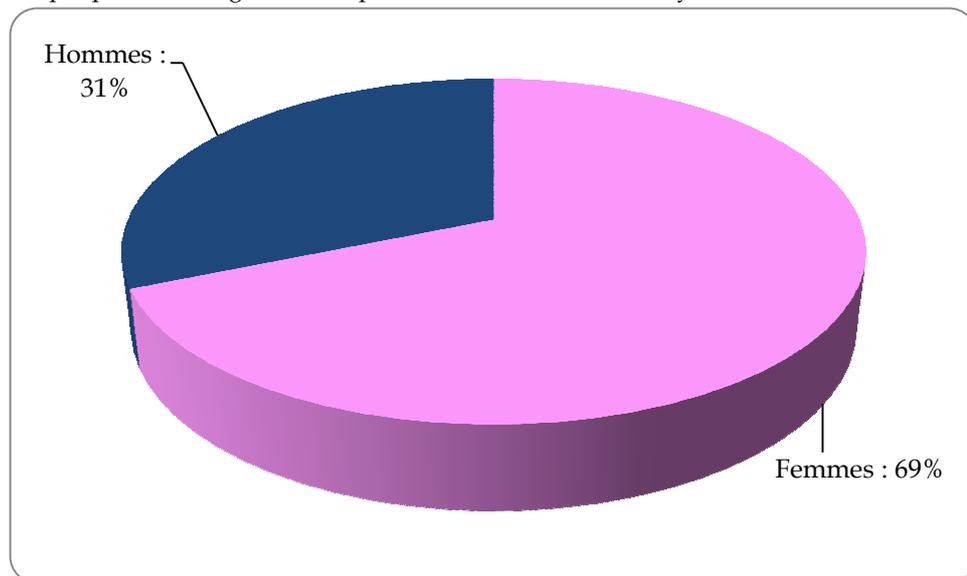
La diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi, stade le plus sévère de l'évolution du burn out, peut ainsi générer des syndromes dépressifs importants<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> « Burn out , des solutions pour préserver et pour agir . nouvelle édition 2016 Ed. des Arènes, préface du Dr Patrick Légeron, fondateur du cabinet Stimulus et co-auteur du rapport de l'Académie Nationale de Médecine sur le « burn out » 2016

## Qui sont ces répondants ayant une mauvaise santé et des idées suicidaires

578 répondants ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires. Les femmes représentent 69% de cette cohorte, pourcentage strictement identique à la représentation par genre des répondants.

Graphique n°21 : Le genre des répondants en état de santé moyen ou médiocre et idées suicidaires

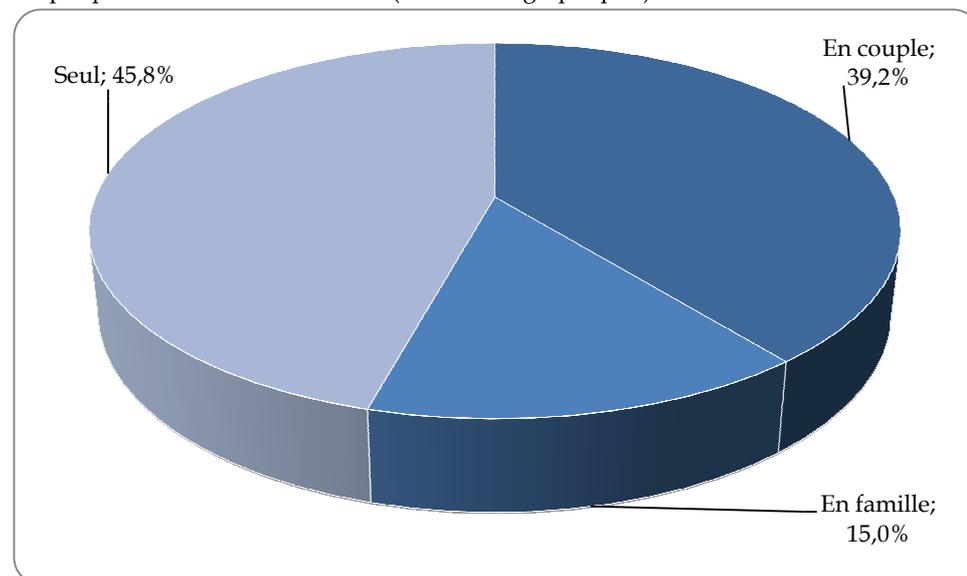


Parmi les 578 répondants qui ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires, presque 46% vivent « seul » et à peine 40% a déclaré vivre en couple.

Il y a ainsi une surreprésentation significative des répondants ayant des idées suicidaires et vivant seuls, ces derniers ne représentant que 33% des répondants.

En revanche, les répondants vivant en couple sont modérément sous-représentés (48% de la population globale des répondants).

Graphique n°22 : Conditions de vie (socio-démographiques)

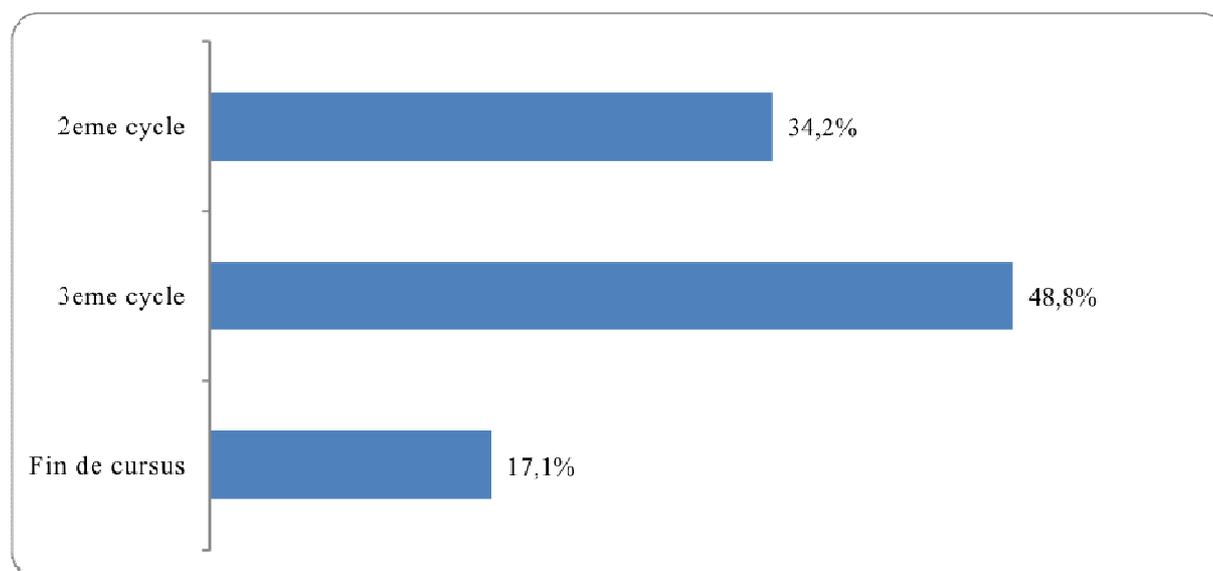


11,6% ont déclaré avoir des enfants.

Presqu'un répondant sur deux est actuellement en troisième cycle et plus d'un tiers en deuxième cycle.

Le 2<sup>ème</sup> cycle est surreprésenté, ne constituant que 25% des répondants.

Graphique n°23 : Cycle de formation pour les « mauvaise et moyenne santé » et « idées suicidaires »



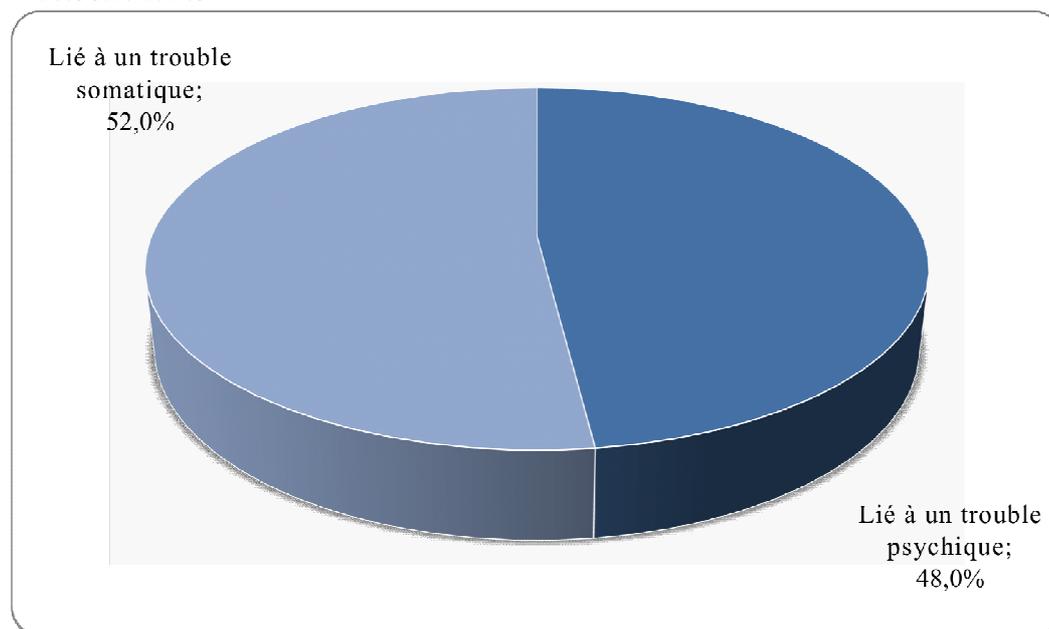
Bien que ces répondants évaluent leur santé comme étant mauvaise ou moyenne et ayant eu des idées suicidaires, majoritairement (63%) ils n'ont pas interrompu leur activité durant des deux dernières années.

Mais il convient de rappeler que 20% seulement de la population globale des répondants dit avoir un arrêt de travail.

Parmi les 37% qui ont déclaré avoir interrompu leur activité au cours des deux dernières années, pour 52% d'entre eux l'arrêt maladie était lié à un trouble somatique et 48% à un trouble psychique.

Il y a ainsi une quasi-égalité des motifs d'arrêt de travail alors que pour la population globale étudiée les troubles psychiques ne représentent qu'approximativement que 20%.

Graphique n°24 : Motifs de l'arrêt maladie (au cours des deux dernières années) pour les « mauvaise et moyenne santé » et « idées suicidaires »



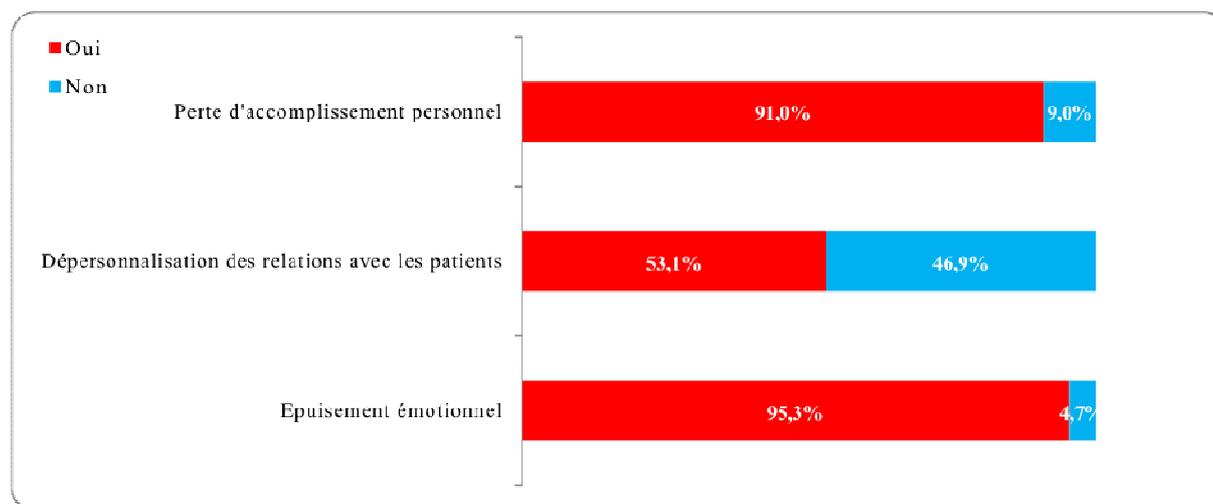
Parmi les répondants qui ont déclaré avoir eu un arrêt maladie (37%) au cours des deux dernières années, 37% ont déclaré avoir été hospitalisés :

- 67% lié à un trouble somatique
- 33% lié à un trouble psychique

Même si les motifs d'hospitalisation déclarés pour troubles psychiques ne sont qu'1/3 des hospitalisations, l'importance relative de ces motifs d'hospitalisation est plus de 3 fois supérieure à la population globale de jeunes médecins tous confondus.

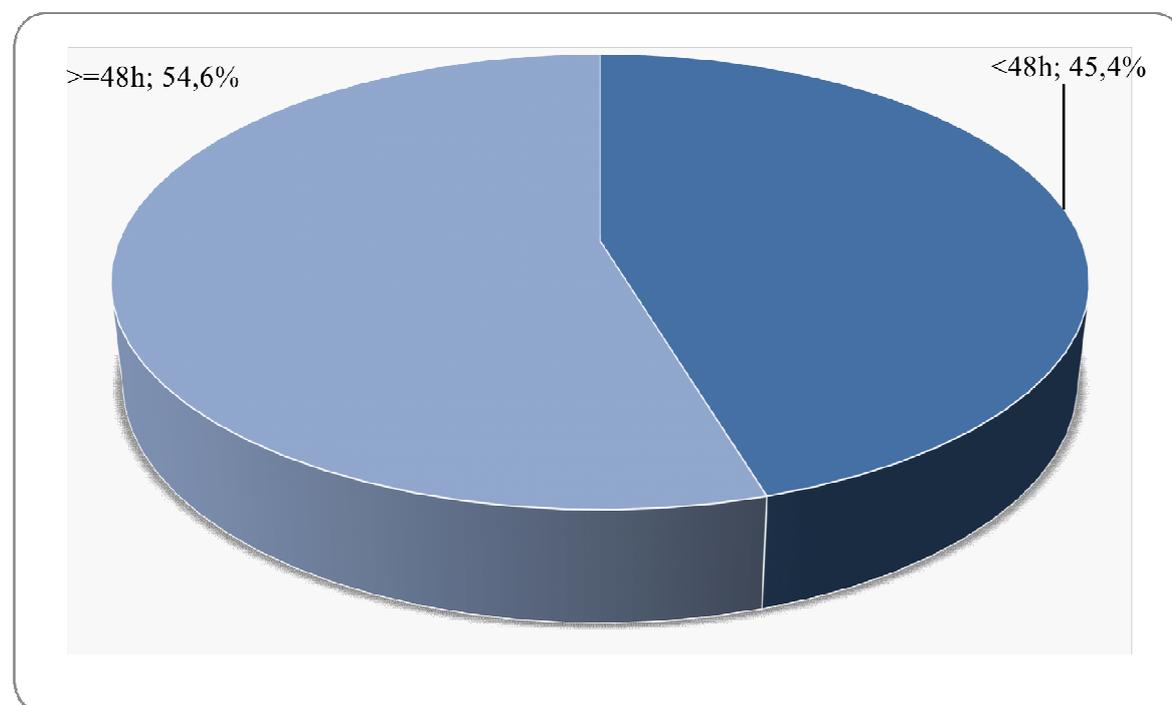
À la question, « avez-vous été touché par un des trois symptômes suivants ? » : la presque totalité des répondants (cumulent « mauvaise et moyenne santé » + « idées suicidaires ») a connu une perte d'accomplissement personnel (91%) et un épuisement émotionnel (95,3%). Plus d'un répondant sur deux a déclaré avoir eu une dépersonnalisation des relations avec les patients.

Graphique n°25 : Avez-vous été touché par un des trois symptômes suivants pour les « mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires »



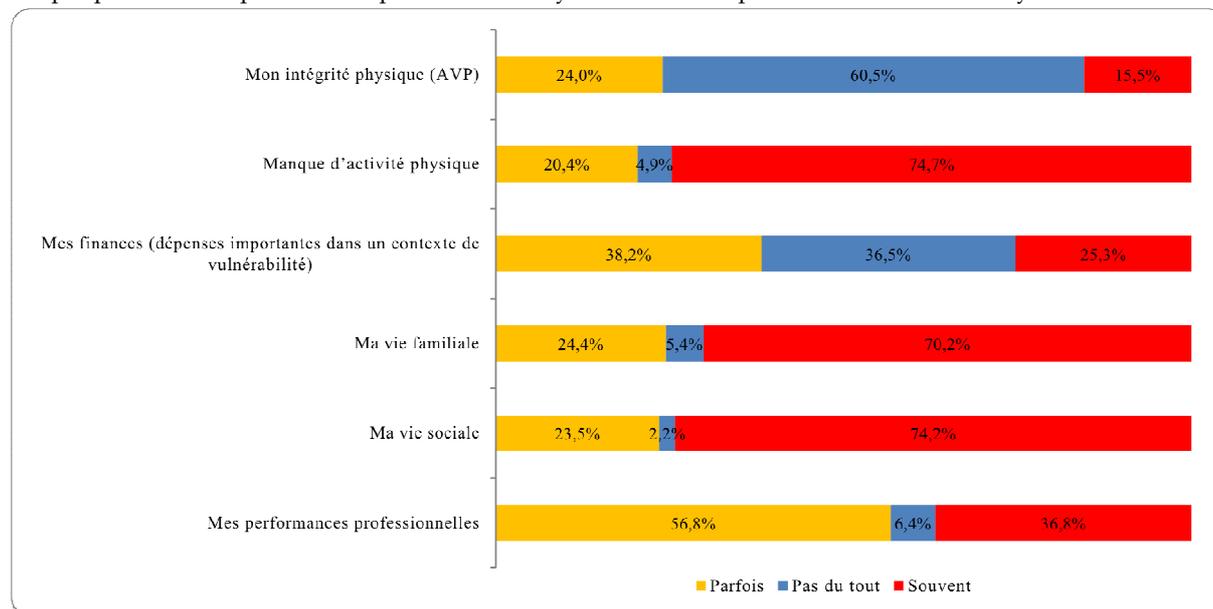
Parmi les 578 répondants qui ont déclaré être en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires, plus d'un sur deux a déclaré travailler plus de 48 h et moins d'un sur deux a déclaré travailler moins de 48 h.

Graphique n°26 : Nombre d'heures travaillées pour les « mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires »

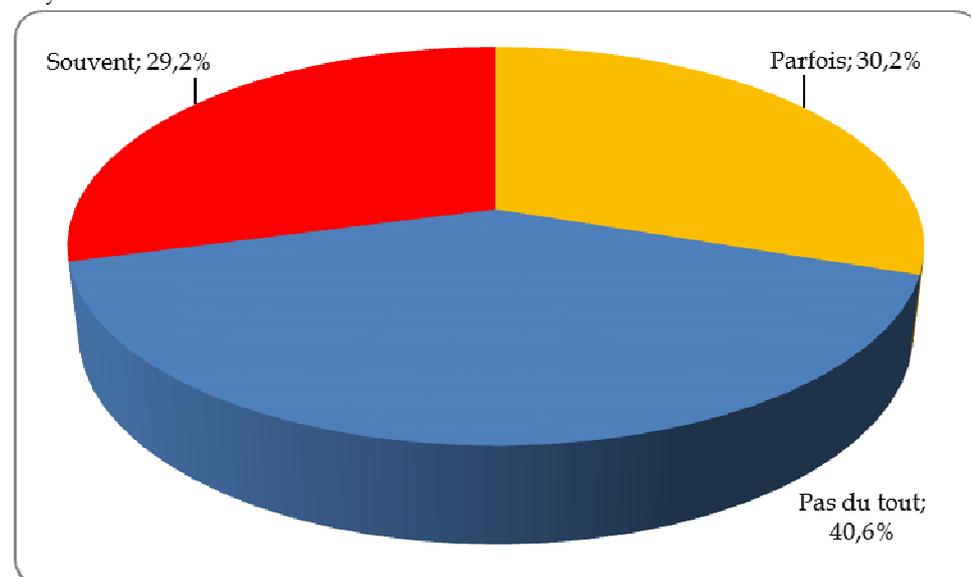


À la question lors des 3 précédents mois, « à votre travail, avez-vous été exposé à des situations stressantes ? » ; 95% ont répondu par l'affirmative.

Graphique n°27 : Fréquence des répercussions du rythme de travail pour les « mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires »



Graphique n°28 : Fréquence de la consommation de produits addictogènes (tabac, alcool, drogues) pour les « mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires »





À la question, avez-vous eu recours à l'automédication/autoprescription au cours des douze derniers mois ?

On note une consommation « souvent/parfois » d'antalgique de palier 2 nettement plus importante pour les répondants qui évaluent être en mauvaise ou moyenne santé et avoir eu des idées suicidaires (32,2%) comparativement à l'ensemble des participants à l'enquête (16%).

36,8% ont déclaré prendre souvent ou parfois des anxiolytiques contre 10,1% pour l'ensemble des répondants. Quant aux fréquences de consommations d'antidépresseurs, elles sont cinq fois plus importantes chez les répondants qui évaluent leur santé mauvaise/moyenne + idée suicidaire comparativement à l'ensemble des participants à l'enquête.

Tableau n°5 : Souvent/Parfois pour les « mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires »

<b>Automédication/Autoprescription</b>	<b>Souvent/Parfois</b>
<b>Antalgique palier 1</b>	79,4%
<b>Antalgique palier 2</b>	32,2%
<b>Antalgique palier 3</b>	2,7%
<b>Anxiolytique</b>	36,8%
<b>Antidépresseur</b>	20,7%
<b>Somnifère</b>	26,5%
<b>Antibiotiques</b>	28,2%
<b>Traitement chronique</b>	27,5%

Plus d'un tiers déclare consommer de l'alcool tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

Alors que ces répondants estiment leur santé mauvaise ou moyenne et avoir eu des idées suicidaires, majoritairement (59%) ils n'ont pas consulté un médecin généraliste au cours des douze derniers mois.

Ces participants (mauvaise et moyenne santé + idées suicidaires) n'ont pas consulté un médecin généraliste par manque de temps (63%). 14% déclarent se prendre en charge seul et 11% ne s'estiment pas malade au point de consulter un médecin généraliste alors qu'ils estiment leur santé « mauvaise/moyenne » et qu'ils ont déclaré avoir eu des idées suicidaires.

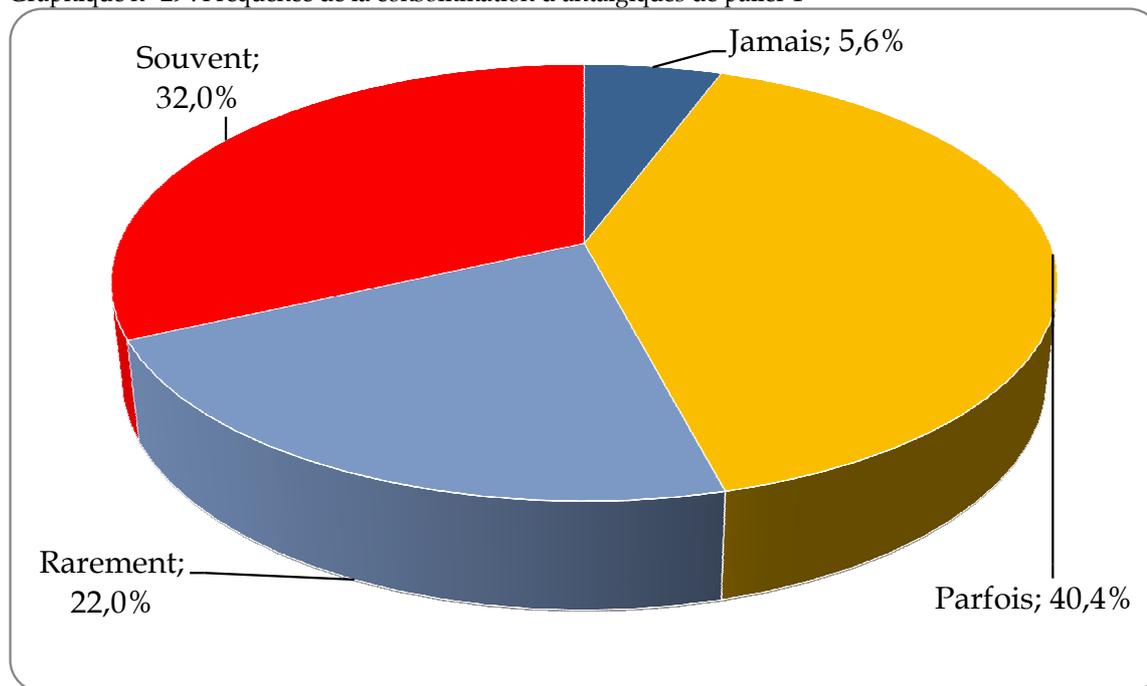
## IV – Traitements et addictions

À la question, avez-vous eu recours à l'automédication/ auto prescription au cours des 12 derniers mois ?

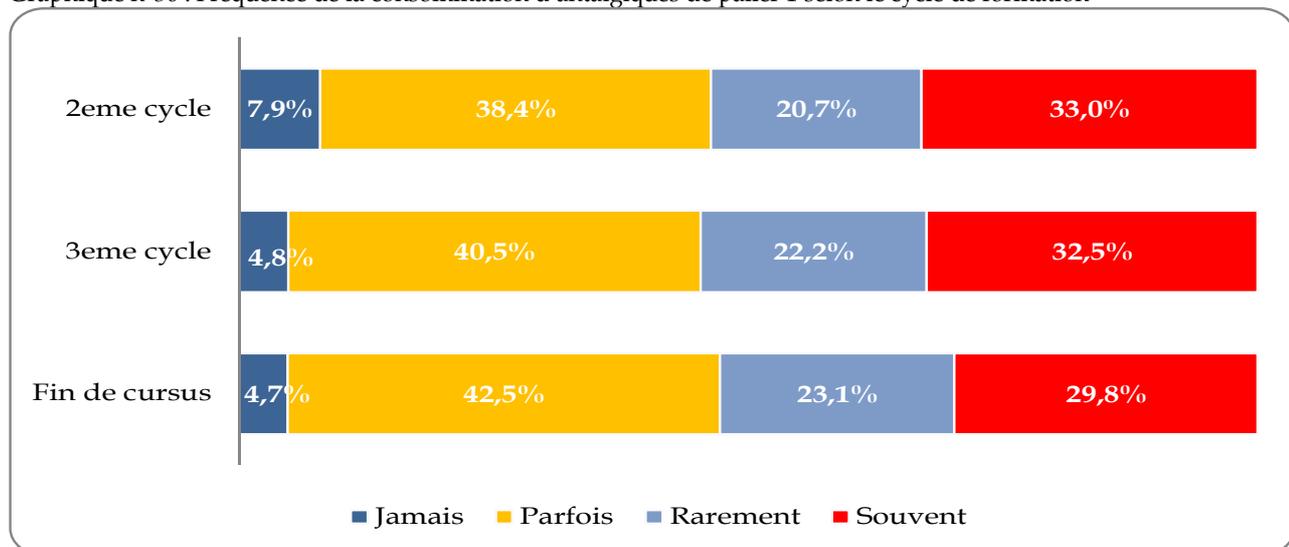
### Consommation et fréquence de consommation d'analgésiques palier 1 (N = 7765)

Un tiers des répondants déclare avoir recours souvent aux analgésiques de palier 1. Le niveau de formation n'interfère pas de manière significative sur la fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 1 (cf. graphique n°30 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 1 selon le cycle de formation).

Graphique n° 29 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 1



Graphique n°30 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 1 selon le cycle de formation



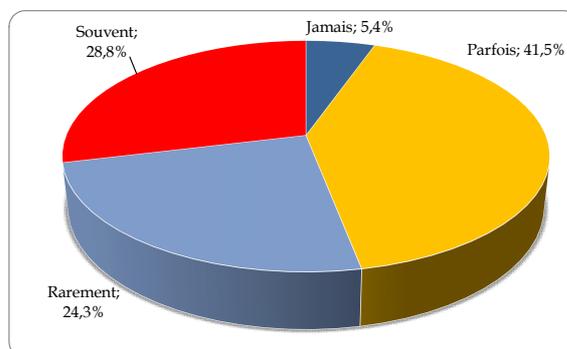
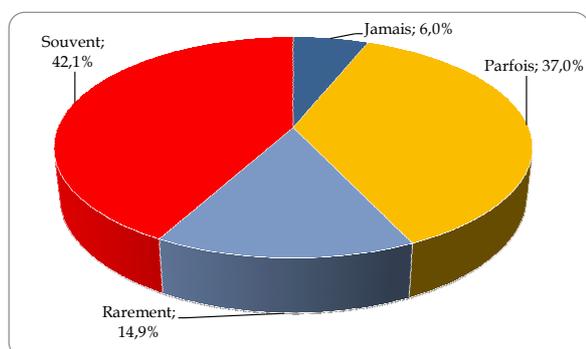
**Spécialités représentatives** : médecine générale (54,9%) ; Pédiatrie (5,1%) ; Anesthésie-Réanimation (4,6%) ; Médecine interne (3,5%) ; Gynécologie-Obstétrique (3,3%).

La fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 1 est significativement représentative de l'auto évaluation de l'état de santé des répondants. Ainsi, les participants s'estimant être en « mauvaise ou moyenne santé » consomment « plus souvent » d'antalgiques de palier 1 que ceux qui évaluent leur santé de façon « bonne ou excellente ». Le niveau d'études n'interfère pas sur la consommation d'antalgiques de palier 1. (cf. graphique n°24 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation). Cette augmentation des répondants à une consommation fréquente des antalgiques de palier I chez ceux déclarant un état de santé moyen ou mauvais est de l'ordre d'une augmentation d'un tiers à la moitié par rapport à l'ensemble de la population déclarée.

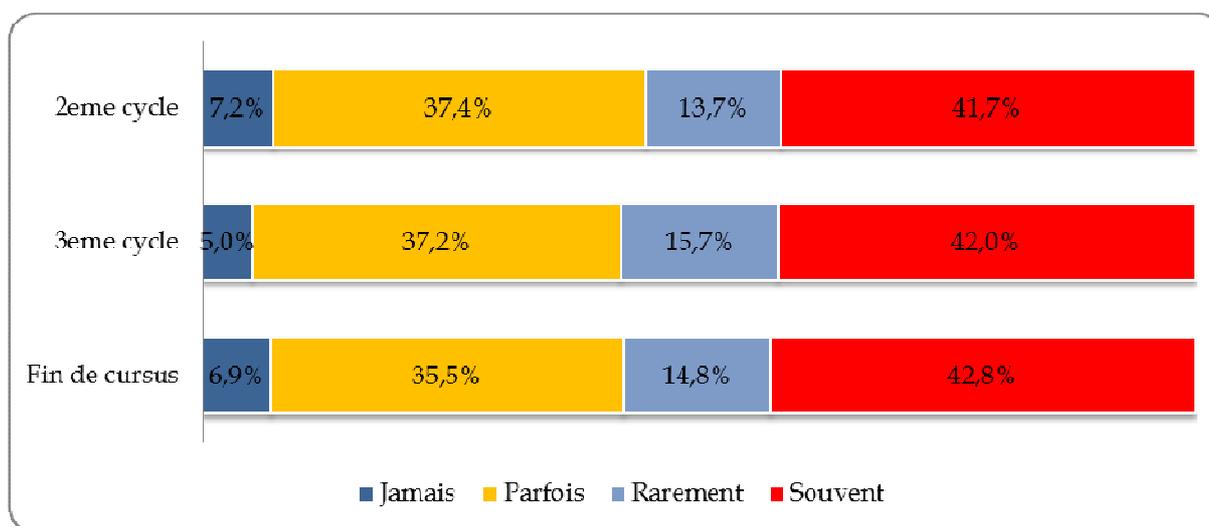
Graphique n°31 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

- Mauvaise ou moyenne santé

- Excellente ou bonne santé



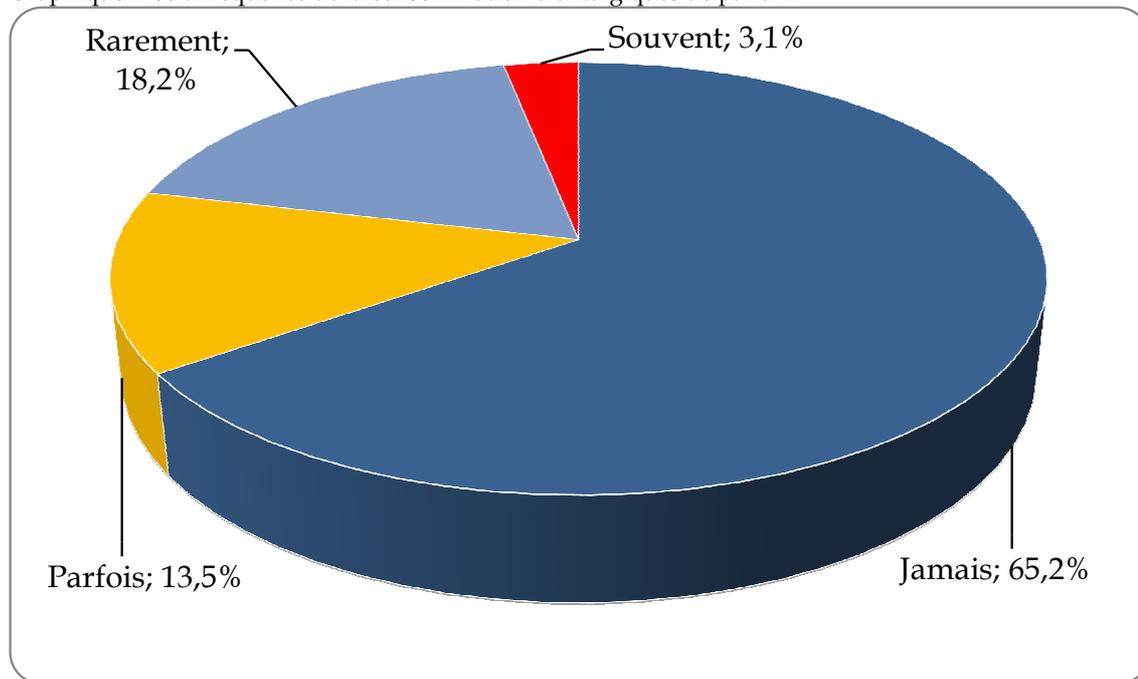
Graphique n°32 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation



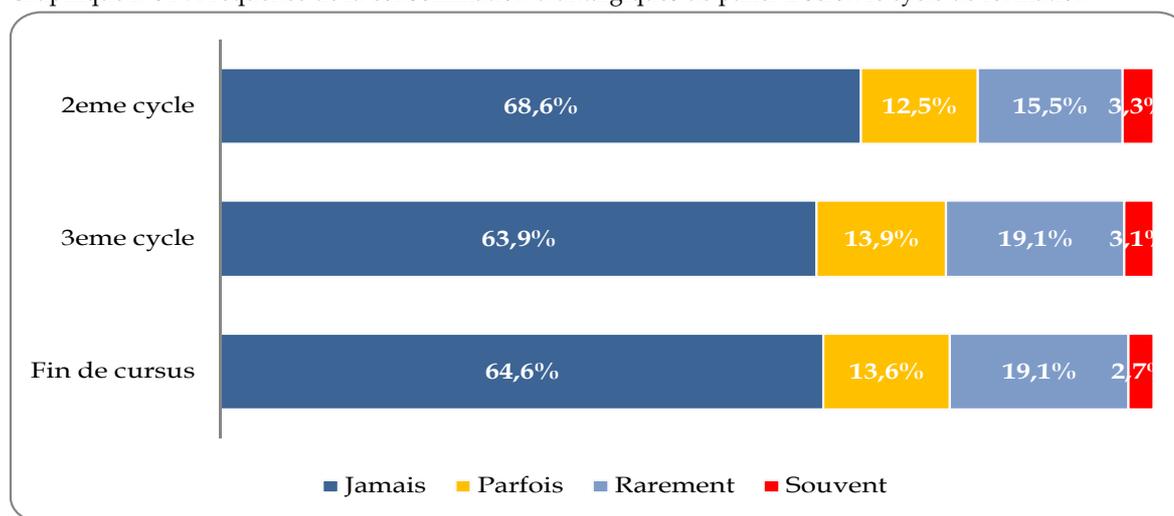
## Consommation et fréquence de consommation d'analgésiques palier 2 (N = 7765)

3,1% des participants ont répondu consommer souvent des analgésiques de palier 2. Le niveau de formation n'interfère pas de manière significative sur la fréquence de la consommation d'analgésique de palier 2 (cf. graphique n°34 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 2 selon le cycle de formation).

Graphique n°33 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 2



Graphique n°34 : Fréquence de la consommation d'analgésiques de palier 2 selon le cycle de formation

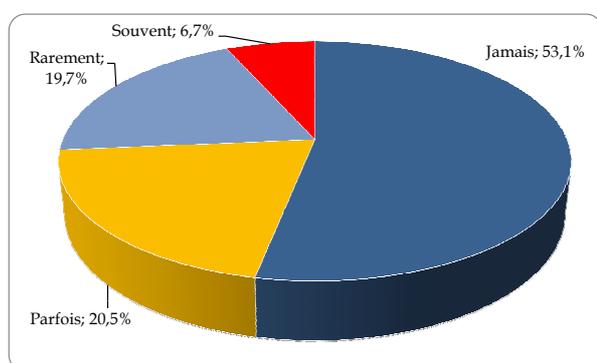


**Spécialités représentatives** : médecine générale (57%) ; Anesthésie-Réanimation (7,3%) ; Pédiatrie (4,2%) ; Gynécologie-Obstétrique (3,1%) ; Anatomie/Endocrinologie/Médecine interne (2,7%\*3).

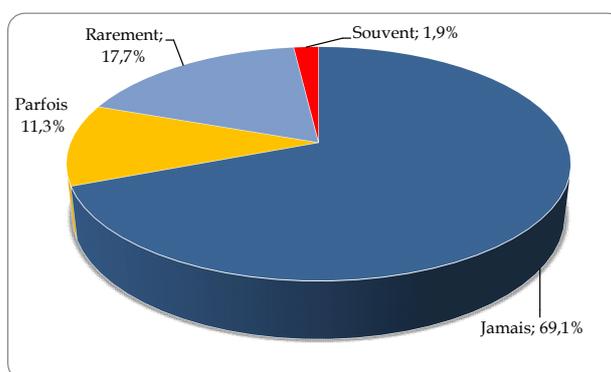
Bien que la proportion de répondants qui consomment des antalgiques de palier 2 soit très faible, il est néanmoins intéressant de noter que ceux qui estiment être en « mauvaise ou moyenne santé » consomment nettement plus souvent d’antalgiques de palier 2 que ceux qui évaluent leur santé « bonne ou excellente ». L’auto évaluation de l’état de santé et le niveau d’études sont étroitement liés. Les fins de cursus sont nettement plus représentatifs que les autres répondants à consommer souvent ou parfois des antalgiques de palier 2 (cf. graphique n°28 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation).

Graphique n°35 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

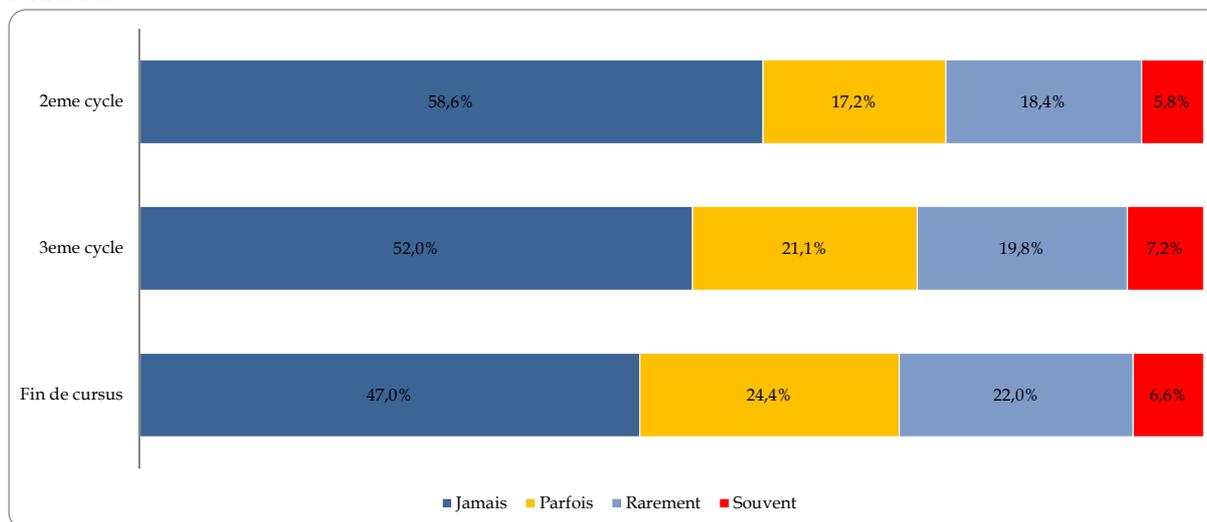
- Mauvaise ou moyenne santé



- Excellente ou bonne santé



Graphique n°36 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation

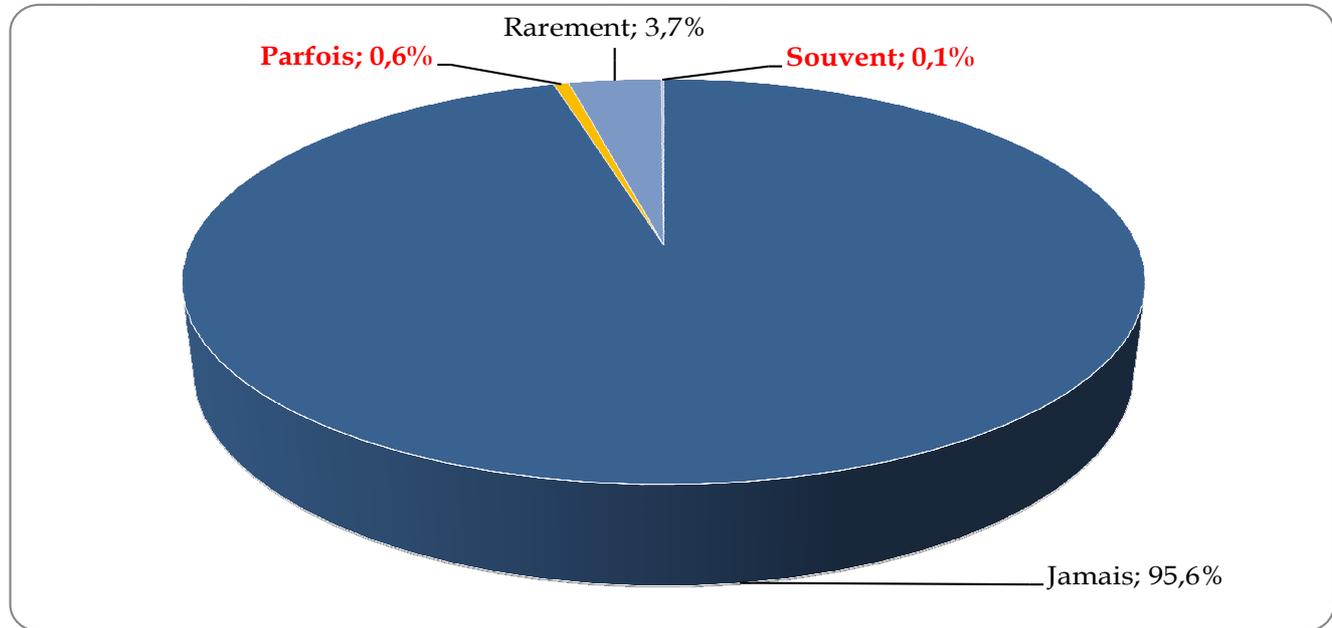




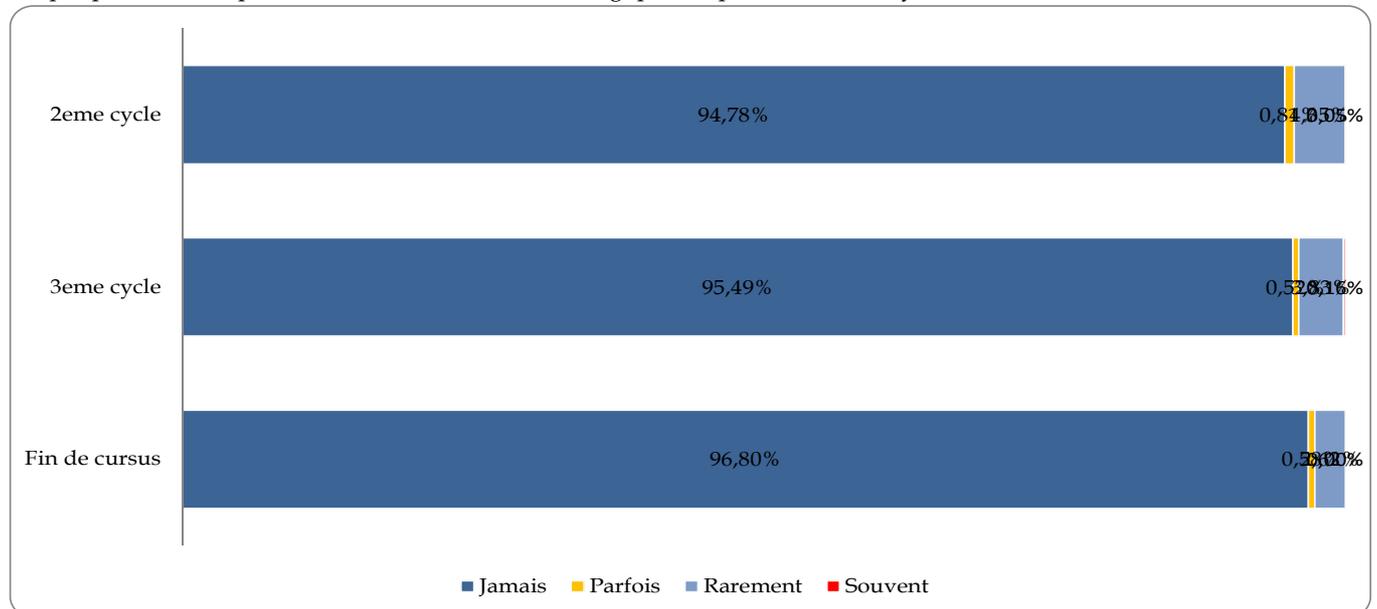
## Consommation et fréquence de consommation d'antalgiques palier 3 (N = 7765)

À peine 1% des participants ont répondu consommer souvent ou parfois des antalgiques de palier 3<sup>5</sup>.

Graphique n°37 : Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 3



Graphique n°38 : Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 3 selon le cycle de formation



**Spécialités représentatives** : Médecine générale (44%); Oncologie (7%) ; Anatomie/Cardiologie/Chirurgie (5%\*3).

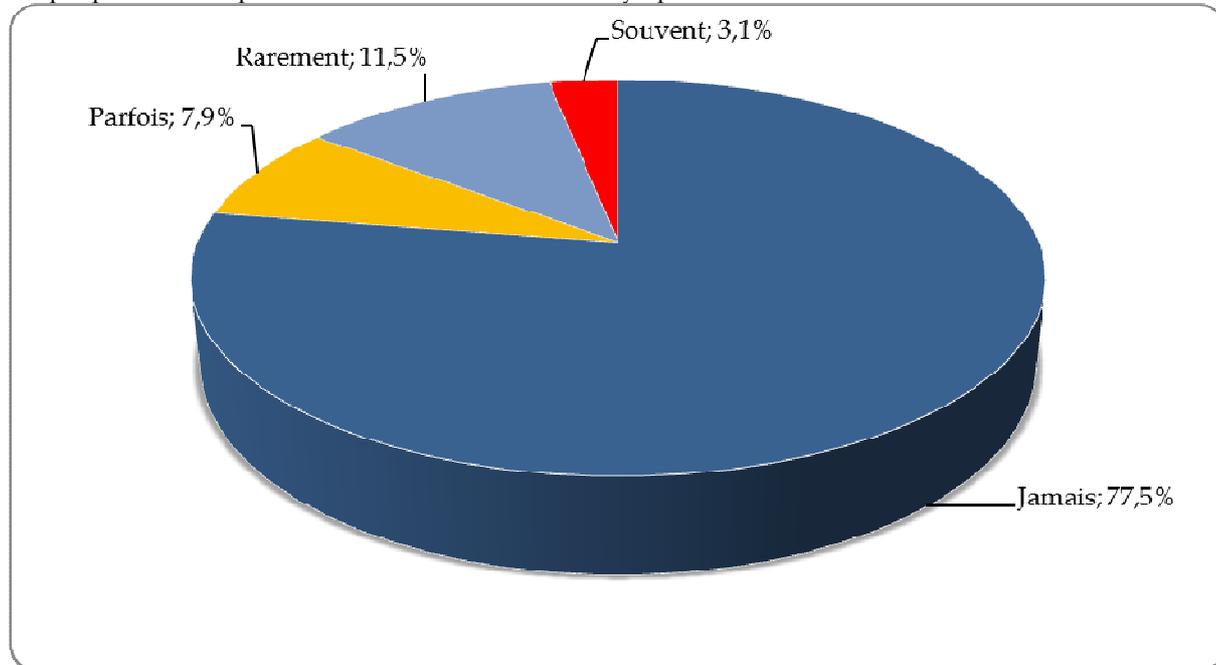
<sup>5</sup> Compte tenu de la faiblesse du N à consommer des antalgiques de palier 3, les données ne sont pas significativement représentatives pour croiser avec d'autres variables



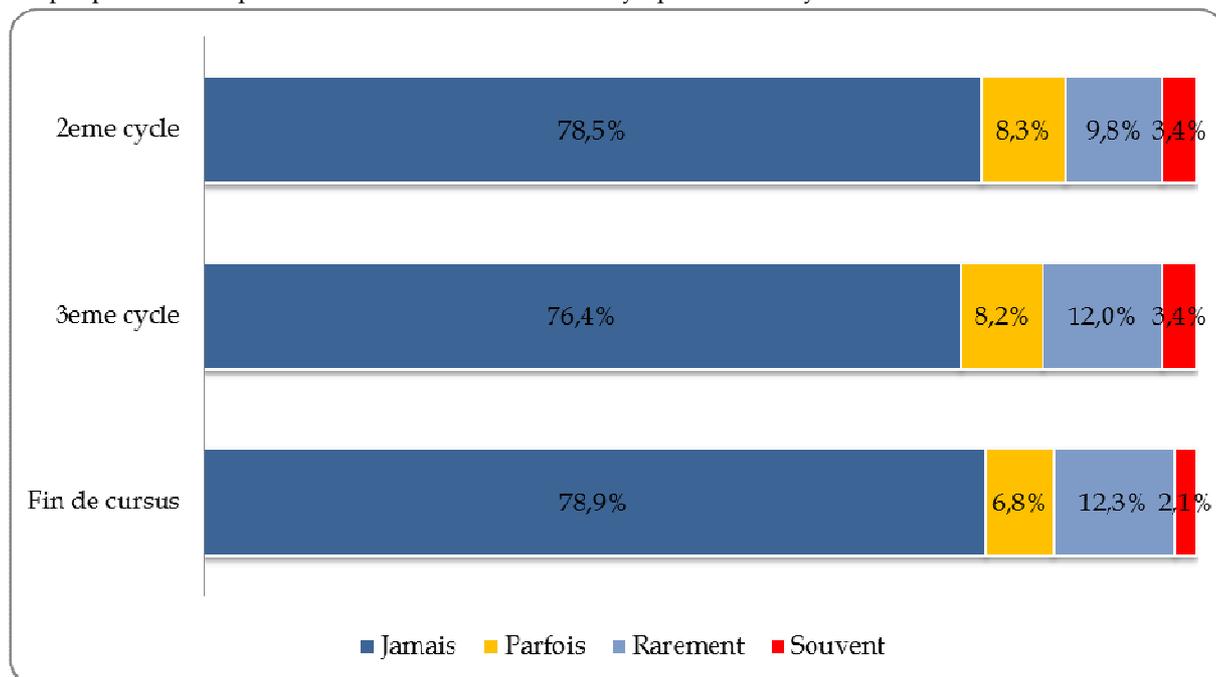
## Anxiolytiques (N = 7765)

À peine 11% des participants ont répondu consommer souvent ou parfois des anxiolytiques.

Graphique n°39 : Fréquence de la consommation d'anxiolytiques



Graphique n°40 : Fréquence de la consommation d'anxiolytiques selon le cycle de formation

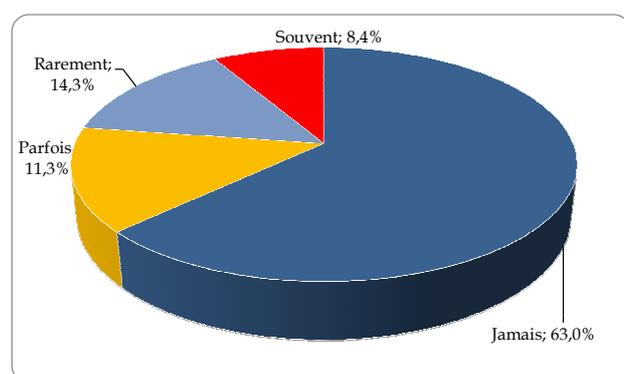


**Spécialités représentatives** : médecine générale (49%) ; psychiatrie (5,4%) ; médecine interne/pédiatrie (3,7%\*2) ; anatomie (3,2%) et anesthésie-réanimation (2,7%).

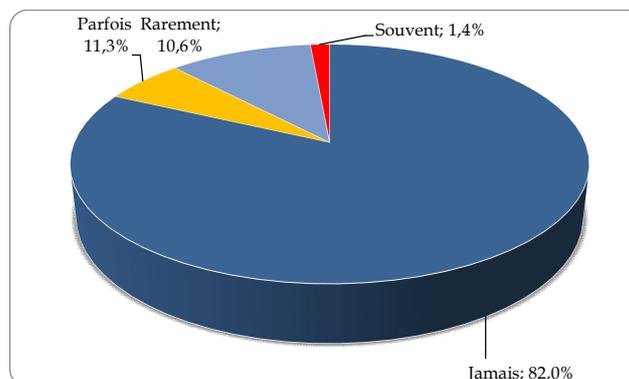
Si à peine 11% des participants ont déclaré consommer « parfois ou souvent » des anxiolytiques, dès lors que l'on prend en compte l'auto évaluation de l'état de la santé, plus d'un cinquième a répondu consommer « parfois ou souvent » des anxiolytiques. À peine un quart sont des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle.

Graphique n°41 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

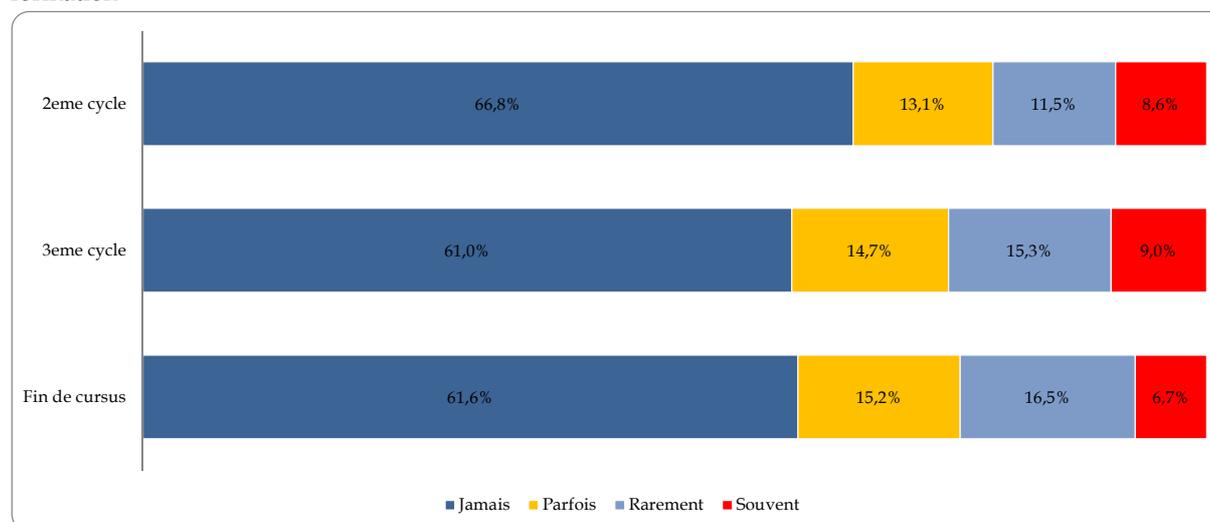
-Mauvaise ou moyenne santé



- Excellente ou bonne santé



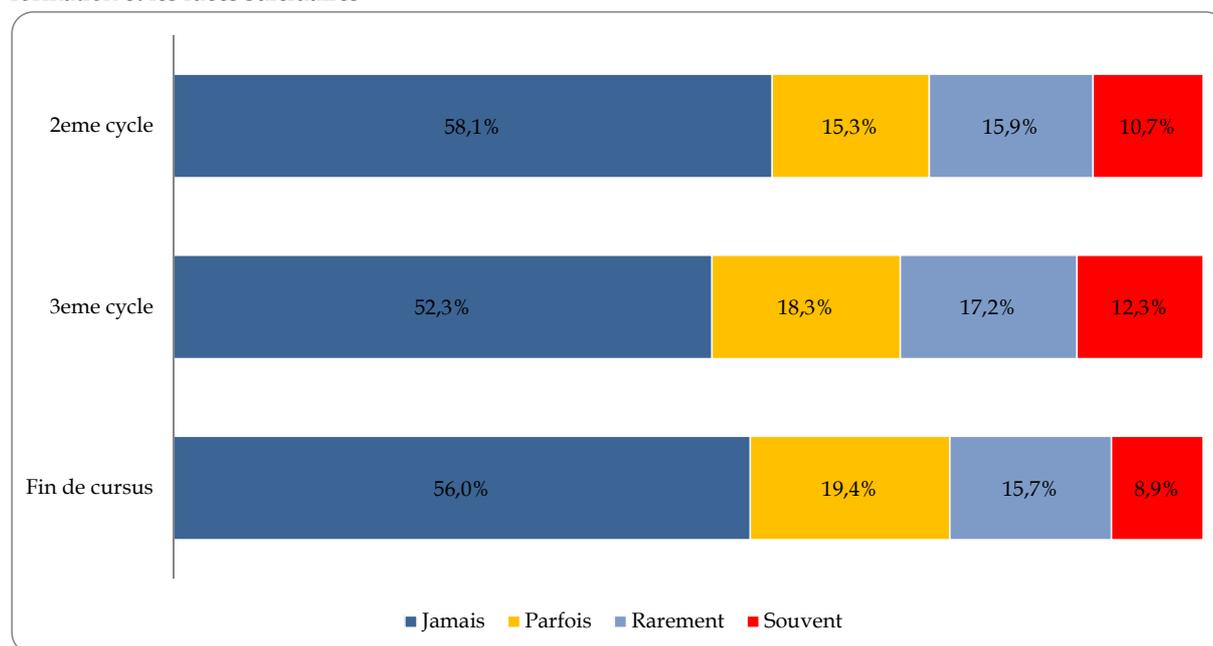
Graphique n°42 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation



Les participants à l'enquête qui ont déclaré « avoir des idées suicidaires » et une santé « mauvaise ou moyenne » consomment « souvent ou parfois » des anxiolytiques (30%).

- 2<sup>ème</sup> cycle : 26%
- 3<sup>ème</sup> cycle : 31%
- Fin de cursus : 28,3%

Graphique n°43 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » d'anxiolytiques selon les cycles de formation et les idées suicidaires

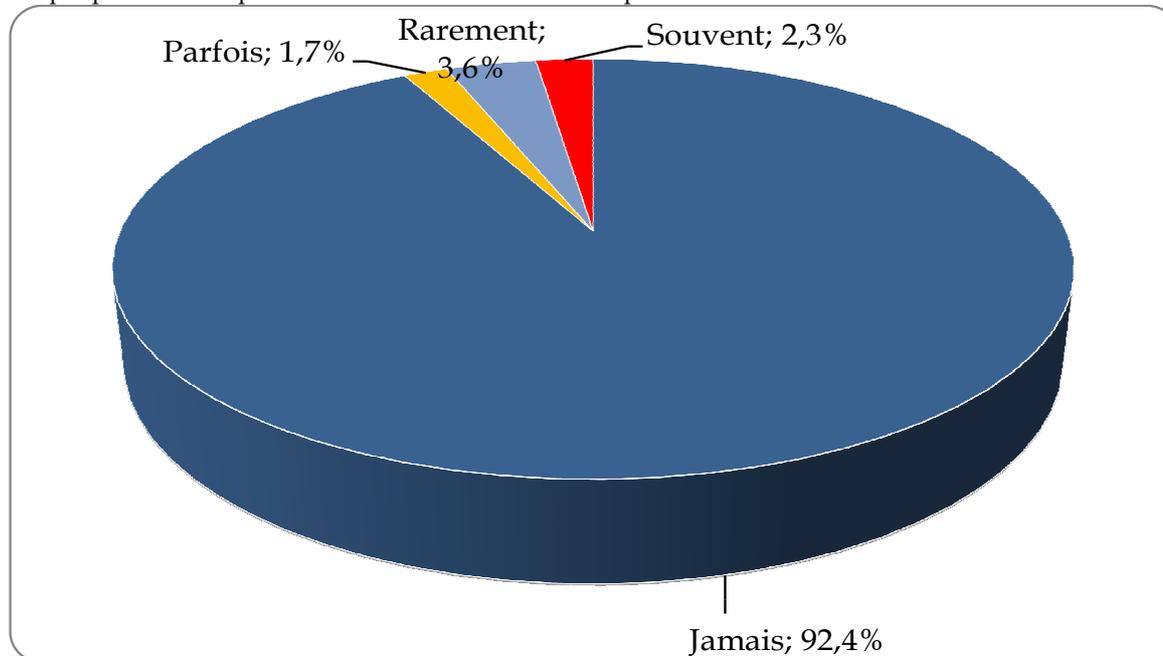




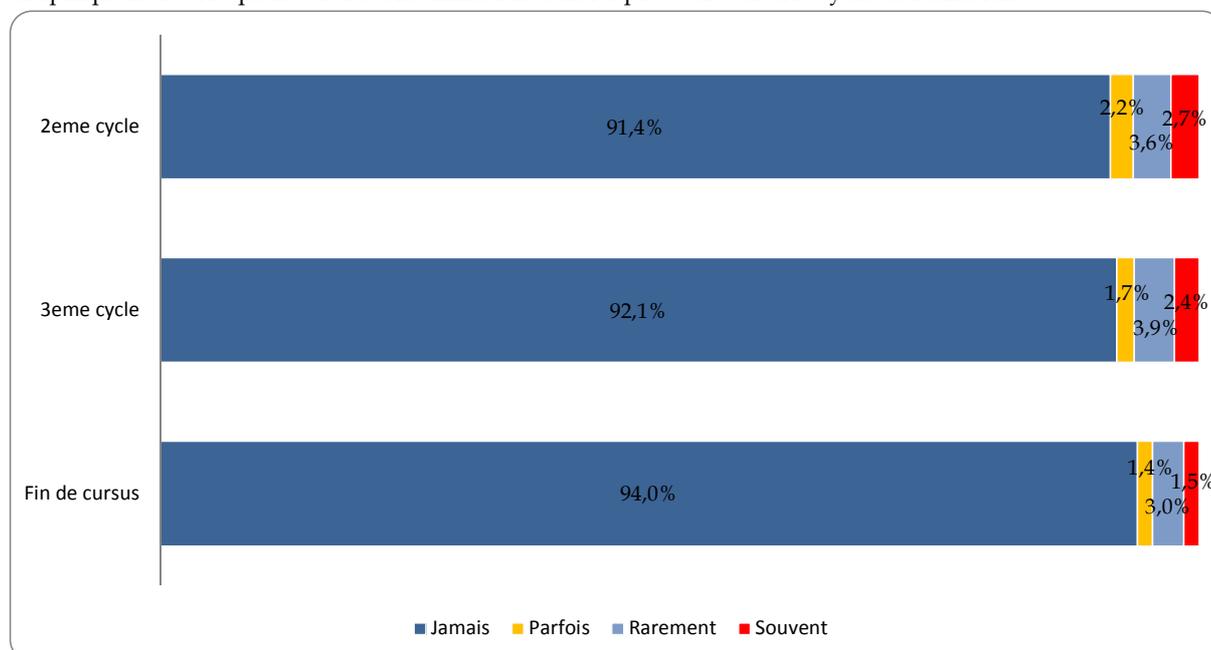
## Antidépresseurs (N = 7765)

À peine 4% des participants ont répondu consommer souvent ou parfois des antidépresseurs. Bien que les proportions soient faibles, il est à noter que les deuxièmes cycles ont tendance à consommer davantage que les troisièmes cycles ou les fins de cursus.

Graphique n°44 : Fréquence de la consommation d'antidépresseurs



Graphique n°45 : Fréquence de la consommation d'antidépresseurs selon le cycle de formation



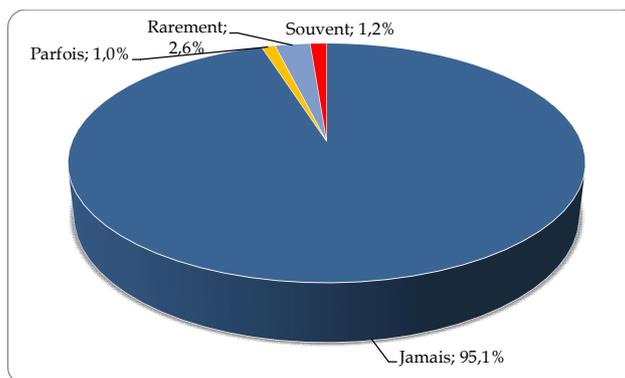
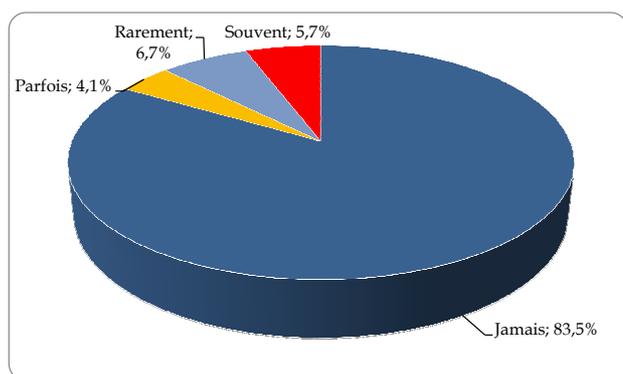
**Spécialités représentatives** : médecine générale (47,3%) ; anesthésie-réanimation (6,6%) ; gynécologie-obstétrique (3,5%) ; pédiatrie (3,2%) ; médecine interne (2,5%) ; anatomie (2,2%).

Alors qu'à peine 4% des répondants ont déclaré consommer des antidépresseurs, ceux qui évaluent leur santé « mauvaise ou moyenne » sont 10% à répondre consommer des antidépresseurs contre 2,2% pour ceux qui évaluent leur santé « excellente ou bonne ». A noter une légère sur fréquence de la consommation chez les étudiants de 2<sup>ème</sup> cycle comparativement aux étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle et de fin de cursus.

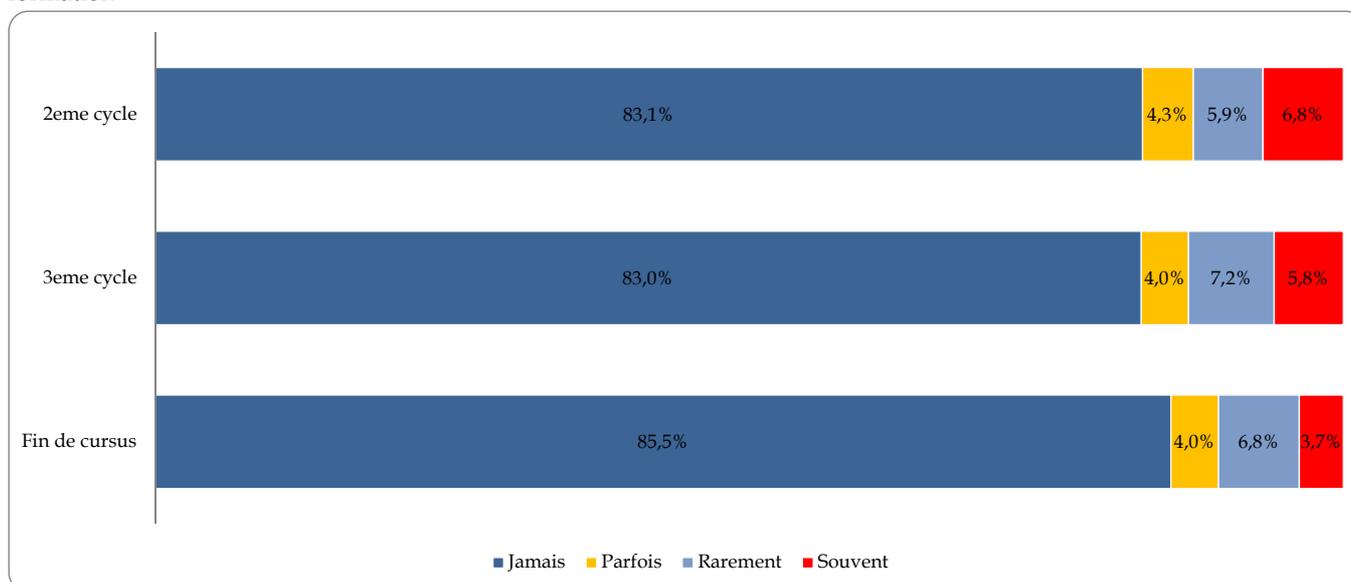
Graphique n°46 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

- Mauvaise ou moyenne santé

- Excellente ou bonne santé



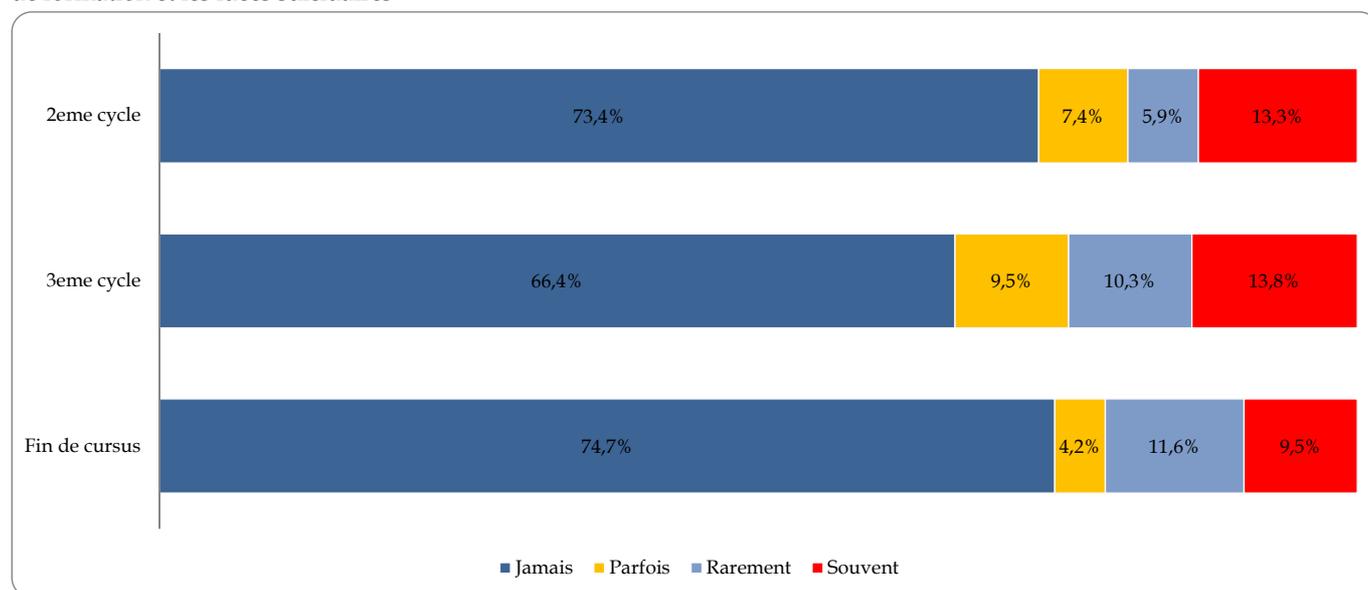
Graphique n°47 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation



Les participants à l'enquête qui ont déclaré « avoir des idées suicidaires » et une santé « mauvaise ou moyenne » consomment « souvent ou parfois » des antidépresseurs (20%).

- 2<sup>ème</sup> cycle : 21%
- 3<sup>ème</sup> cycle : 23%
- Fin de cursus : 14%

Graphique n°48 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » d'antidépresseurs selon les cycles de formation et les idées suicidaires

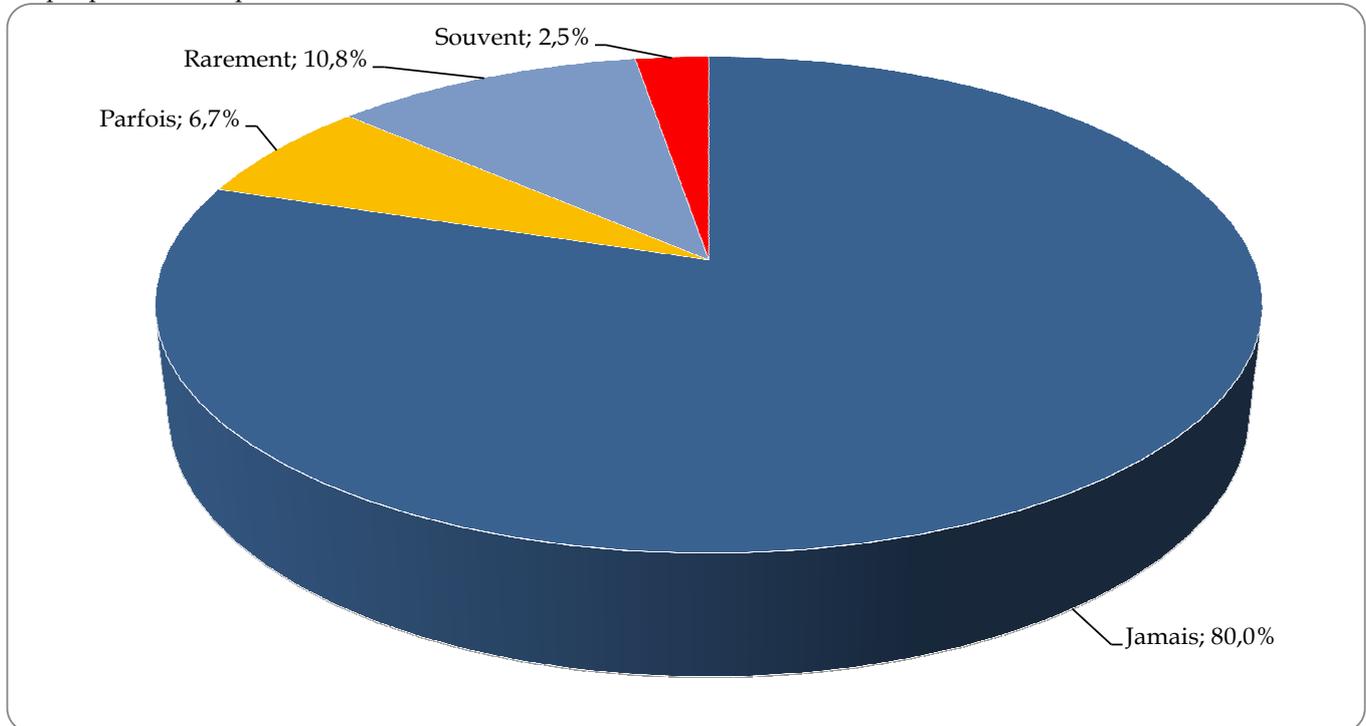




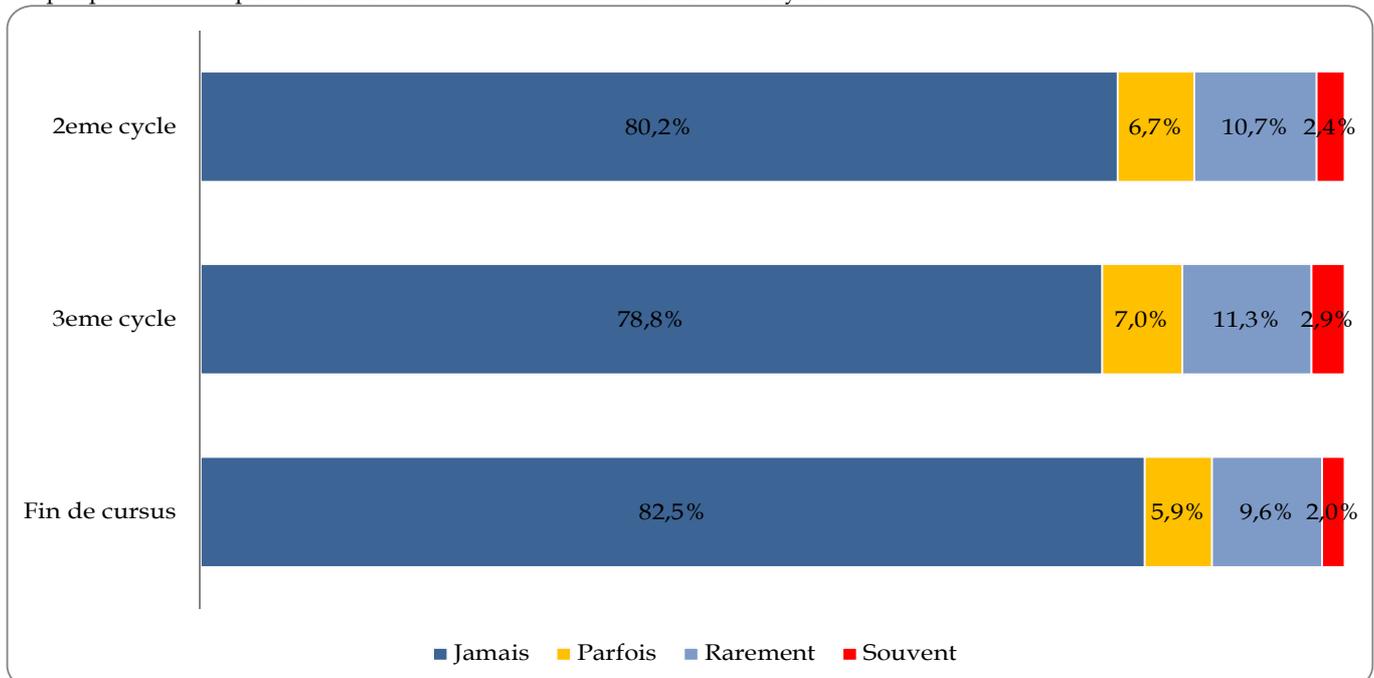
## Somnifères (N = 7765)

9,2% des participants ont répondu consommer souvent ou parfois des somnifères. On note une légère sur représentation chez les répondants du troisième cycle (cf. graphique n°50 : Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation).

Graphique n°49 : Fréquence de la consommation de somnifères



Graphique n°50 : Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation



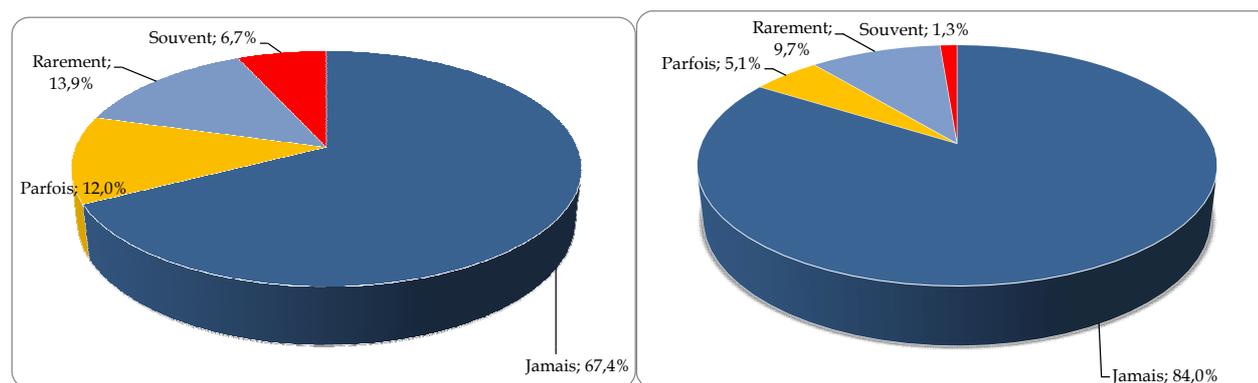
**Spécialités représentatives** : médecine générale (43%) ; anesthésie-réanimation (5,1%) ; pédiatrie (4,3%) ; psychiatrie (3,6%) ; endocrinologie (3,2%) ; radiodiagnostic et imagerie médicale (3,1%).

La fréquence de la consommation de somnifères est significativement représentative de l'auto évaluation de l'état de santé des répondants. Ainsi, les participants s'estimant être en « mauvaise ou moyenne santé » consomment « plus souvent » des somnifères (19%) que ceux qui évaluent leur santé de façon « bonne ou excellente » (6%). Le niveau d'études n'a pas de représentation significative dans la consommation de somnifères selon l'auto évaluation de l'état de santé (cf. graphique n°52 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation).

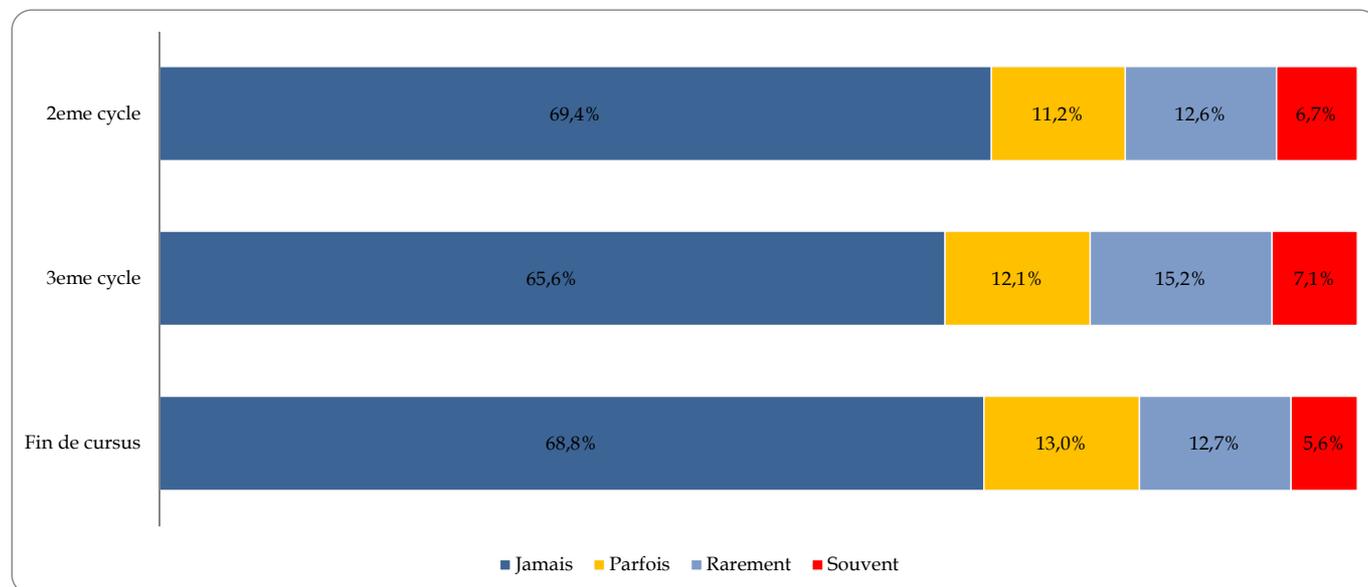
Graphique n°51 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

-Mauvaise ou moyenne santé

- Excellente ou bonne santé



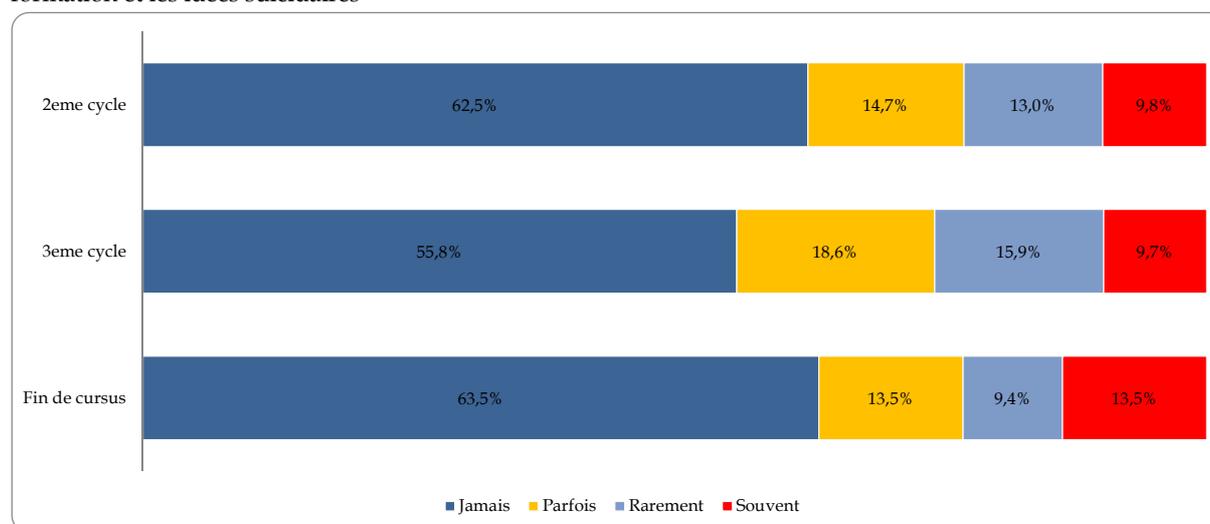
Graphique n°52 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation



Les participants à l'enquête qui ont déclaré « avoir des idées suicidaires » et une santé « mauvaise ou moyenne » consomment « souvent ou parfois » des somnifères (27%).

- 2<sup>ème</sup> cycle : 25%
- 3<sup>ème</sup> cycle : 28%
- Fin de cursus : 27%

Graphique n°53 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » de somnifères selon les cycles de formation et les idées suicidaires



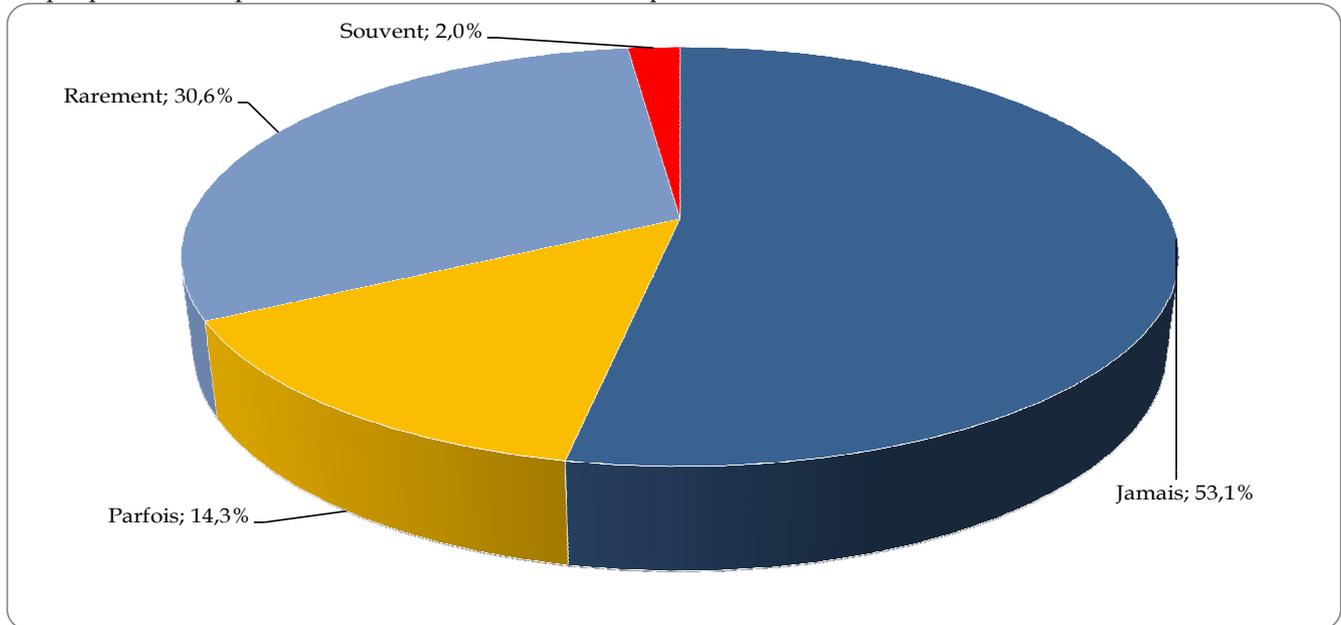
Ainsi, avec un lien statistique beaucoup plus significatif, les déclarants en état de santé moyen ou mauvais<sup>7</sup> ont répondu davantage consommer souvent ou parfois des psychotropes, avec une homogénéité des réponses selon que l'on considère les anxiolytiques, les anti-dépresseurs ou les hypnotiques (somnifères), avec quelques nuances à apporter selon le cursus d'étude.

Cette augmentation de consommation fréquente ou intermittente des anxiolytiques chez ceux déclarant ainsi un état de santé moyen ou mauvais et ayant des idées suicidaires est ainsi 3 à 4 fois plus élevée que pour l'ensemble de la population étudiée.

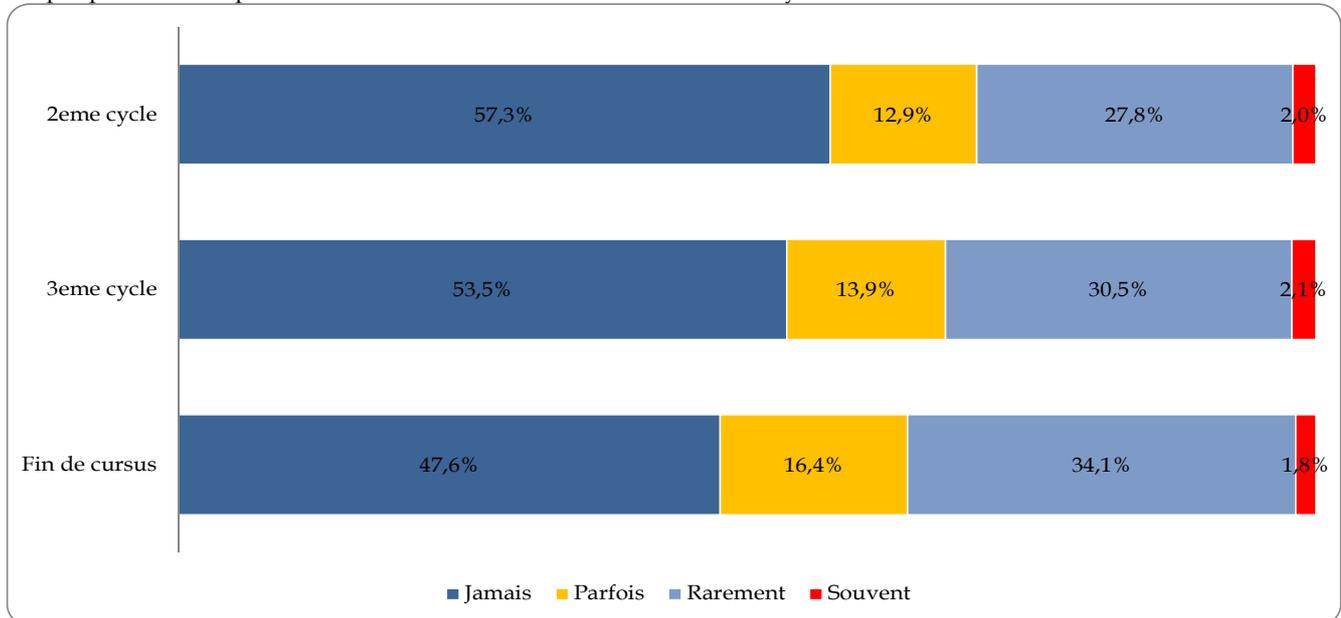
## Antibiotiques (N = 7765)

16,3% des participants ont répondu consommer souvent ou parfois des antibiotiques. On note une légère sur représentation chez les répondants en fin de cursus (cf. graphique n°55 : Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation).

Graphique n°54 : Fréquence de la consommation d'antibiotiques



Graphique n°55 : Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation



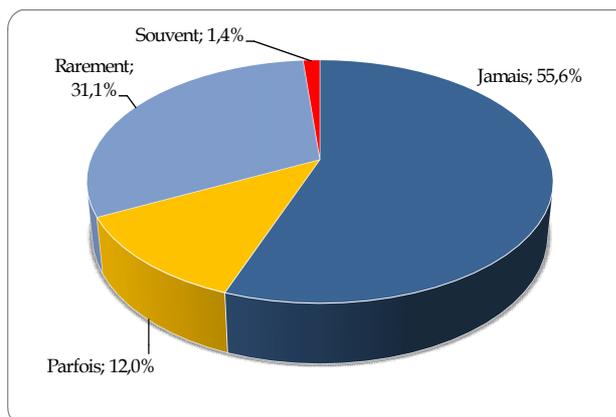
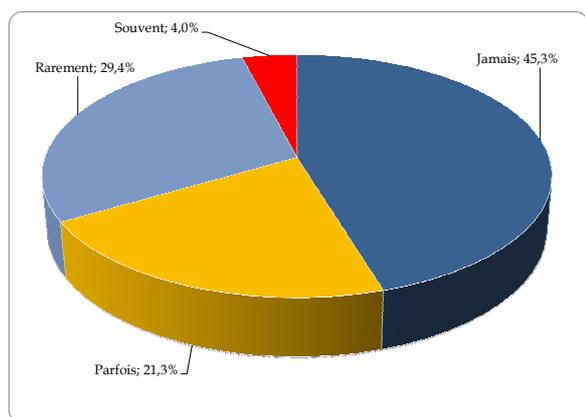
**Spécialités représentatives** : médecine générale (53,4%) ; anesthésie-réanimation/médecine interne (4,2%\*2) ; pédiatrie (3,9%) ; psychiatrie (2,9%) ; anatomie (2,4%).

La consommation d'antibiotiques est significativement représentative de l'auto évaluation de l'état de santé des répondants. Ainsi, les participants s'estimant être en « mauvaise ou moyenne santé » consomment nettement plus d'antibiotiques que ceux qui évaluent leur santé de façon « bonne ou excellente ». Par ailleurs, selon le niveau d'étude croisé à l'auto évaluation de son état de santé, on note sur représentation de la cohorte des fins de cursus : 31,2% ont déclaré consommer des antibiotiques (cf. graphique n°57 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation).

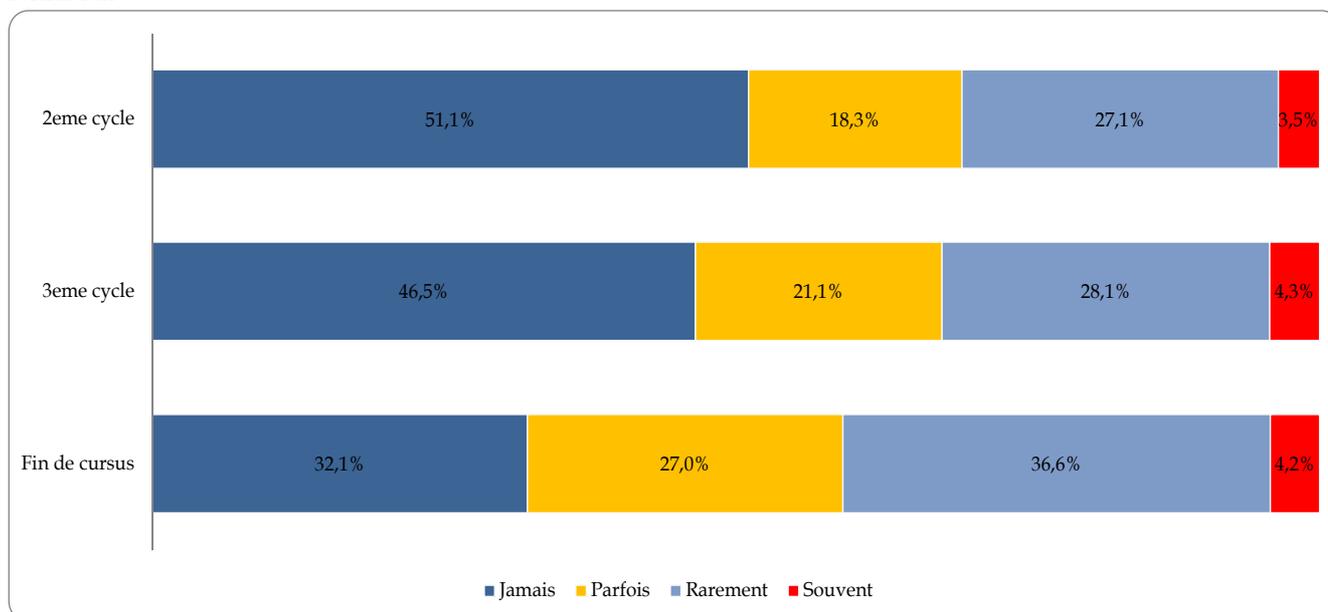
Graphique n°56 : Fréquence de la consommation selon la déclaration :

-Mauvaise ou moyenne santé

- Excellente ou bonne santé



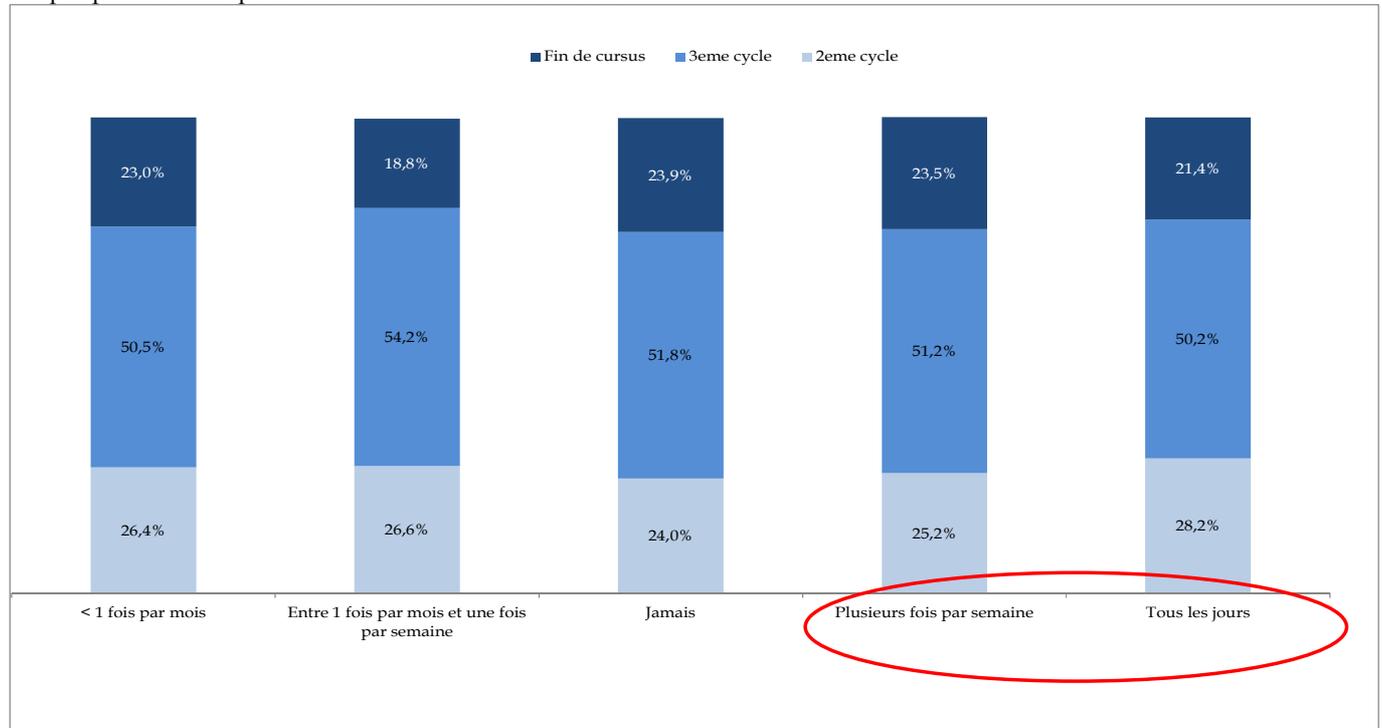
Graphique n°57 : Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation



## Tabac (N = 7765)

17% des participants ont répondu consommer du tabac tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

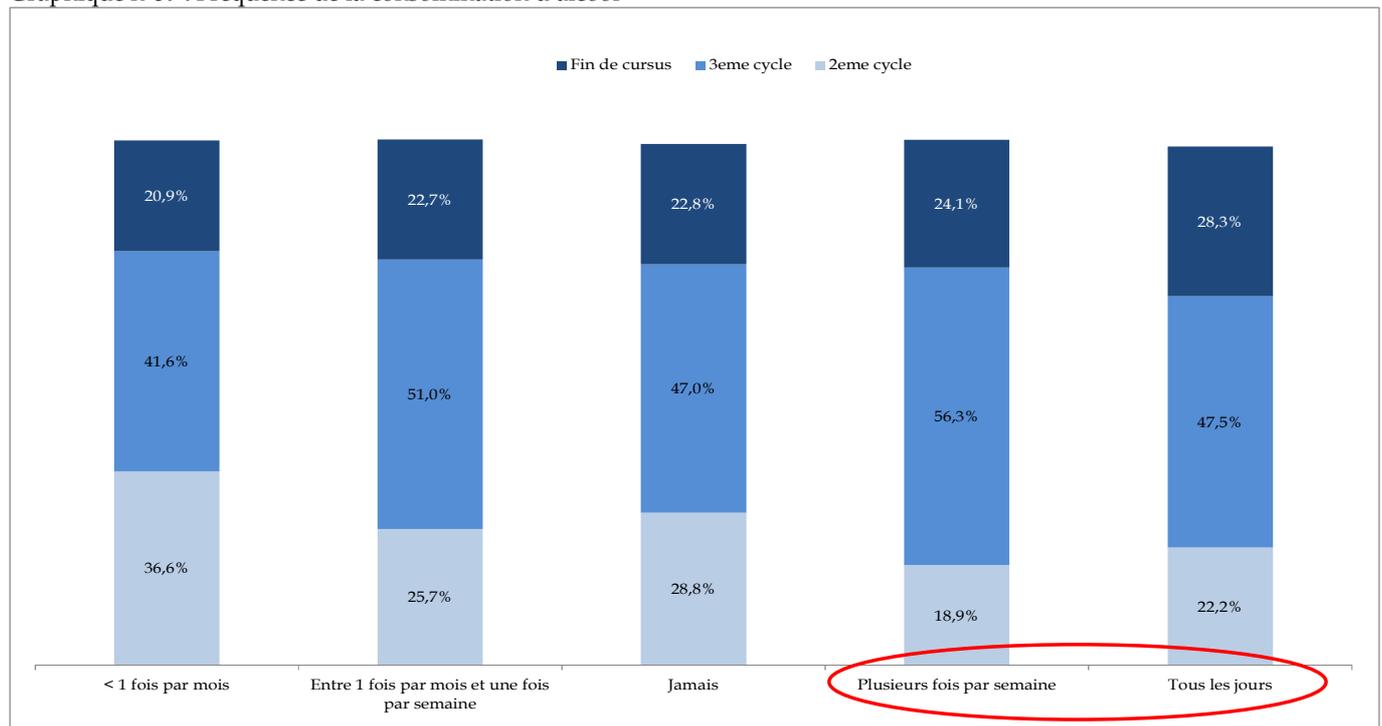
Graphique n°58 : Fréquence de la consommation de tabac



## Alcool (N = 7765)

33% des participants ont répondu consommer de l'alcool tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

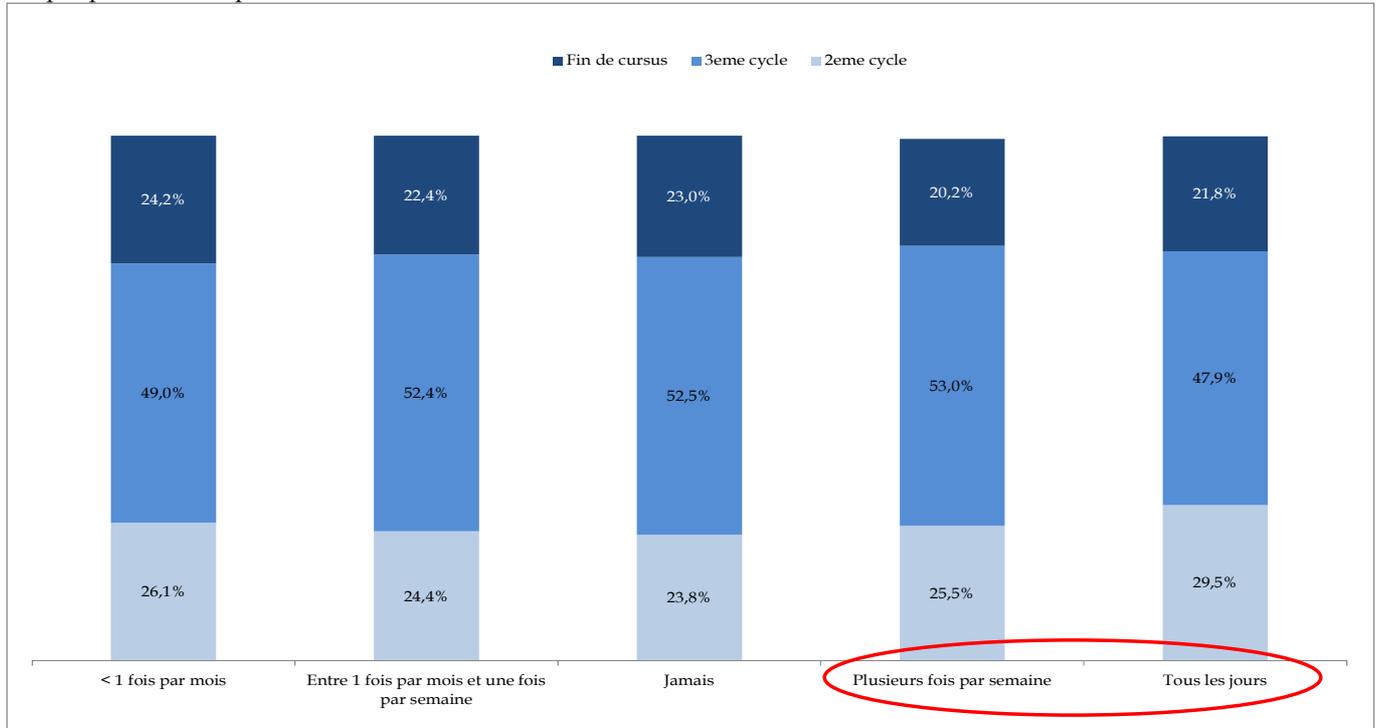
Graphique n°59 : Fréquence de la consommation d'alcool



## Médicaments (N = 7765)

14% des participants ont répondu consommer des médicaments tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

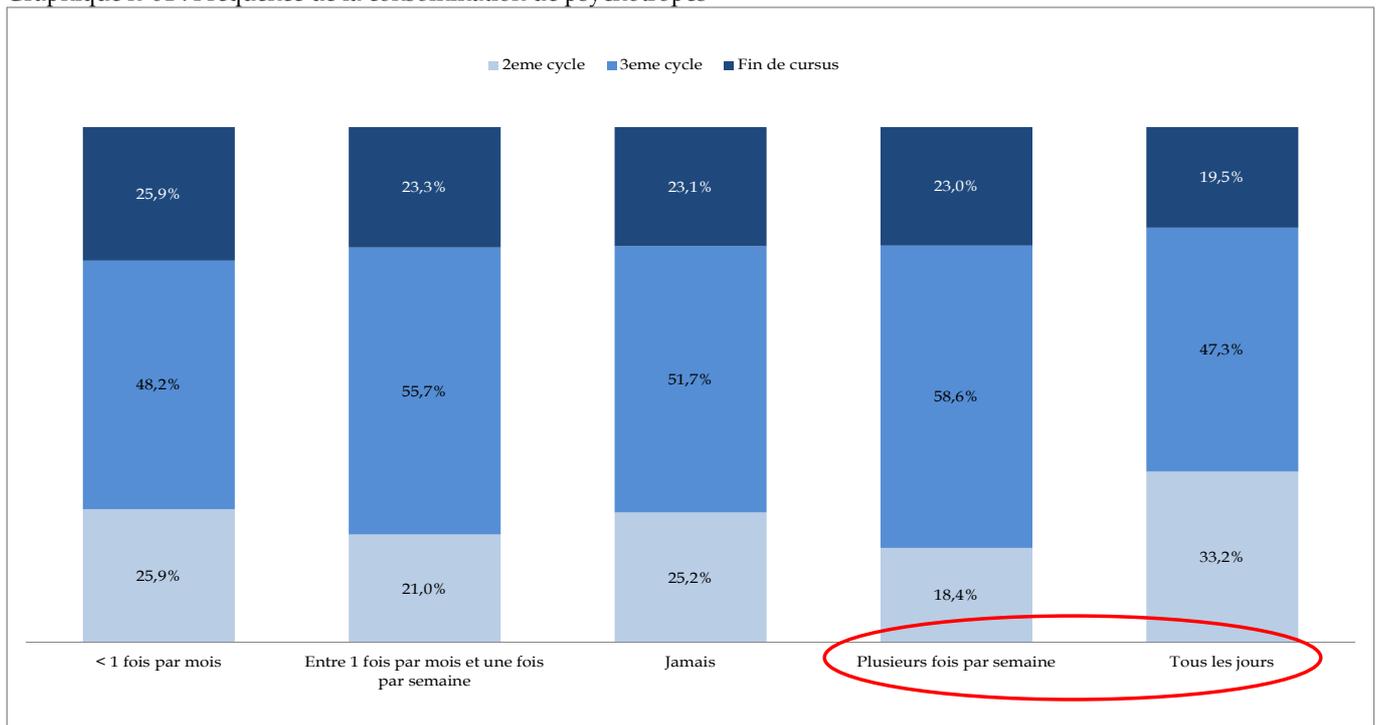
Graphique n°60 : Fréquence de la consommation de médicaments



## Psychotropes (N = 7765)

4% des participants ont répondu consommer des psychotropes tous les jours ou plusieurs fois par semaine.

Graphique n°61 : Fréquence de la consommation de psychotropes





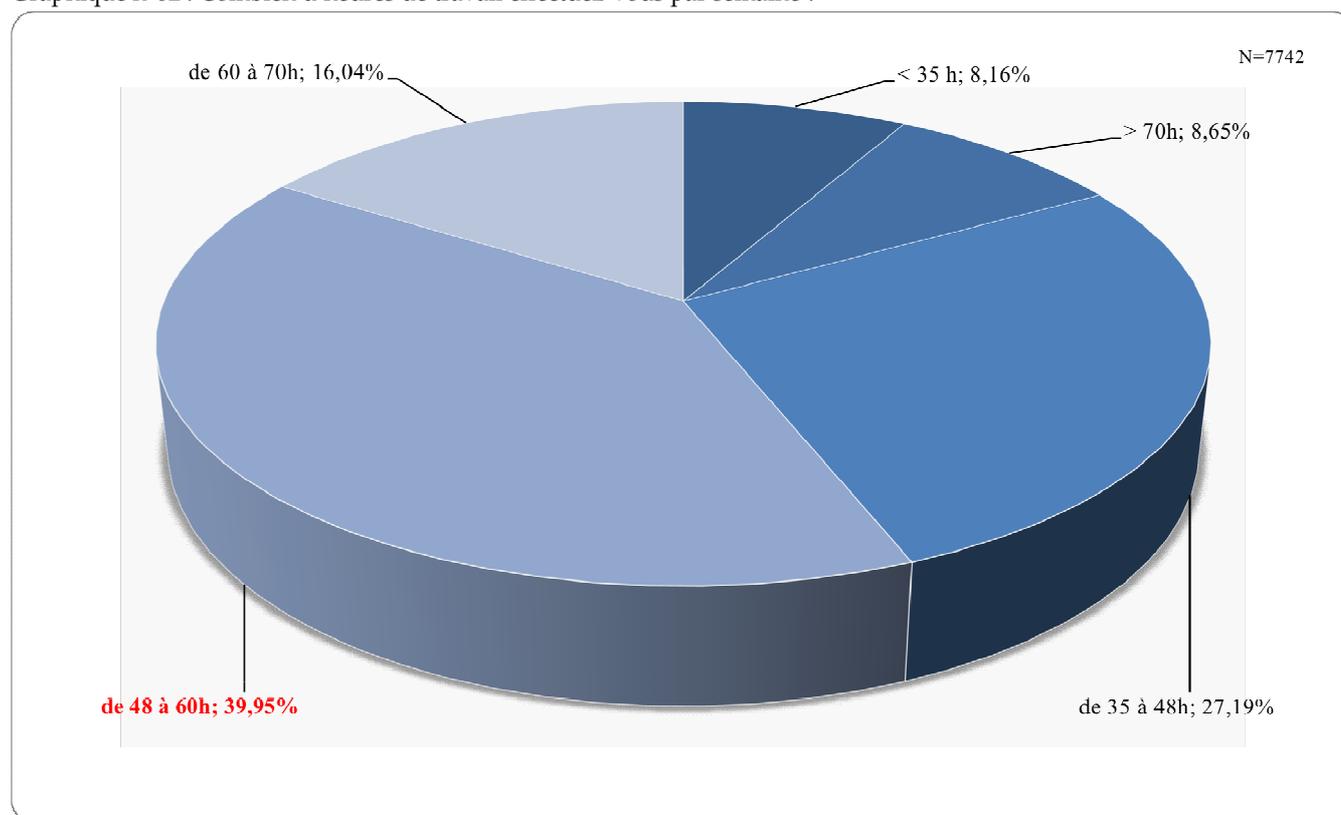
## V – Conditions de travail

---

40% des participants à l'enquête ont déclaré travailler entre 48h et 60h par semaine et 27% ont déclaré travailler entre 35h et 48h par semaine.

Pour rappel, le temps de travail des internes fait l'objet d'une Directive Européenne (cf J.O. du 26 fév. 2015, applicable au 1<sup>er</sup> mai 2015). Lors de son congrès annuel en 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a engagé un débat sur les conditions de travail.

Graphique n°62 : Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ?



88% des étudiants et jeunes médecins ont déclaré avoir été exposé à des situations stressantes lors des trois derniers mois.

## Actes du Congrès du CNOM d'octobre 2015

Cet atelier a porté sur les conditions de travail des internes français et la réglementation européenne, avec bien évidemment une polarisation récente et médiatisée du sujet sur le temps de travail des internes et l'application – tardive – du droit français au droit européen.

### LES GRANDES LIGNES

Une ancienne directive de base n° 93/104/CE du Conseil de l'Europe du 23/11/1993 a fixé les prescriptions minimales relatives au repos journalier, au temps de pause, au repos hebdomadaire, à la durée maximale hebdomadaire de travail, aux congés annuels et à la durée de travail de nuit (droit du travail en général). La durée hebdomadaire maximale de travail est fixée à 48 heures, y compris les heures supplémentaires.

Une clause de dérogation générale dite clause d'opt-out est ajoutée pour permettre de dépasser ce maximum de 48 heures, mais avec l'accord alors du travailleur (directive 2003/88/CE).

Le 10/09/2002, le décret n° 20021 149 transpose en droit français la directive n° 2000/34/CE du 22 juin 2000, décret modifiant le décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine.

En 2011, le SNPHAR (Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs) saisit la Commission européenne pour des griefs relatifs au temps de travail des médecins en formation (des internes) :

1. Le non-respect du droit d'opt-out : avis motivé de la Commission 09/2013, considérant que le médecin pouvait être contraint de réaliser un nombre d'heures supérieur à la limite des 48 heures et qu'il n'avait alors aucune protection contre son refus d'exercer des heures supplémentaires, dénonçant une définition imprécise des règles de mesure du temps de travail des médecins hospitaliers (flou dans leur comptabilisation).
2. L'absence de repos après une astreinte déplacée alors qu'une période de 11 heures consécutives par tranche de 24 heures est prévue par la directive.  
Avis motivé de la Commission de juin 2013, rappelant la réglementation nationale sur le respect des repos minimaux : un interne ne peut pas être mis dans l'obligation de garde pendant plus de 24 heures consécutives. Il bénéficie d'un repos de sécurité de 11 heures consécutives, devant être pris en compte après chaque garde de nuit et consistant en une interruption totale de toute activité hospitalière ou de formation universitaire (arrêté du 10/09/2002).

La Commission note que ni l'ancien texte ni aucune autre disposition législative avant le décret n° 2011-954 du 10/08/2011 ne fixaient de limite maximale aux heures hebdomadaires qui pouvaient être effectuées par un médecin en formation.

Le décret n° 2011-954 introduit une limite maximale de 48 heures en moyenne sur une période de 4 mois, mais s'appliquant exclusivement à une partie des heures travaillées, ne permettant pas de respecter la durée maximale du travail.

La Commission note que ni l'ancien texte ni aucune autre disposition législative avant le décret n° 2011-954 du 10/08/2011 ne fixaient de limite maximale aux heures hebdomadaires qui pouvaient être effectuées par un médecin en formation.

Le 28/03/2014, un avis motivé de la Commission européenne relève que plusieurs droits fondamentaux inscrits dans la directive « temps de travail » n'étaient pas respectés par la France dans l'organisation du temps de travail des internes.

En septembre 2012, une enquête de l'ISNI montre que le temps de travail hebdomadaire des internes dépasse 60 heures,

La situation a récemment évolué, avec un travail de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) avec les différents acteurs concernés après avis motivé de la CE du 28/08/2014, jusqu'au décret n° 2015-225 du 26/02/2015 relatif au temps de travail des internes,

Le décret du 26/02/2015, publié au *Journal officiel*, comporte des dispositions applicables au 01/05/2015. Il définit les obligations de service de l'interne :

- ✓ 8 demi-journées en stage;
- ✓ 2 demi-journées hors stage :
- ✓ 1 demi-journée de temps de formation, sous la responsabilité du coordonnateur de sa spécialité,
- ✓ 1 demi-journée de temps personnel de consolidation des connaissances et des compétences.

L'interne bénéficie de façon immédiate d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde et à l'issue du dernier déplacement survenu pendant une période d'astreinte.

Un tableau de service nominatif prévisionnel (élaboré par le praticien responsable de l'entité d'accueil et le coordonnateur de la spécialité) organise le temps de travail des internes. Le tableau est arrêté mensuellement par le directeur de la structure d'accueil ou du CHU de rattachement. Un relevé trimestriel de la réalisation des obligations est mis à la disposition de l'interne. La demi-journée de temps personnel est comptabilisée dans les obligations de service de l'interne.

La formation en stage (8 demi-journées) et la formation hors stage (la demi-journée de temps de formation) ne peuvent excéder 48 heures par période de 7 jours lissées sur le trimestre. Une période de nuit égale 2 demi-journées. En ce qui concerne l'accomplissement des obligations de service, la récupération se fait au cours du trimestre. En cas de désaccord, deux niveaux de recours sont possibles :

- ✓ la saisine par l'interne du directeur de sa structure d'accueil ou du responsable de son stage extra-hospitalier, le directeur de l'UER et le président de la CME de la structure d'accueil;
- ✓ si désaccord persistant, l'interne peut saisir le directeur général de l'ARS. En cas de difficulté d'application au sein d'un service agréé, les représentants des internes de la CME de l'établissement peuvent saisir le directeur général de l'ARS pour un réexamen de l'agrément du service. La sanction possible est un retrait de l'agrément.

Six mois après l'application théorique du décret, où en est-on ? Aspects positifs et négatifs d'un tel décret.

## RÉACTIONS PARMI LES INTERVENANTS

- Étonnant manque de réactivité de la part de certains hôpitaux après la sortie du décret, compte tenu déjà de l'ancienneté de la problématique qui est ainsi arrivée à son terme. Meilleur équilibre de vie ainsi permis aux internes. Sanctuarisation des temps de formation, aspect bien sûr positif (M. BACON).

- Nécessité pour une bonne formation initiale de voir le maximum de malades pendant l'internat avec risque sinon d'une expérience clinique insuffisante (M. LENGLET) et de problèmes quant à la continuité des soins dans le service avec ainsi la perspective regrettable de n'être présent que 3 jours par semaine dans un service hospitalier puisque l'on doit également intégrer dans le calcul de travail les gardes.
- Intérêt de ce décret pour la prévention des risques psycho-sociaux des internes mais impact dans la formation et le fonctionnement des services qui ont une activité de gardes importante, tels les services de chirurgie orthopédiques où l'application du décret risque de détourner les internes d'un temps nécessaire de formation pour la chirurgie réglée (par opposition à l'activité de traumatologie, celle de la garde). Facilitation en revanche de la formation des internes compte tenu de l'identification de la demi-journée prévue à cet effet (M. BOUKEBOUS).

**Au-delà du temps de travail, le débat est ensuite élargi aux autres conditions de travail et de formation des internes.**

- Le contenu de la formation des internes
- Le burn-out des internes, leur solitude – L'interne, tâcheron ou médecin en formation?
- La forte demande d'un véritable compagnonnage de l'interne, obligation déontologique.

Ainsi, quelques interventions (qui ne se veulent pas exhaustives dans leur relevé, certaines d'entre elles étant proches dans leur contenu) :

- M. LENGLET hiatus en ce qui concerne la médecine générale tout au moins entre l'internat dans sa fonction actuelle et la nécessité de formation en ambulatoire.
- M. LENGLET : nécessité d'une formation au lit du malade, M. LENGLET s'opposant ainsi à l'idée que la formation théorique serait plus importante. Problème de l'application des réglementations du travail au cas tel que souligné des internes en chirurgie. Les chirurgiens de garde de nuit recrutent pour leur programme du lendemain. Les internes en chirurgie sont donc plutôt défavorables au repos de sécurité car ils souhaitent opérer le malade ainsi recruté la nuit précédente ;
- M. BACON : effort des enseignants en médecine générale dans la mise en place de référentiels, d'évaluations des compétences...

## PROBLÉMATIQUES SOULEVÉES PAR LA SALLE

- Souffrances des internes et chefs de cliniques, dont la plupart sont en burn-out avec majoration par ailleurs du taux d'erreurs médicales.
- Veiller à la santé des soignants et à leur condition de vie actuelle : nécessité de faire des propositions aux pouvoirs publics.
- M. LENGLET : malaise profond de la profession médicale qui n'est pas exclusivement lié au temps de travail. Problème de considération du métier, problème de glissement des tâches du médecin, problème du changement des patients eux-mêmes quant à la demande de disponibilité qu'ils ont vis-à-vis du corps médical, problème de consommation de services des urgences, y compris en milieu de nuit. Orientation économique et financière des hôpitaux avec la logique comptable de la T2A (tarification à l'activité).
- Impression des internes de faire des tâches davantage que d'être formés.
- Inadéquation actuelle entre le nombre d'internes en médecine générale et le nombre de postes d'universitaires dans la spécialité : problème de l'inadéquation à 107 % entre le nombre d'internes soumis aux choix des stages de thèse de médecine générale et le nombre de postes offerts (par décret, depuis le 01/05/2015, surplus de 7 % du nombre de postes soumis aux choix) : problème de la vacance de postes notamment dans des centres hospitaliers ruraux et/ou périphériques, avec l'effet pervers de la mesure et surcharge de travail dans les centres hospitaliers ainsi peu choisis.
- L'obligation déontologique d'encadrer les médecins en formation (à savoir les internes), futurs confrères est largement rappelée.
- Problèmes de la formation des futurs médecins généralistes en CHU, le CHU n'étant pas en demande d'internes en médecine générale (M. LENGLET). Peu d'intérêt pour des services recevant des pathologies très spécifiques d'avoir un interne en médecine générale, les médecins en poste étant des spécialistes, voire des sur-spécialistes. « *Le système universitaire et les ordonnances Debré sont faits pour des médecins qui ne sont pas des généralistes; je crois que le problème de la formation et le problème du mal-être des collègues médecins généralistes à l'hôpital viennent de là car l'hôpital en fait n'en veut pas* » (M. LENGLET).
- Nécessité de nommer davantage d'universitaires pour la médecine générale.
- Hiatus entre les centres hospitaliers périphériques qui font l'effort pédagogique de former les internes en médecine générale mais dont on supprimerait des postes d'internes, et les CHU à hauteur pédagogique variable pour le DES de médecine générale.
- Problème du transport durant les stages en ambulatoires
- Le compagnonnage vis-à-vis des internes est capital, items repris par plusieurs intervenants de l'assistance.
- Problème aussi des internes pour assurer parfois leur charge de parents et de se loger avec le coût des loyers en ville de CHU et la nécessité de faire des gardes pour compléter leurs revenus, poussant certains internes à travailler bien au-delà des 48 heures (jusqu'à 90 heures I).
- Solitude de l'interne vis-à-vis de situations cliniques difficiles en service, telles que les fins de vie, notamment des thérapeutiques sédatives (HYPNOVEL), sans senior parfois présent dans le service.
- Propos sexistes vis-à-vis des internes femmes, avec freins possibles dans leur carrière en cas de protestations de celles-ci? Quel signalement faire?
- Nécessité de la médecine générale ambulatoire et libérale de se donner les moyens de former les internes en médecine générale.

- Les internes étaient auparavant moins nombreux : doublement en, 15 ans de l'effectif des internes sans amélioration de l'encadrement.
- Intégrer dans la réflexion la qualité de formation et la qualité de travail à l'hôpital de l'interne avec les capacités de formation.
- Incompréhension du devoir du senior vis-à-vis du junior et la dimension pédagogique du senior doit être prise en compte par le senior.
- Les internes, ressource ou charge? Interrogation débattue lors de plusieurs échanges entre intervenants et salle.

## CONCLUSION

Et ce qui pourrait être une conclusion en des temps unanimement reconnus comme difficiles dans le monde de la santé : le malaise des internes n'est pas déconnecté du malaise de la profession médicale dans sa globalité (M. LENGLET). Actuellement, « on nous demande de plus en plus de glissement de tâches, de plus en plus d'administratif, de plus en plus d'activités, de moins en moins de soins, de moins en moins de qualité de soins, et c'est cela la réalité. Ce malaise n'est pas propre aux jeunes, il est global dans la profession. »

Le modérateur remercie chacun des intervenants de la qualité du débat.

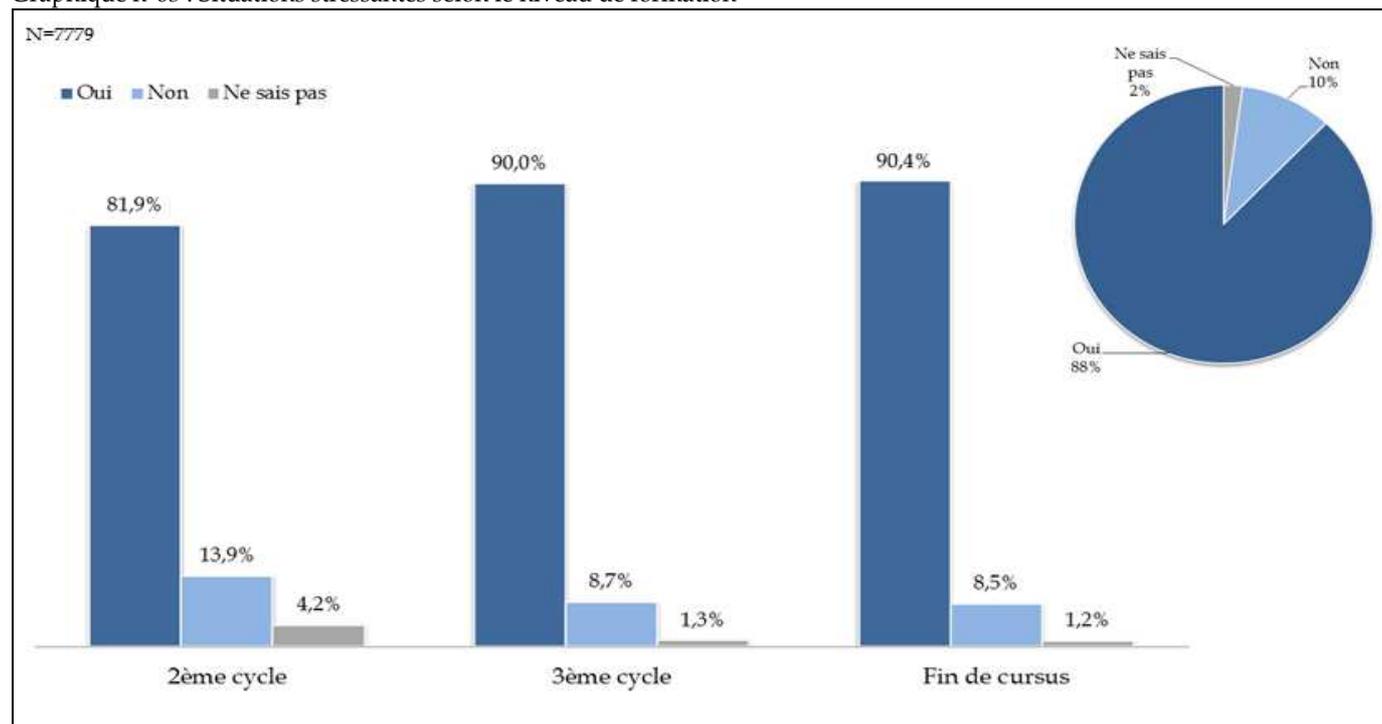
Les participants à l'enquête ayant répondu travailler plus ou moins de 48 heures évaluent différemment leur santé selon les cycles de formation.

Le lien entre le temps de travail et la qualité de l'état de santé est puissant, quelques soient les cohortes examinées.

Tableau n°6 : Évaluation de l'état de santé selon les nombres d'heures travaillées et le cycle de formation

	< 48h de travail	>= 48 h de travail
<b>Fin de cursus</b>	<b>44%</b>	<b>56%</b>
Bonne	46%	54%
Excellente	53%	47%
Mauvaise	26%	74%
Moyenne	26%	74%
<b>3<sup>ème</sup> cycle</b>	<b>28%</b>	<b>72%</b>
Bonne	30%	70%
Excellente	38%	62%
Mauvaise	14%	86%
Moyenne	19%	81%
<b>2<sup>ème</sup> cycle</b>	<b>42%</b>	<b>58%</b>
Bonne	43%	57%
Excellente	55%	45%
Mauvaise	34%	66%
Moyenne	34%	66%

Graphique n°63 : Situations stressantes selon le niveau de formation



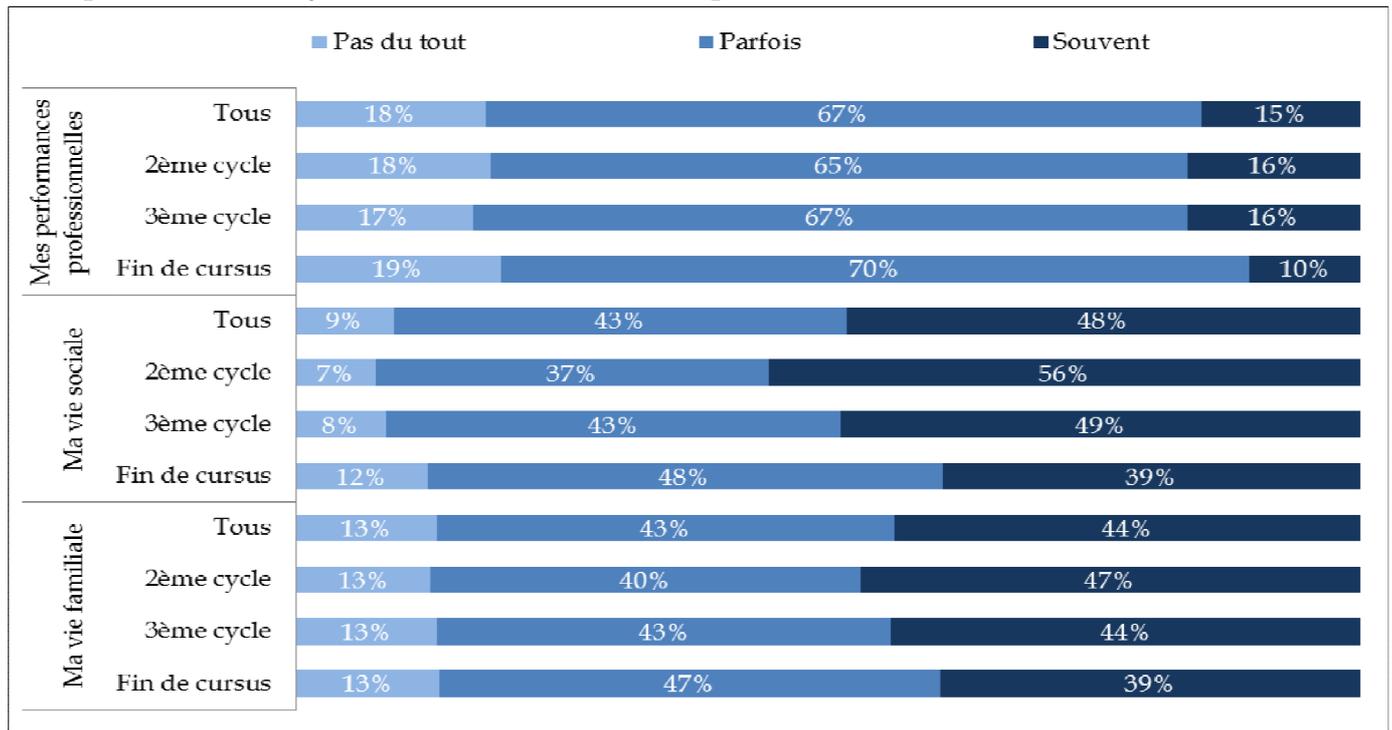
Quel que soit le niveau de formation, les situations stressantes se présentent chaque semaine. Dans un souci de présentation et de rapidité de réponse à l'enquête par e-mailing, rappelons que la situation dite stressante n'a pas été définie.

Tableau n°7 : Fréquence des situations stressantes

	Tous	2ème cycle	3ème cycle	Fin de cursus
Quotidiennement	14,3%	15,0%	14,4%	14,2%
<b>Hebdomadairement</b>	<b>50,5%</b>	<b>47,6%</b>	<b>51,3%</b>	<b>51,5%</b>
Bi-mensuellement	17,9%	17,1%	18,1%	18,4%
Mensuellement	12,8%	15,0%	12,3%	11,4%
Trimestriellement	4,4%	5,3%	3,9%	4,5%

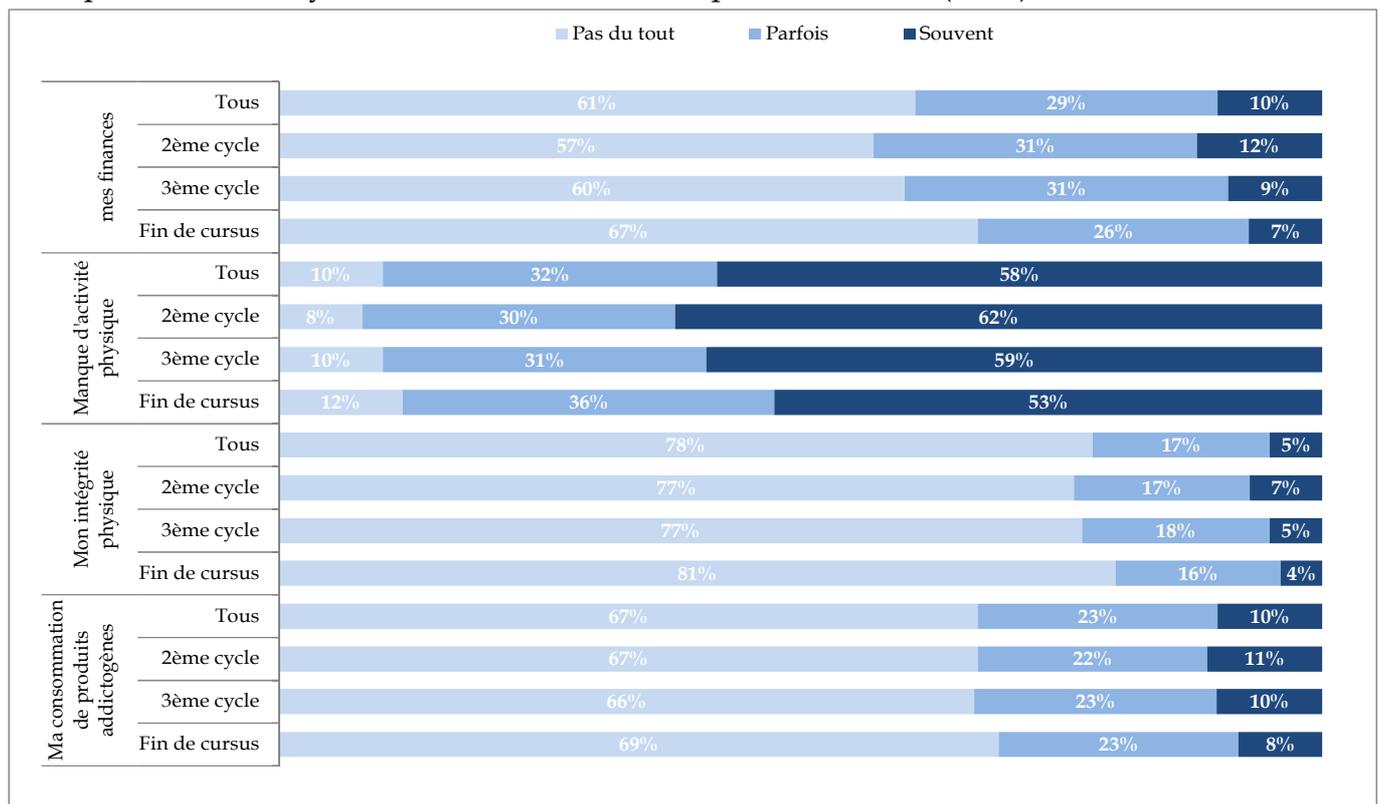


À la question, votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur :



À noter ainsi un fort clivage entre un net retentissement sur les vies familiale et sociale d'une part, et d'autre part les performances professionnelles, encore déclarées comme préservées le plus souvent.

À la question, votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur (suite) :

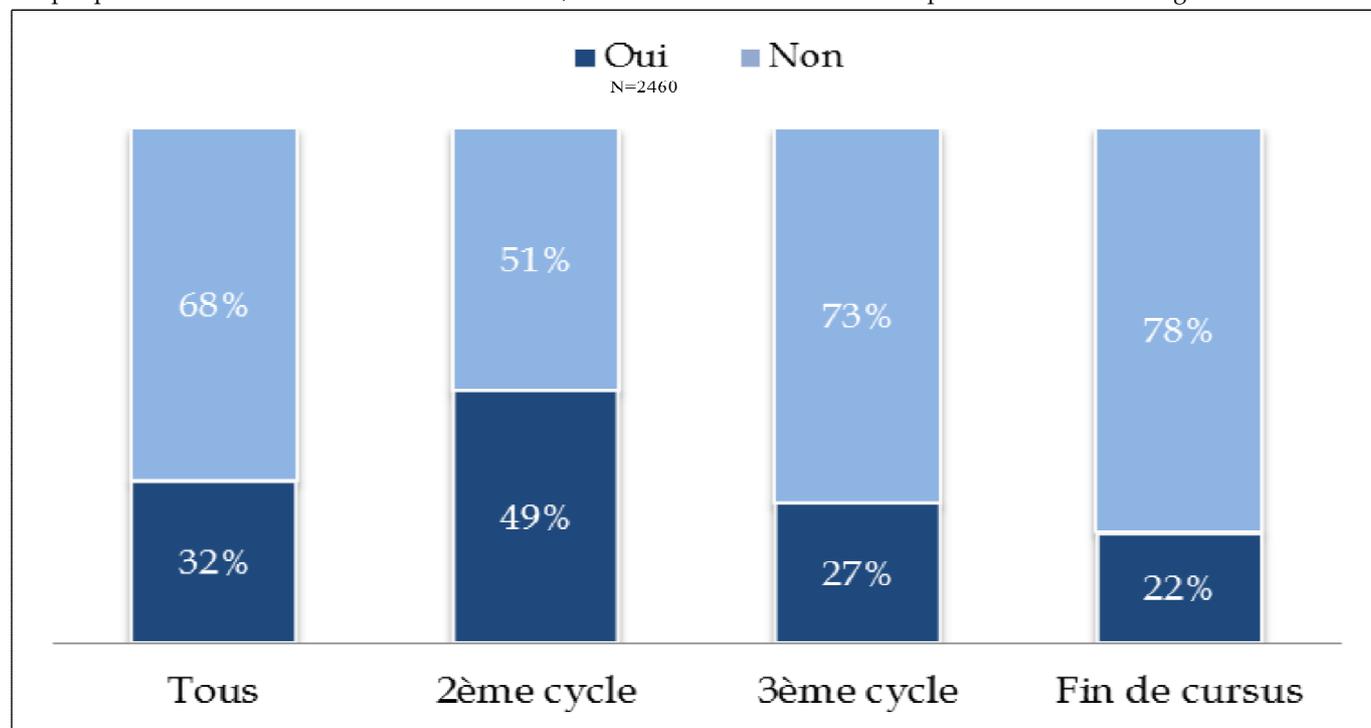




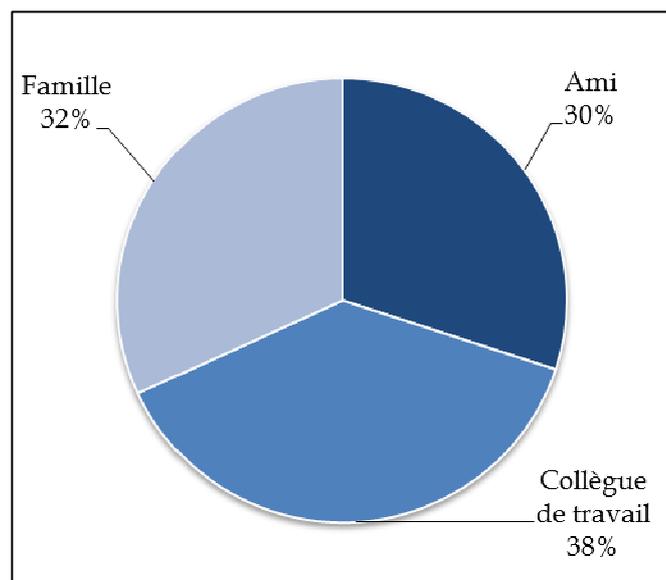
## VI – Accès aux soins

« Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin spécialiste en médecine générale ? », seul un tiers des participants a répondu à la question.

Graphique n°64 : Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin spécialiste en médecine générale ?



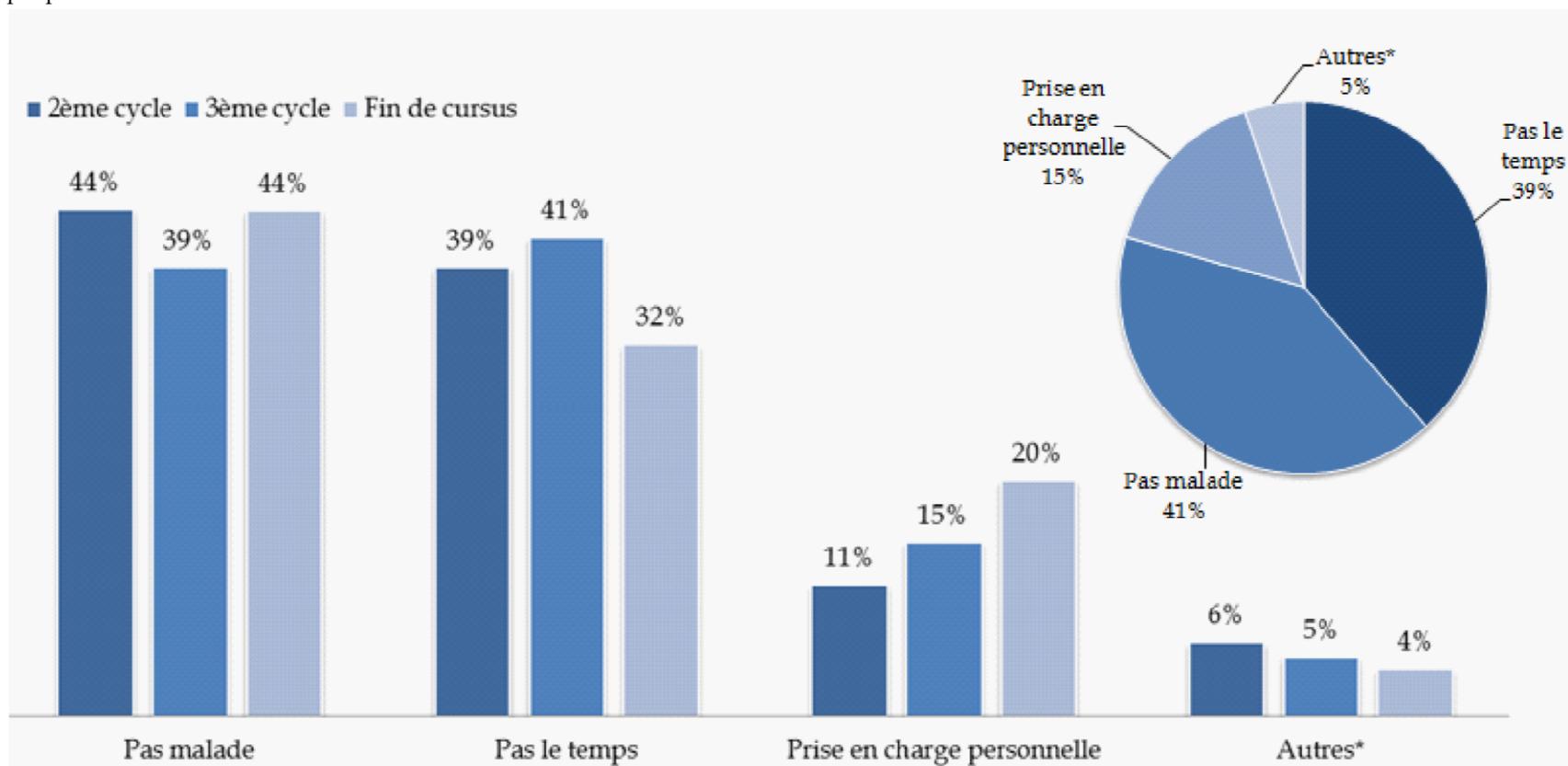
Graphique n°65 : Ce médecin généraliste était :



38% ont consulté un collègue de travail ; 32% un membre de la famille et 30% un ami.



Graphique n°66 : Motifs de non consultation



Autres*	Tous	2ème cycle	3ème cycle	Fin de cursus
Délai trop long	1,8%	2,1%	1,8%	0,9%
Pas les moyens financiers	0,9%	1,5%	0,7%	0,5%
Pas de médecin à proximité	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%
Autre	0,3%	2,1%	2,0%	2,2%

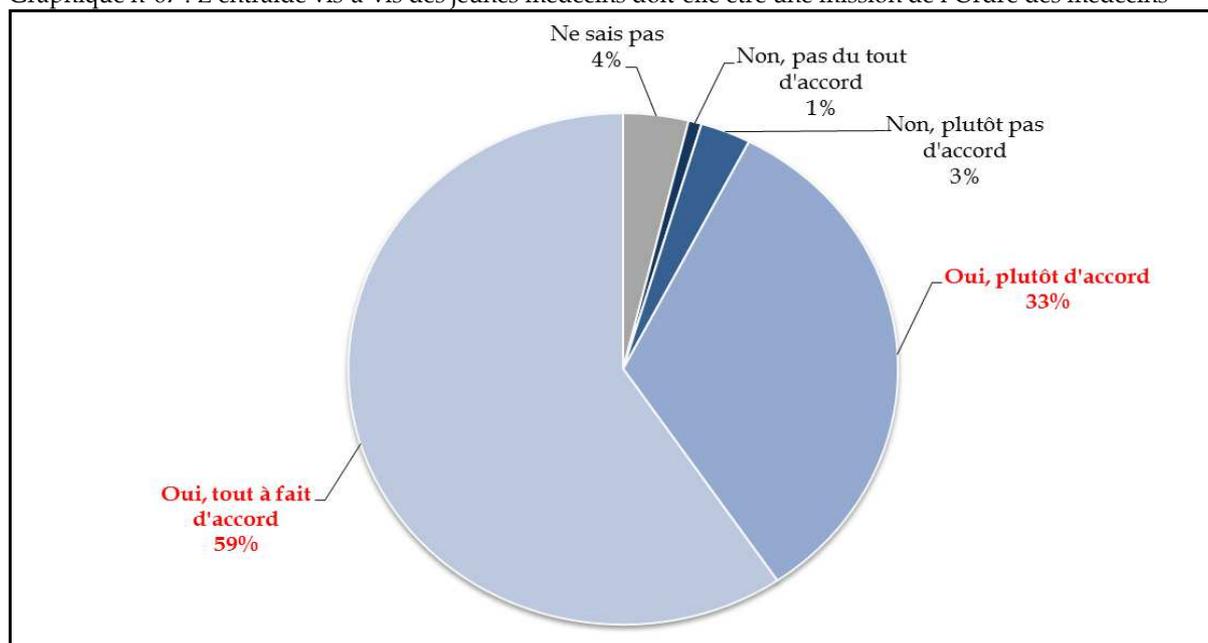


## VII - L'entraide

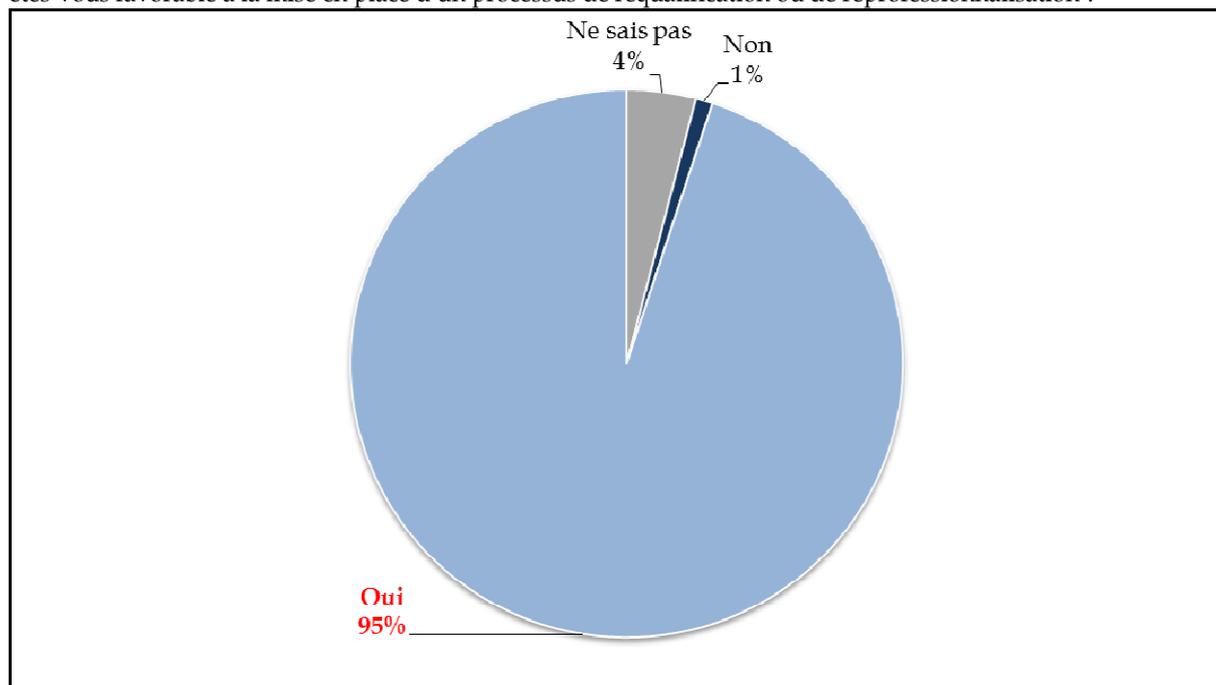
À la question, l'entraide vis-à-vis des jeunes médecins doit-elle être une mission de l'Ordre des médecins ?

Quasi exclusivement, tous les participants à l'enquête ont répondu favorablement que l'entraide doit être une mission de l'ordre des médecins vis-à-vis des étudiants, des internes non-inscrits au tableau de l'ordre.

Graphique n°67 : L'entraide vis-à-vis des jeunes médecins doit-elle être une mission de l'Ordre des médecins



Graphique n°68 : En cas d'incapacité à exercer la profession et/ou la spécialité vers laquelle l'étudiant et/ou l'interne se destine, êtes-vous favorable à la mise en place d'un processus de requalification ou de reprofessionnalisation ?





## VIII – Démocratie sanitaire... La parole des répondants !

---

De très nombreux répondants ont laissé libre cours à l'expression qui leur était offerte à l'issue du questionnaire. Deux cents pages de rapport auraient été nécessaires pour reproduire tous ces témoignages ; néanmoins il nous est apparu éclairant au débat de reprendre in extenso certains d'entre eux.

La première chose à faire ce serait d'arrêter ce système foireux de l'ECN qui ne vise qu'à mettre les jeunes médecins en compétition quitte à ce qu'elle soit mesquine et déloyale, voire inhumaine, tout en prétextant que la sélection est nécessaire de cette façon au détriment du relationnel inter-collègue, de la qualité de vie des médecins et au final du soin des patients.

C'est une honte de traiter ainsi les étudiants en médecine, et après de s'étonner qu'il y a autant de burn out, de suicides et autres troubles psychologiques. Dans les pays voisins il n'existe pas de sélection aussi délirante qu'en France et les médecins y ont un meilleur état psychologique.

Je suis tombé en dépression avant et après avoir passé l'ECN 2011 lors duquel je me souviens avoir cartonné un certain sujet de LCA, que les organisateurs ont annulé 3 minutes avant la fin de l'épreuve de 3h, répétant alors l'examen 2 semaines plus tard, quand les étudiants qui n'avaient pas bossé cette matière avaient eu alors tout le temps pour la travailler, remettant complètement en cause la validité de la "sélection à la française"...

Au lieu d'économiser de l'argent sur les examens en en altérant la qualité, nous ferions mieux d'adapter un contrôle continu et un investissement dans un master de spécialité, avec évaluation des qualités humaines (et techniques pour la chirurgie), au lieu de cette compétition épuisante qui n'a de cesse de détruire un grand nombre d'étudiants chaque année. Ça ferait économiser probablement davantage en psychotropes, consultations d'addictologie, psychiatres, psychologues, arrêts de travail...

La réforme des 48h pour les internes est une utopie. On fera mieux de se faire payer à l'heure ou revaloriser les salaires. Notre salaire d'interne est une honte, même si on faisait vraiment 48h (ce qui n'est déjà largement pas le cas), nous sommes en dessous du smic des 35h!!

C'est d'autant plus important que nous sommes malheureusement dans une société où le respect est souvent proportionnel au salaire. Quelqu'un de mal payé est souvent dévalorisé quel que soit ce qu'il fait et son investissement. Comme si c'était le signe que finalement il ne vaut rien car sinon il serait plus payé.

C'est d'autant plus important que nous sommes malheureusement dans une société où le respect est souvent proportionnel au salaire. Quelqu'un de mal payé est souvent dévalorisé quel que soit ce qu'il fait et son investissement. Comme si c'était le signe que finalement il ne vaut rien car sinon il serait plus payé.

On devrait proposer un vrai suivi de médecine du travail, voire nous interdire de nous auto prescrire des examens / médicaments. Souvent on n'ose pas prendre rdv avec des confrères, et on est mal suivis, mal soignés. On s'auto prescrit des examens, car angoissés (normal, on s'imagine tout ce qu'on pourrait réellement avoir). Or je pense que c'est comme "soigner sa famille" : déconseillé.

Les conditions de travail sont dures aussi ben physiquement que moralement.

Lors de mon internat le rythme était beaucoup plus intense par rapport à mon emploi du temps actuel qui ne reflète absolument les années précédentes!!!

Je suis tout à fait favorable à la mise en place d'aide pour les jeunes internes qui sont "éjectés" de leur spécialité par leur patron ou coordonnateur. Ils sont livrés à eux-mêmes et ne bénéficient d'aucune aide pour se reconverter vers une autre spécialité qu'ils n'ont pas choisi.

Je trouve de plus en plus honteux la manière dont les internes et assistants spécialistes sont traités notamment quant à leur salaire horaire. La réforme des 48h de travail hebdomadaire n'est absolument pas appliquée en ce qui me concerne.

Le temps de travail hebdomadaire et le temps de trajet quotidien changent tous les 6 mois donc les réponses ne sont pas toujours représentatives de l'ensemble des stages d'internat.

Je suis en fin d'internat, en année recherche, je ne suis pas financée, donc je dois faire beaucoup de gardes en plus du laboratoire.

Maxime était de ma promotion, nous sommes tous tristes et fatigués; on entend tous les jours nos chefs nous répéter que ça a toujours été comme ça, et que c'est le jeu, que si nous nous plaignons nous sommes faignants... Qu'il faut toujours plus, le master 2, la thèse de science, les DIU... Nos vies privées passent après. A l'hôpital on parle des pédiatres généralistes en cabinet comme des ratés... C'est épuisant. Et il faut attendre que notre ami commette l'irréparable pour que tout le monde s'inquiète de nous.... Je suis blasée par ce système.

Je connais actuellement une situation particulière: médecin généraliste non thésée, pas de cotisation à la carmf, pas encore de prévoyance car très flou et beaucoup de temps nécessaire pour éplucher les contrats pas vraiment adaptés à ma situation. Du coup je fais 45 min au moins de route, presque tous les jours, sans prévoyance... situation anxigène. Par ailleurs un cours à rattraper à la fac (d'il y a 2 ans!) Auquel je n'avais pu assister car je travaillais aux urgences à Dax et devais aller en cours sur mes repos de garde à Bayonne ou Mont de Marsan... (!!!) J'avais choisi de ne pas prendre la route ce jour-là car trop fatiguée et personne pour m'y amener. Aujourd'hui je me retrouve à avoir "fini" mon internat mais pas validé mon DES pour une raison absurde... c'est moralement épuisant, à bientôt 30 ans.

Malheureusement ces problèmes de charge de travail (consultations et aussi travail universitaire en parallèle) de l'insatisfaction de soi et aussi du dénigrement de la population qui vient consulter, du stress de l'administratif (Urssaf et autre) qui est constamment présent (il faut le dire, nous ne sommes pas aidés) nous le ressentons tous les jours (favorisé par tout ce qu'on

voit à la télé contre les médecins). Ils ne sont pas positifs pour le moral et font en sorte qu'on se dirige vers des carrières professionnelles inattendues pour essayer de "s'auto - sauver" ... (Notamment salariat ou autre).

Les nouvelles lois applicables à nos conditions de travail ne sont jamais appliquées. On a beau être interne donc avoir un statut d'étudiant, on fait quand même tourner l'hôpital et ce au détriment d'une vraie pause repas ou d'un nombre d'heure de sommeil acceptable. Lorsque l'on fait notre thèse c'est encore pire. Les repos de garde ne sont JAMAIS RESPECTÉS. Et pourtant on se déclare en récupération mais tout ça est complètement faux (uniquement pour ne pas avoir les administratifs sur le dos). Il y a une énorme différence de traitement du personnel médical et paramédical, et ce n'est pas toujours franchement évident d'expliquer à une infirmière qui ne travaille même pas huit heures par jour que nous sommes à bout et qu'il serait de bon ton de nous laisser dormir plutôt que d'être obligé de se relever en pleine nuit (3h-4h du matin) pour un problème de prescription informatique. Ce système de gestion du personnel hospitalier n'est plus adapté à notre époque. Les externes en 2016 sont très vindicatifs et ne se laisseront plus faire comme nous ou nos prédécesseurs. On peut prévoir une grosse charge de travail future pour les ACC car les futurs internes ne seront pas aussi dociles dans les années à venir !!!

Il paraît absurde de faire plus de 9 ans d'études sans pouvoir choisir sa spécialité. Et une requalification ou surqualification devrait être possible et même encouragée pour améliorer notre formation.

Externes et jeunes internes très exposés aux situations stressantes et aucune prise en charge psychologique ou suivi.

Les seniors sont peu disponibles ou souvent minimisent l'impact de ces situations (fin de vie, agression verbale, urgences...).

Réel intérêt (à mon avis) d'imposer dans le cursus, des réunions en petits groupes (2\*/an par exemple) ou une consultation avec psychologue pour parler et exorciser les situations rencontrées. Cela permettrait de repérer les étudiants en danger car il est très facile de s'isoler pendant les études de médecine générale.

Rythme internat lourd, salle souvent à la charge seule de l'interne. Pression pour le post internat croissante compte tenu de la diminution du nombre de postes. Vie familiale difficile avec horaire et déménagement fréquent. Pas de temps de formation.

La difficulté semble être dans l'exigence que requière la formation médicale; réussir à assurer l'apprentissage clinique avec son volume horaire quotidien et l'apprentissage théorique tout en pratiquant quelques-uns de nos hobby.

Le plus difficile à gérer au quotidien:

- le manque de moyens médicaux et paramédicaux du fait des politiques de restriction budgétaire, nous

amenant à moins bien voire à mal soigner nos patients (manque de lit, manque de personnel, pression pour faire diminuer les temps de séjour...)

- les aberrations et inadéquations entre le manque de personnel médical se faisant sentir au quotidien et l'absence complète de postes pour les internes en formation et cela du fait de la toute-puissance des ARS. En avant dernier semestre actuellement, je n'ai aucune visibilité d'emploi dans le secteur publique ou alors à plus d'1h de route et pour un salaire de 2000E... et cela malgré toute la bonne volonté et la motivation que l'on peut avoir. on est des numéros, des bouches trous et c'est insupportable d'être traité comme ça! Ça donne envie de claquer la porte du publique et de partir dans le privé...

- incompétences et dysfonctionnement de certains services alors que l'on est dans un CHU, délais d'examen ou de compte rendu extrêmement longs, non motivation ou mauvaise foi de certaines personnes (médicales, paramédicales, secrétaires) et le fait que l'on tape systématiquement (surtout par les universitaires) sur les internes alors que certains chefs en place n'en foutent pas une...

Bref, j'ai peur du chômage ou de devoir quitter toute la vie que j'ai construite ici (mari, enfant, construction de maison, amis, famille) ou de devoir aller dans le privé alors qu'au fond il y a des besoins sur place mais non reconnus par l'ARS et les directeurs d'hosto...

Nous ne sommes pas reconnus à notre juste valeur. Nous travaillons entre 50 h et 60h par semaine avec les gardes. Nous ne comptons pas en plus les heures de travail personnel (mémoire, thèse, cours dans le service, GEP, révisions, articles...). Notre salaire est insuffisant pour le travail effectué (bac +9 et plus). Une garde est payée 119 euros brut, (18h30 -->8h30), soit 8,55 euros brut l'heure, même pas le smic...Nous mettons notre vie sociale depuis l'externat entre parenthèse. Nous avons de la pression en lien avec nos responsabilités et notre charge de travail gargantuesque mais nous n'avons pas le droit de craquer.

Il faut à tout prix appliquer les réformes du temps de travail des internes (nombre de demi-journée), quantité d'heure maximum par semaine, surtout appliquer les contrôles la dessus, quitte à faire "pointer" les internes.

Nos horaires sont épouvantables, avec une reconnaissance proche du néant. Nos chefs ont le syndrome des enfants battus, et ne comprennent pas ce que nous vivons, car ils sont passés par là, "ce qui ne tue pas rend plus fort". Il arrive fréquemment que je pense à tout arrêter.

Les avancées récentes sur le temps de travail des internes ne sont encore pas appliquées partout (réa, urgences ...) et même quand des lois sortent pour aller dans le bon sens (travail aux urgences 39h + temps non cliniques), les établissements hospitaliers ne se pressent pas du tout pour les appliquer ...

Création de passerelles dès le 2ème cycle pour les externes et d'un vrai diplôme qualifiant pour les internes qui souhaitent se réorienter. A l'heure actuelle, envisager de ne plus être externe ou interne, c'est perdre les années d'externat/internat, et repartir à zéro ! En effet, par exemple pour intégrer directement l'année de DFGSO3 en études dentaires, il faut être titulaire du diplôme d'État de docteur en médecine que l'on obtient qu'au bout de 9 à 11 ans d'études médicales ! Un non-sens pour un processus de réorientation ! Avec en plus une procédure de sélection qui peut en décourager plus d'un !

Il est nécessaire et urgent d'inclure un suivi/évaluation psychologique des étudiants dès les années d'externat. Cela ne relève peut être pas des missions du CDOM, mais il pourrait influencer les facultés dans ce sens. Nous sommes formés par des médecins hospitaliers de CHU,

qui font souvent passer l'hôpital et la médecine avant leur vie personnelle, et en attendent autant de leurs étudiants.

En comparaison, les étudiantes infirmières sont extrêmement bien suivies, avec un système de tutorat et des évaluations personnalisées régulières pendant et à la fin de chacun de leur stage, à but pédagogique et non de sanction. C'est un comble qu'il n'en soit pas de même pour les étudiants de médecine.

J'ai envisagé de me reconverter après mes études de médecine parce qu'en 10 ans, comme tout le monde, on peut changer (même quand on est médecin et qu'on a une "belle carrière" qui se dessine!!!). J'ai demandé des réponses auprès des coordonnateurs, ordre des médecins etc, pour avoir des équivalences: aucune réponse à me donner, un médecin de l'ARS m'a même conseillé d'aller voir un psychologue. Brillant. Bien entendu j'ai trouvé mes réponses mais auprès d'autres interlocuteurs, qui ne sont pas dans le monde médical.

Le soutien psychologique est quasiment inexistant pour les internes ! Et pourtant peu importe la spécialité, il s'agit d'études très exigeantes. ..Actuellement médecin remplaçant j'ai fait un gros burn out en dernier semestre d'interne. Faire quoi se tourner? Avec quel temps prendre rendez-vous chez son médecin quand on sait que les arrêts de travail sont mal perçus par nos chefs! Il faudrait que le conseil de l'ordre organise une liste de médecin du travail pour les médecins avec au moins une consultation par an et le reste à la demande

Il y a 2 ans j'étais dans une autre spécialité et j'ai vécu un harcèlement moral très important associé à des heures colossales de travail qui ont abouti à une perte de 5kg et un burn out psychologique. Je n'ai pas pris de médicaments ni vu de psy car je me noyais toute seule sans que personne ne s'en rende compte (ou ne veuille s'en rendre compte). Finalement j'ai craqué un jour, claqué la porte et pris un jour d'arrêt de travail (un jour seulement!!! et oui j'étais de garde le lendemain...) durant lequel j'ai décidé de faire un remord. Ce fut une décision difficile, avec plein de doutes et de stress mais je ne regrette pas. Cependant le chemin n'a pas été facile, loin de là, pour effectuer le droit au remord. J'ai eu pas mal d'épreuves et de difficultés administratives. Il y a même eu un moment où j'ai cru que je n'aurais plus aucune spécialité pour m'accueillir! Et bien sûr personne pour m'aider ou me renseigner parce que personne ne connaît vraiment les rouages de l'ARS, des postes, des remords... Au final tout va bien pour moi et cela m'a rendu plus forte mais j'ai vécu un début d'internat horrible avec des personnes abjectes. J'ai sombré physiquement et psychologiquement sans que personne ne réagisse. J'aurais vraiment pu faire une bêtise si je n'avais pas eu assez de force mentale pour m'en sortir seule. Depuis j'ai été à la médecine du travail pour un comptage tuberculeux et on m'a dit que j'aurais dû venir les voir à l'époque... oui mais je n'y avais pas pensé sur le moment, peut-être que ça aurait changé les choses, je ne sais pas. Bref je ne sais pas si c'était le propos de votre étude mais voilà, la santé passe aussi par la santé morale. Je vous ai écrit cela car il ne faut pas que ça arrive à quelqu'un d'autre que moi et si on pouvait changer les choses pour suivre les internes en début d'internat. Je ne suis pas

particulièrement fragile psychologiquement mais j'imagine les dégâts que cela pourrait engendrer chez quelqu'un qui le serait.

Le cœur du problème est, selon moi, plus lié à la culture de la performance imposé dans certaine spécialité ou les internes se démènent pour que leur chef de service actuel leur donne accès à l'assistanat (ou les postes sont largement insuffisant), et impose pour se démarquer de multiplier les heures de travail, publication, master 2 . Par ailleurs la détresse psychologique est vue comme une faiblesse et clairement jugé par tous, moi compris, nous enfermant dans le silence. Par exemple au cours d'un de mes stages d'internes j'ai commencé à avoir peur de l'erreur (pédiatrie) et me réveillait le matin la peur au ventre. Les chefs ne l'ont jamais compris et n'ont pas été en mesure de me rassurer ou de m'aider. Au contraire je les excéder par mes demandes itératives. J'ai perdu 8 kg en 6 mois.

J'entends parler de mise à disposition de cellule d'écoute pour les internes, et je constate que la réponse est encore inadaptée. Tellement peu d'interne oseront demander un temps dans leur service et iront voir une cellule d'écoute intégré au sein de l'hôpital par nos confrère et maître. Il est indispensable d'envisager des passerelles pour la réorientation pendant les études lorsqu'un étudiant se rend compte que la profession ne lui convient pas / est source de souffrance. Actuellement je pense que certaines personnes poursuivent dans cette voie car une fois les études bien entamées il n'y a pas vraiment d'alternative. Je suis à la recherche d'une qualité de vie plus que d'un salaire. Mon mode de remplacement me permet d'avoir un revenu correct (2000 euro net par mois environ) pour l'équivalent d'un mi-temps de 2 semaines de plus de 50 heure par mois (soit plus de 100 heures par mois) il faut ajouter deux heures de transport par jour puisque je remplace en campagne. Ce "mi-temps" me permet de tenir le coup, de récupérer sur les semaines de repos, mais cela ne me permet pas d'avoir et de construire une vie de famille, je suis une femme, j'ai 32 ans, célibataire, sans enfant, mon mode de vie ne me permet actuellement pas autre chose. Je ne peux pas non plus m'impliquer dans des activités sportives/ culturelles puisque je rentre trop tard le soir chez moi (21h au mieux puisque j'ai une heure de transport, et généralement plus tard, parfois 23h). Cela pose un vrai problème.

Je pense qu'il est nécessaire de repenser à cette requalification ou reprofessionnalisation même après avoir passé sa thèse. Même si l'exercice médical est pour la plupart des cas une vocation, j'ai autour de moi et moi même plusieurs échos que ce serait plus rassurant si l'on avait la possibilité dans notre vie de pouvoir changer de métier ou de spécialité (médecine générale comprise). Et cela sans forcément perdre notre qualification première tout en étant au clair qu'une remise à niveau ou alors valider une formation continue par la suite de la spécialité initiale soit nécessaire si l'on souhaite reprendre la spécialité première à un moment voulu.

Quand on est insulté par son chef de service pendant l'internat, qui est PUPH, qui a l'habitude de mépriser les jeunes, de les faire craquer, de les pousser à bout, effectivement on pense au suicide.

Il faut casser ce cercle vicieux qui fait que les jeunes à leur tour auront envie de se venger quand ils seront seniors

La violence est aussi psychologique, si je n'avais pas eu de soutien familial je ne serais plus de ce monde. Tout le monde savait (Médecine du travail, université), personne n'a rien fait !

Une de mes collègues a alerté le Médecin du travail pour la même raison à une semaine de sa soutenance de thèse, aucune réaction. Je viens de terminer mon internat, je suis partie, j'essaye de me reconstruire avec ma famille. La situation n'est pas digne d'un pays développé

Certains internes présentent des difficultés psychologiques (parfois de véritables maladies psychiatriques) et continuent leur parcours sans que personne ne réagisse. Les services dans lesquels ils passent le remarquent mais les chefs de service préfèrent valider leur stage, car les invalider implique qu'ils réitérent un semestre dans le même service. Pour le bien être des patients et de ces internes souffrants, il faut améliorer leur prise en charge, en facilitant la notification aux responsables de l'enseignement dans la spécialité. Il ne faut pas attendre que ces internes commettent des erreurs graves pour réagir et les signaler!! Si ces étudiants étaient repérés dès l'externat, on pourrait les orienter vers des spécialités adaptées où ils ne soient pas en contact avec des patients et ainsi sauver leur avenir et ceux des malades.

Le problème principal reste l'épuisement au travail dans un environnement stressant et souvent non reconnaissant du travail fourni par les médecins en formation. Ce problème existe maintenant depuis des années et peu de progrès ont été fait en dehors du repos de garde d'ailleurs pas toujours respecté par les services sans qu'il n'y ait de sanction particulière. Il est de plus mal vu d'être "épuisé" sur le lieu de travail, ce qui conduit souvent à une intériorisation de la souffrance morale et physique qui se manifeste alors gravement et trop tard pour être prise en charge (suicide).

Tout le monde se fiche que les internes en chirurgie soient en burn out, sans entourage avec comme seul objectif de la personnalité de type A : être le/la meilleur(e). Nous sommes des machines à abattre du travail, on n'a pas le temps de manger/ dormir alors voir des amis, les loisirs... Tout le corps médical le sait et vous fermez les yeux jusqu'à ce que certains se suicident alors ne vous étonnez pas. Ce qui nous est imposé n'est pas humain et rendrait n'importe qui fou et dépendant aux anxiolytiques. Et en cerise sur le gâteau être rémunéré 2021 euros/ mois pour un bac +11 c'est absolument scandaleux. Vous pourriez également vous pencher sur les "astreintes bénévoles", je suis d'astreinte une semaine sur 4 et je retourne à l'hôpital la nuit gérer les complications 1 nuit sur 2/3, ces astreintes ne sont pas rémunéré et il faut garder le sourire le lendemain matin à la visite de 7h45. Les jeunes médecins en ont marre d'être traités de fainéants par les patients et les vieux médecins sous prétexte qu'on ne veut pas faire 7h-22h. On n'a pas envie de sacrifier notre vie à la médecine. Mais on est dénigrés et considérés comme des mauvais médecins sans vocations par les anciens qui ont accepté de sacrifier leur vie pour les patients ou pour le fric souvent je pense à arrêter médecine.

C'est la crise socio culturelle et politique, entraînant la médecine avec elle qui est douloureuse. La cacophonie des recommandations, les lobbys pharmaceutiques, la sécurité sociale qui prend le généraliste pour un faiseur de papiers, la patientèle qui consomme la santé plutôt que ne la conquiert, l'injuste non reconnaissance des médecines alternatives et

complémentaires qui guérissent vraiment, c'est cela qui rend fou le jeune médecin qui tient à honorer sa vocation et son rôle social.

J'espère que votre enquête aboutira. Il est préoccupant de voir que des internes se suicident ou tentent de se suicider (car ceux-là on n'en parle pas). Dans mon entourage j'ai 2 amis qui ont fait des "burn out", dont un qui a conduit à un droit au remord. J'imagine que la pression doit être plus difficile dans les autres spécialités que la médecine générale (master, DU, publications ...). Et je regrette aussi que certaine interne soit obligée de retarder des grossesses, pour pouvoir avoir des postes d'assistant ou de CCA, si elles ne veulent pas être mal vue par les patrons.

Je n'ai jamais rencontré la médecine du travail et/ou universitaire depuis que j'ai commencé mes études soit 12 ans ! Et je ne dois pas être la seule dans ce cas, comment l'expliquez-vous ?

Manque de respect de l'interne au cours de son cursus. Corvéable à merci. Malgré le fait que ça soit un jeune adulte qui a des responsabilités familiales (enfants etc). D'autant plus dans les semestres au chu. C'est tout à fait ordinaire, et ça ne choque personne. Le travail en lui-même est passionnant et dans mon cas je le trouve très agréable la plupart du temps. Le principal problème si situe au niveau de nos cotisations (URSSAF, impôts etc) qui sont harassantes. On n'ose pas s'arrêter pour souffler pas peur de ne pas pouvoir payer nos traites (il faut bien penser qu'on a également besoin de se nourrir, se loger, avoir un véhicule, certains d'entre nous ont des enfants voire des conjoints à charge!) mais en contrepartie si nous travaillons plus les sommes demandées atteignent des sommets.

J'aime infiniment mon métier qui est une vraie vocation et je ne veux pas en changer. Je ne le fais pas pour m'enrichir (j'aurais choisi une autre profession si cela avait été mon but!!) mais je considère qu'après 9 ans d'études, des journées chargées en termes d'horaires, de responsabilités, d'écoute de soucis divers et variés et parfois pesants, notre profession est complètement dévalorisée. Quand on ne se fait pas de souci pour les patients on s'en fait pour les fins de mois, on renonce à des vacances parce qu'il faut régler les charges.

Nous ne sommes pas assez bien rémunérés et trop taxés. La médecine française est une des meilleure au monde mais également semble-t-il la plus bradée! Savoir que nous présentons le meilleur rapport qualité prix devrait peut-être nous être d'un certain réconfort? Eh bien non! C'est déprimant! Autour de moi mes collègues sont au bord du burn out, ou ils envisagent de se reconverter. Ceux qui ne sont pas installés (dont moi) ont peur de le faire! Alors oui les médecins français vont mal, jeunes comme vieux et malheureusement, de ce que nous pouvons voir, ce n'est pas près de s'arranger! Lorsque l'on est médecin généraliste remplaçant, les conditions de travail changent tout le temps et peuvent être très difficiles. De plus, les médecins que l'on remplace ne sont pas toujours confraternels. Les études médicales (concours externat internat doctorat et vie active) sont très rude, et les concours sélectionnent des individus égoïstes a mauvais fond non pas des individus altruistes. Il n'y a aucun entretien psychologique en PCEM1, ce qui a pour effet de laisser passer des gens qui ne sont pas du tout fait pour travailler avec des patients quotidiennement

Les conditions de travail se dégradent régulièrement, on ne peut plus exercer la médecine libérale de nos prédécesseurs, nous devenons des fonctionnaires de la sécu.... Je suis quelqu'un d'extrêmement solide, battant, travailleur et j'aime profondément mon métier. Mais mon point de vue des évènements récents est "J'espère juste que ça (le suicide) ne me tombera pas dessus, pas à moi..."

Entre les horaires et les exigences dans tous les domaines (nombre d'heures de travail, dévouement, thèse, mémoire, remplaçants, articles, l'absence de reconnaissance de nos pères, qui nous en demandent chaque fois plus, l'absence de compassion, la pression de la suractivité, de la rentabilité, du chiffre, du codage et de l'exigence de perfection perpétuelle... Et toujours cette épée de Damoclès du médicolégal, des patients exigeants, parfois menaçants ou revendicateurs).

La vie d'interne c'est vraiment une terrible épreuve...

## CONCLUSION

Cette vaste enquête portant sur près de 8000 étudiants et jeunes médecins met l'accent sur plusieurs constats :

La souffrance des étudiants et des jeunes médecins est avérée, un quart d'entre eux ayant déclaré être en état de santé moyen ou mauvais. Ce taux est particulièrement élevé chez les étudiants de 2ème cycle, puisqu'ils représentent plus de 30% de cette catégorie. Ce constat particulièrement inquiétant nécessitera à court terme une réflexion plus approfondie afin de venir en aide à ces générations. On devra inéluctablement s'interroger sur les raisons de cet état de santé préoccupant : dégradation récente des conditions d'études ? Moindre résilience que leurs aînés (post-internat, jeunes professionnels) à la dureté des études...? La concentration pour moitié des répondants du 2ème cycle sur la seule 6ème année, avant les Epreuves Classantes Nationales, nous amène à nous interroger sur les motifs d'un tel engouement à répondre à l'enquête.

L'établissement d'un "profil à risque" de moyenne ou mauvaise santé semble toucher plus spécifiquement l'étudiant de 2ème cycle ou l'interne travaillant au-delà de 48 heures, vivant seul, consommant sensiblement plus que la moyenne d'antalgiques et de psychotropes, manifestant un épuisement émotionnel ... L'enquête révèle que ces jeunes expriment plus spontanément avoir eu des idées suicidaires.

La couverture de la médecine universitaire et du travail est notoirement insuffisante. Il semble nécessaire d'assurer une surveillance régulière, annuelle, spécifique à la médecine de prévention et à ces effectifs. Porter l'accent sur le suivi des jeunes avec le profil à risque précédemment identifié est certainement une mesure d'équilibre qui permettrait de prévenir les détresses, notamment psychologiques et autre(s). Ces premiers constats, dont il sera nécessaire de continuer la réflexion, nous amène à considérer qu'il sera nécessaire d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques d'accompagnement et de suivi vis à vis de nos futurs confrères et futures consœurs.

N'est-ce pas la plus belle des solidarités que leurs aînés pourrait aider à construire ?

De même que la place de l'Ordre dans l'entraide vis à vis de ces jeunes, dont la plupart ne sont pas encore inscrits au tableau, est pleinement posée, les attentes vis à vis de notre institution étant plébiscitées.

Enfin, cette étude pointe des inégalités territoriales vis à vis de l'état de santé. Mais il est difficile d'en tirer des interprétations sans étudier les mouvements migratoires des jeunes au fil des études, mouvements dont l'asymétrie d'une région à l'autre est connue, notamment après les Epreuves Classantes Nationales. La migration est-elle depuis le baccalauréat jusqu'au Diplôme d'Etude Spécialisée un facteur de vulnérabilité ? À l'heure d'un débat récurrent sur le caractère national ou régional de l'examen classant, la question mérite d'être posée.

Dans un contexte actuel et préoccupant pour certains territoires où l'accessibilité aux soins est devenue une question majeure de santé publique, faisons en sorte de donner à nos jeunes et futures générations l'envie de faire médecine. La lutte contre la désertification médicale passe inéluctablement par les qualités humaines et professionnelles de la formation.

De nombreux horizons se dessinent, tant pour de nouvelles enquêtes que pour un travail transversal de santé publique avec les jeunes - Ordre - université - médecine universitaire et du travail, les ARS, le CNG - associations d'entraide ... afin d'aboutir à des recommandations pratiques, simples et rapides pour lutter contre le mal être des étudiants et jeunes médecins.



## ANNEXE – LE QUESTIONNAIRE

### Profil du répondant

Vous êtes ?  Homme  Femme

Année de naissance ?

- Aucun -

Vous vivez ?  Seul  En famille  En couple

Autre : (préciser)

Avez-vous des enfants ?  Oui  Non

Niveau de formation :

2ème cycle des études médicales

- Aucun -

3ème cycle des études médicales: nombre de semestres validés :

- Aucun -

En post internat :

- Aucun -

Jeune professionnel (hors post-internat)

- Aucun -

Spécialité :

- Aucun -

Région de formation en 2ème cycle

- Aucun -

Région de formation ou d'activité professionnelle actuelle :

- Aucun -

Temps moyen de transport de votre domicile à votre lieu de formation ou d'activité professionnelle (aller/retour) ?

- Aucun -

Actuellement comment financez-vous vos études ?

- Aucun -

Concernant le droit au remord :

- Aucun -

## État de santé du répondant

### ETAT DE SANTE DU REpondant

---

De manière générale, diriez-vous que votre santé est ?

- Excellente
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise
- Ne sais pas

Combien d'heures par jour dormez-vous ?

Avez-vous un médecin traitant (référént) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous une assurance complémentaire (mutuelle) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Avez-vous une assurance prévoyance ( indemnités journalières) ?

- Oui
- Non
- Ne connais pas

Envisagez-vous d'en avoir une ?  Oui  Non  Ne sais pas

Au cours des 2 dernières années, avez-vous rencontré la médecine du travail ou universitaire ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Etes-vous à jour de vos vaccins obligatoires (DTP et Hépatite B) ?  Oui  Non  Ne sais pas

Etes-vous porteur d'une ALD (Affection de longue durée)  Oui  Non  Ne sais pas

Au cours des 2 dernières années, votre état de santé, vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ?

- Oui
- Non

## État de santé du répondant

**Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été atteint au moins une fois par l'une des pathologies suivantes :**

	Oui	Non	Ne sais pas
Maladies de l'œil et troubles de la vue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil respiratoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Causes externes, traumatisme et facteurs influant sur l'état de santé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de la peau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du système ostéo-articulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du système nerveux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de la bouche et des dents (prothèses dentaires exclues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies ou problèmes génito-urinaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies endocriniennes et métaboliques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil digestif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'appareil circulatoire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies de l'oreille et troubles de l'audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies infectieuses et parasitaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Affections congénitales, périnatales, anomalies chromosomiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maladies du sang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumeurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avez-vous été touché par un des 3 symptômes suivants ?**

	Oui	Non
Épuisement émotionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépersonnalisation des relations avec les patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Perte d'accomplissement personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Avez-vous eu des idées suicidaires ?**  Oui  Non

## Traitements et addictions

### TRAITEMENTS ET ADDICTIONS

Avez-vous eu recours à l'automédication / autoprescription au cours des 12 derniers mois ?

	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Antalgique palier 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antalgique palier 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antalgique palier 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anxiolytique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antidépresseur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Somnifère	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traitement chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fréquence de consommation

	Jamais	< 1 fois par mois	Entre 1 fois par mois et une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours
Tabac	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychotropes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drogues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Conditions de travail

### CONDITIONS DE TRAVAIL

---

Combien d'heures de travail effectuez vous par semaine ?

- Aucun - ▼

Lors des 3 précédents mois, à votre travail, avez-vous été exposé à des situations stressantes ?

- Oui  
 Non  
 Ne sais pas

Votre rythme de travail a-t-il des répercussions sur :

	Pas du tout	Parfois	Souvent
Mes performances professionnelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma vie familiale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mes finances (dépenses importantes dans un contexte de vulnérabilité)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manque d'activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mon intégrité physique (AVP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ma consommation de produits addictogènes (tabac, alcool, drogues)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Accès aux soins

### ACCES AUX SOINS

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté:

Un médecin spécialiste en médecine générale  Oui  Non  Ne sais pas

Autre : (préciser)

Un médecin spécialiste en accès direct ?  Oui  Non  Ne sais pas

Autre spécialité médicale

Autre spécialité chirurgicale

Un chirurgien dentiste ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un kinésithérapeute ?  Oui  Non  Ne sais pas

Un diététicien ?  Oui  Non  Ne sais pas

Si vous n'avez pas consulté de professionnels médicaux, pour quelle raison principale ?

Si vous n'avez pas consulté de professionnels para-médicaux, pour quelle raison principale ?

Autre :

## ENTRAIDE

L'entraide vis-à-vis des jeunes médecins (étudiants, internes, non inscrits au tableau de l'Ordre) doit-elle être une mission de l'Ordre des médecins ?

- Oui, tout à fait d'accord
- Oui, plutôt d'accord
- Non, plutôt pas d'accord
- Non, pas du tout d'accord
- Ne sais pas

En cas d'incapacité définitive à exercer la profession et/ou la spécialité vers laquelle l'étudiant et/ou l'interne se destine, êtes-vous favorable à la mise en place d'un processus de requalification ou de reprofessionnalisation ?

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Remarques :



## Liste des graphiques

Graphique n°1	Genre
Graphique n°2	Pyramide des âges
Graphique n°3	Vous vivez :
Graphique n°4	Avez-vous des enfants ?
Graphique n°5	Niveau de formation
Graphique n°6	Spécialité du répondant
Graphique n°7	Droit au remord (3 <sup>ème</sup> cycle// fin de cursus)
Graphique n°8	Evaluation de l'état de santé du répondant
Graphique n°9	Evaluation de l'état de santé du répondant selon le niveau de formation
Graphique n°10	Auto-évaluation de sa santé selon le cycle de formation pour les personnes vivant « seules »
Graphique n°11	Auto-évaluation de sa santé selon le cycle de formation pour les personnes vivant «en couple ou en famille»
Graphique n°12	Avez-vous un médecin traitant (réfèrent) ?
Graphique n°13	Médecin réfèrent selon l'évaluation de sa santé
Graphique n°14	Au cours des deux dernières années, avez-vous rencontré la médecine du travail ou universitaire ?
Graphique n°15	Au cours des deux dernières années, vous a-t-il contraint d'interrompre votre activité ?
Graphique n°16	Arrêt maladie
Graphique n°17	L'arrêt maladie et le motif du trouble
Graphique n°18	Raison de l'hospitalisation
Graphique n°19	Avez-vous été touché par un des 3 symptômes suivants
Graphique n°20	Avez-vous eu des idées suicidaires
Graphique n°21	Le genre des répondants en MM (état de santé moyen ou médiocre) et IS (idées suicidaires)
Graphique n°22	Conditions de vie (socio-démographiques)
Graphique n°23	Cycle de formation pour les MM et IS
Graphique n°24	Motifs de l'arrêt maladie (au cours des deux dernières années) pour les MM et IS
Graphique n°25	Avez-vous été touché par un des trois symptômes suivants pour les MM et IS
Graphique n°26	Nombre d'heures travaillées pour les MM et IS
Graphique n°27	Fréquence des répercussions du rythme de travail pour les MM et IS
Graphique n°28	Fréquence de la consommation de produits addictogènes (tabac, alcool, drogues) pour les MM et IS
Graphique n°29	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 1
Graphique n°30	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 1 selon le cycle de formation
Graphique n°31	Fréquence de la consommation selon la déclaration
Graphique n°32	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation
Graphique n°33	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 2
Graphique n°34	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 2 selon le cycle de formation
Graphique n°35	Fréquence de la consommation selon la déclaration :
Graphique n°36	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation
Graphique n°37	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 3
Graphique n°38	Fréquence de la consommation d'antalgiques de palier 3 selon le cycle de formation
Graphique n°39	Fréquence de la consommation d'anxiolytiques
Graphique n°40	Fréquence de la consommation d'anxiolytiques selon le cycle de formation
Graphique n°41	Fréquence de la consommation selon la déclaration :

Graphique n°42	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation
Graphique n°43	Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » d'anxiolytiques selon les cycles de formation et les idées suicidaires
Graphique n°44	Fréquence de la consommation d'antidépresseurs
Graphique n°45	Fréquence de la consommation d'antidépresseurs selon le cycle de formation
Graphique n°46	Fréquence de la consommation selon la déclaration :
Graphique n°47	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de
Graphique n°48	Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » d'antidépresseurs selon les
Graphique n°49	Fréquence de la consommation de somnifères
Graphique n°50	Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation
Graphique n°51	Fréquence de la consommation selon la déclaration :
Graphique n°52	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de formation
Graphique n°53	Fréquence de la consommation selon la déclaration « souvent ou parfois » de somnifères selon les cycles de formation et les idées suicidaires
Graphique n°54	Fréquence de la consommation d'antibiotiques
Graphique n°55	Fréquence de la consommation de somnifères selon le cycle de formation
Graphique n°56	Fréquence de la consommation selon la déclaration :
Graphique n°57	Fréquence de la consommation selon la déclaration « mauvaise ou moyenne santé » selon les cycles de
Graphique n°58	Fréquence de la consommation de tabac
Graphique n°59	Fréquence de la consommation d'alcool
Graphique n°60	Fréquence de la consommation de médicaments
Graphique n°61	Fréquence de la consommation de psychotropes
Graphique n°62	Combien d'heures de travail effectuez-vous par semaine ?
Graphique n°63	Situations stressantes selon le niveau de formation
Graphique n°64	Au cours des douze derniers mois, avez-vous consulté un médecin spécialiste en médecine générale ?
Graphique n°65	Ce médecin généraliste était :
Graphique n°66	Motifs de non consultation
Graphique n°67	L'entraide vis-à-vis des jeunes médecins doit-elle être une mission de l'Ordre des médecins
Graphique n°68	En cas d'incapacité à exercer la profession et/ou la spécialité vers laquelle l'étudiant et/ou l'interne se destine, êtes-vous favorable à la mise en place d'un processus de requalification ou de

## Liste des cartes

Carte n° 1	Régions de formation des 2 <sup>èmes</sup> et 3 <sup>èmes</sup> cycles
------------	------------------------------------------------------------------------

## Liste des tableaux

Tableau n°1	Droit au remord pour les représentations de 3 <sup>ème</sup> cycle
Tableau n°2	Droit au remord pour les représentations de fin de cursus
Tableau n°3	Arrêt maladie selon les groupes de spécialités
Tableau n°4	Les spécialités les plus à risques
Tableau n°5	Souvent/ Parfois (MM et IS)
Tableau n°6	Évaluation de l'état de santé selon les nombres d'heures travaillées et le cycle de formation
Tableau n°7	Fréquence des situations stressantes