Académie d'Orléans –Tours
Université François-Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015 **N°**

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Discipline : Médecine Générale

Par

Camille MARCHAND épouse KERVERN
Née le 04/08/1987 à Brest (29)

Présentée et soutenue publiquement le 5 février 2015

Quelles sont les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale ?

Jury

Président du Jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Cécile RENOUX
Madame le Docteur Céline SENDRA

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

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

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.BARSOTTI A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.CASTELLANI - J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.LANSAC – J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H.METMAN – J. MOLINE - Cl. MORAINE - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.RAYNAUD – JC. ROLLAND – Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI – D.SAUVAGE - M.J. THARANNE – J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BARTHELEMY Catherine	Pédopsychiatrie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & Cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HANKARD Regis	Pédiatrie
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale

Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-Vénéréologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénéréologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MARUANI Annabel	Dermatologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain	O.R.L.
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénéréologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Theodora	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique : addictologie
M.	BAKHOS David	Physiologie
Mme	BAULIEU Françoise.....	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
MM.	BOISSINOT Eric	Physiologie
	DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
Mme	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	EHRMANN Stephan	Réanimation médicale
Mme	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques

M.	GATAULT Philippe	Nephrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire in vitro
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie
	TERNANT David	Pharmacologie – toxicologie
Mme	VALENTIN-DOMELIER Anne-Sophie ...	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

Mmes	HUAS Caroline	Médecine Générale
	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale
M.	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

CHERCHEURS C.N.R.S. – INSERM

M.	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour la Faculté de Médecine

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier *(éthique médicale)*
M.	BOULAIN Thierry	Praticien Hospitalier *(CSCT)*
Mme	CRINIERE Lise	Praticien Hospitalier *(endocrinologie)*
M.	GAROT Denis	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
Mmes	MAGNAN Julie	Praticien Hospitalier *(sémiologie)*
	MERCIER Emmanuelle	Praticien Hospitalier *(CSCT)*

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

REMERCIEMENTS

Au Docteur Cécile Renoux, ma directrice de thèse et tutrice : merci pour ton accompagnement pendant mon internat et ma thèse. Merci pour tes précieux conseils et pour le temps que tu as passé à m'aider dans ce travail.

Aux Professeurs Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Emmanuel Rusch et Alain Chantepie : je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et de faire partie de mon jury. Soyez assurés de mon plus profond respect.

Au Docteur Céline Sendra : merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury. Merci de m'avoir fait partager ta belle pratique de la médecine générale.

Aux internes et jeunes médecins qui ont participé avec enthousiasme à ce travail, et sans qui cette étude n'aurait pas été possible.

A tous les professionnels de santé qui ont marqué mon parcours :

- les médecins généralistes et internes de médecine générale de Brest qui m'ont fait découvrir et aimer leur spécialité ;
- les médecins du service de médecine interne du CH Bourges ;
- les médecins, infirmiers et aides-soignants des urgences du CH Châteauroux, et des urgences pédiatriques du CHU Clocheville de Tours ;
- les médecins et sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CH Blois ;
- les docteurs Philippe Duval, Alain Lecalier et Nathalie Jan pour leur accompagnement de qualité pendant mon SASPAS ;
- le docteur Jean-Paul Claudel qui m'a éclairée en dermatologie.

A Tanguy, mon mari : pour ton amour, ta patience et ton soutien,
Et à notre enfant à naître.

A mes parents, qui m'ont toujours fait confiance.

A la famille Kervern, pour leur accueil chaleureux.

A mes amies du lycée, de la faculté de Brest, et de l'internat, pour leur bonne humeur.

RESUME

Contexte : Les internes ont la possibilité de changer de filière dans les 2 ans qui suivent le début de l'internat, si leur rang de classement aux ECN le leur permet : c'est le droit au remords.
Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale et d'analyser le processus décisionnel dans lequel s'inscrivait cette réorientation.
Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés d'internes et jeunes médecins du Grand Ouest ayant effectué un droit au remords pour la médecine générale. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, validation du contenu par les interviewés et analyse thématique du contenu.
Résultats : Les motivations étaient l'attrait pour la variété des situations cliniques et des modes d'exercice, pour une relation privilégiée avec les patients, ou la volonté de quitter une spécialité qui ne correspondait pas à leur vision de la médecine. Le processus décisionnel était complexe, influencé par les représentations sur la médecine générale. La médecine générale avait déjà été envisagée au moment du choix initial. Elle était revue comme la meilleure option après un début d'internat dans la spécialité ne correspondant pas à leurs attentes. Le droit au remords était vécu comme un soulagement.
Conclusion : Les internes concernés envisageaient tous une médecine centrée patient. Bien se connaître, connaître les spécialités convoitées (pour cela le stage de second cycle en médecine générale semblait indispensable) et avoir conscience des facteurs influant le choix étaient les conditions d'un choix éclairé.

Mots clefs : droit au remords, médecine générale, choix de spécialité, internes.

ABSTRACT

Title: What motivational factors led interns to change from a medical specialization to general practice?

Context: Interns may change medical specialization within 2 years of beginning their internship, though only if their "ECN" (national ranking exam) classification allows for it : this is called "remorse right".
Aim: The aim of this study was to investigate the motivations of interns who had changed specialization in favor of general practice, and to analyze the decision making process leading to their reorientation.
Method: Qualitative and descriptive study using semi directed interviews with interns and young practitioners from several regions in the west of France, who triggered the remorse right to reach general practice. The interviews were audio recorded and fully transcribed. The interviewees validated content before a thematic analysis was conducted.
Results: The subjects motives were the attraction of a diverse clinical case load, different modes of practice, the draw of patient relationships, or the wish to leave a specialization which no longer matched their expectations. The decision making process was intricate, influenced by representations about general medicine. General practice had already been considered as a first choice. Interns viewed it as the best option, having already begun a specialization internship which was not meeting their expectations. Changing was experienced as a relief.
Conclusion: All concerned interns wanted to practice more patient centric medicine. The following factors were important to make an informed choice: self-knowledge, having had an in-depth understanding of different specializations (training in general medicine during graduate studies was essential), and also being aware of the many factors which influenced their decision.

Key words: remorse right, general practice, specialization choice, interns

TABLE DES MATIERES

Introduction 1

Matériel et méthode 2

Résultats 4
Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens 4
Représentations antérieures sur la médecine générale 6
La spécialité initialement choisie, aspects et vécu 9
La médecine générale, aspects et vécu 14
Le cheminement vers le changement de filière 21
Bilan du parcours 27
Figure récapitulative 29

Discussion 30
A propos de la méthode 30
A propos des résultats 31

Conclusion 39

Bibliographie 40

Annexes 42
Annexe 1 : glossaire 42
Annexe 2 : trame d'entretien 44
Annexe 3 : caractéristiques de la médecine générale selon la WONCA 46

Introduction

Longtemps déconsidérée au sein d'un système valorisant une médecine hospitalo-universitaire, la médecine générale s'est progressivement faite une place au sein des facultés. Considérée comme une spécialité à part entière depuis l'arrêté du 22 septembre 2004[1], elle fait partie des choix possibles d'orientation des futurs internes à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) instaurées en 2004. Les étudiants choisissent leur spécialité et leur subdivision en fonction de leur classement aux ECN et du nombre de postes ouverts par les pouvoirs publics.

En 2013, le taux de postes ouverts en médecine générale était de 48%, parmi lesquels 96% ont été pourvus[2] : près de la moitié des étudiants choisissent des postes d'internes de médecine générale. Il semble qu'il y ait un nombre croissant de choix positifs pour la médecine générale. En 2013, le premier à choisir la médecine générale était classé 49ème sur 8001[3], ils étaient 68 dans les 1000 premiers et 129 entre 1000 et 2000[4]. Des choix précoces que l'on retrouvait à peu près dans les mêmes proportions cinq ans auparavant et que les statisticiens de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) expliquaient par le grand nombre de postes offerts dans cette discipline. Néanmoins, elle ne fait pas partie des 24 spécialités sur 30 qui ont pourvu la moitié de leurs postes ouverts à la moitié du classement[4]. Bien qu'elle ne soit plus vue systématiquement comme un choix par défaut, elle reste donc parmi les disciplines les moins attractives.

Le choix de la filière d'internat peut être difficile pour nombre d'étudiants. Les connaissances sur la réalité de l'exercice des différentes spécialités sont souvent assez floues pour les futurs internes[5, 6]. Ce pourrait être le cas de la médecine générale qui pourrait faire peur aux étudiants car ils la connaissent mal[6], évoluant dans un système très hospitalo-centré. Or ce choix orientera fortement la vie professionnelle et personnelle. Parmi les internes qui avaient le choix parmi plusieurs spécialités dont la médecine générale, un petit nombre avait initialement choisi une autre spécialité et a effectué un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale. Les chiffres exacts ne sont pas connus. Le droit au remords est la possibilité de changer de filière d'internat. Il doit être réalisé avant la fin du quatrième semestre et à condition que le rang de classement de l'interne soit au moins égal à celui du dernier candidat ayant choisi cette discipline dans la subdivision. Le droit au remords permet donc de se réorienter au cours de son internat. S'il existe des travaux explorant le choix de la médecine générale, aucune étude ne s'est intéressée à la spécificité des internes ayant effectué un droit au remords pour rejoindre l'internat de médecine générale.

Au cours de ce travail, ont été explorées les motivations des internes ayant effectué un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale. En étudiant le vécu et le processus décisionnel des internes ayant revu leur choix de spécialité, les facteurs entrant en jeu dans ce choix professionnel seront mieux compris et aideront les futurs internes à s'orienter. Des pistes pour favoriser un choix éclairé de la médecine générale, comprendre ce frémissement de regain d'intérêt pour cette filière, et de manière plus large pour la profession de médecin généraliste, seront identifiées.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Une étude qualitative* descriptive par entretiens individuels semi-dirigés* a été conduite.

Population étudiée et recrutement

La population étudiée était celle des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la médecine générale après avoir débuté un internat dans une autre spécialité. Les internes concernés étant peu nombreux dans chaque promotion, la population a été élargie aux internes et jeunes médecins de l'inter région Grand Ouest, thésés ou non, ayant passé les ECN entre 2007 et 2012.

Les coordonnées de ces internes et médecins ont été collectées en contactant par mail les directeurs des départements de médecine générale de chaque faculté du Grand Ouest : Angers, Brest, Nantes, Poitiers, Rennes et Tours.

Une fois cette liste établie, les internes étaient recrutés en partie par effet boule de neige*, et en partie en les sélectionnant selon le sexe, la faculté d'internat et la spécialité dont ils étaient originaires lorsque cette information était disponible, afin de garantir la diversité des profils. Ils étaient contactés par mail, pour leur expliquer l'objectif du travail et les modalités de l'entretien. Un rendez-vous téléphonique ou de visu était ensuite fixé entre l'enquêteur et le médecin, pour réaliser l'entretien.

Entretiens

La trame d'entretien* (annexe 2), élaborée à partir des hypothèses des chercheurs, a été utilisée par un unique enquêteur (interne en cinquième puis sixième semestre de médecine générale). Elle se composait de questions ouvertes et de relances. Cette trame était susceptible d'être ajustée après chaque entretien. Seules certaines relances ont été ajoutées au fur et à mesure des entretiens pour approfondir certains thèmes. 5 thèmes principaux étaient abordés par des questions ouvertes : les représentations antérieures sur la médecine générale, les intérêts et difficultés dans la spécialité antérieure, les motivations et freins à rejoindre la médecine générale, le cheminement vers la décision du droit au remords pour l'internat de médecine générale, et le recul sur le parcours effectué.

Il était prévu de se référer à la trame d'entretien tout en se laissant une certaine marge de manœuvre pour orienter et adapter l'entretien selon les réponses de l'interviewé. Durant l'entretien, l'enquêteur devait adopter un ton chaleureux et une attitude d'écoute, respecter les hésitations et ne pas perturber l'entretien par ses convictions personnelles.

Les entretiens étaient enregistrés par dictaphone après accord oral des intéressés, intégralement retranscrits* et anonymisés. Un numéro était attribué à chaque interviewé, et

* les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire (annexe 1)

les références aux noms de personnes et de lieux étaient remplacés respectivement par X et Y. Les données non verbales (hésitations, pauses, rires, soupirs) étaient recueillies. Les verbatims* étaient ensuite relus par les interviewés.

Analyse et interprétation

Une analyse thématique* du contenu de chaque entretien était effectuée. L'unique chercheur lisait chaque entretien en surlignant les mots, groupes de mots, phrases ou expressions constituant un code*. Les codes similaires ou apparentés étaient regroupés en thèmes pour être catégorisés. Ces thèmes étaient ensuite articulés entre eux, en thèmes et sous thèmes, dans un arbre thématique. Le chercheur a procédé ainsi pour chacun des entretiens, et enrichi au fur et à mesure son arbre thématique. Dans cette étude, la thématisation* était continue, c'est-à-dire que chacun des entretiens était analysé linéairement, du début à la fin, pour permettre une identification progressive et exhaustive des thèmes. Le codage était ouvert* car les chercheurs n'avaient pas d'hypothèse préalable sur le contenu thématique, dans une optique de théorisation ancrée*. Certains thèmes étaient attendus du fait de la trame d'entretien, d'autres sont apparus au cours du codage : il s'agit d'un codage générique. Le codage a été supervisé par le directeur de thèse, qualifié en recherche qualitative. Dans ce travail, les données non verbales n'ont pas été codées. Aucune triangulation* supplémentaire des données, ni de validation* ultérieure par les interviewés n'était prévue dans le cadre de ce travail exploratoire*.

RESULTATS

1) Caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

Les coordonnées des médecins concernés ont été recueillies en février 2014. Une faculté n'a pas répondu malgré une relance. Les autres ont répondu dans les deux semaines.

Pour deux facultés, les secrétaires ont envoyé une liste exhaustive. Pour une de ces facultés, les internes avaient au préalable été contactés afin d'obtenir leur accord pour transmettre leurs coordonnées. La secrétaire avait également mentionné la spécialité initialement choisie par ces internes. Pour les autres facultés, l'information sur la spécialité dont les internes étaient originaires n'était pas disponible.

Pour les trois facultés restantes, le directeur du département de médecine générale a donné une liste non exhaustive avec les noms et adresses mail des internes concernés qu'il connaissait.

31 noms ont été recueillis au total. 20 internes ont été contactés, par mail, parmi lesquels 16 ont répondu. 2 personnes ne répondaient pas aux critères d'inclusion, et une personne a répondu tardivement alors que les données des entretiens déjà réalisés étaient saturées. Les 13 autres ont répondu assez rapidement et ont manifesté de l'intérêt pour le sujet.

Les entretiens ont eu lieu de mars à juin 2014. Deux entretiens ont eu lieu de visu, les autres se sont déroulés par téléphone, par souci de commodité. Ils ont duré entre 15 et 58 minutes, avec une durée moyenne de 35 minutes. La saturation* des données a été atteinte au douzième entretien et confirmée au codage du treizième entretien.

A la fin de certains entretiens, l'enquêteur a répondu à des questions des interviewés sur les enjeux de cette thèse. Il s'en est suivi parfois un échange où l'enquêteur a donné son opinion. Ces échanges ont finalement été codés car les interviewés y évoquaient de nouvelles idées. La relecture de leurs verbatims respectifs par les interviewés n'a pas engendré de modifications.

Les caractéristiques de la population étudiée figurent dans le tableau 1. Les médecins interrogés étaient nés entre 1977 et 1987. Parmi ces médecins, deux étaient diplômés d'une école d'ingénieur et avaient commencé les études de médecine juste après leurs études d'ingénieurs.

	Durée entretien	Faculté d'externat	Sexe	Spécialité initiale	Situation professionnelle	Rang ECN*	Date du droit au remords	Projet professionnel
1	15 min	Montpellier	F	Psychiatrie	Interne 3° sem.	8	Après 1 semestre	Rempla puis installation. Médecine du sport, médecine humanitaire
2	30 min	Brest	F	Endocrinologie	Fin d'internat, thésée	2	Après 2 semestres	Rempla, activité mixte libérale et salariée
3	29 min	Angers	F	Médecine interne	Fin d'internat, congé maternité	1	Après 3 semestres	Rempla puis installation
4	48 min	Lille	F	ORL	Fin d'internat	3	Après 4 semestres	Rempla puis installation rurale en groupe
5	37 min	Angers	H	Pédiatrie	Interne 5° sem.	3	Après 4 semestres	-DESC Urgences (urgentiste) -à long terme médecine générale libérale
6	33 min	Toulouse	H	Gynécologie Obstétrique	Interne 5° sem.	3	Après 2 semestres dont un hors filière en médecine polyvalente	Rempla puis installation +/- activité de PMI
7	35 min	Paris Créteil	F	Biologie médicale	Interne 4° sem.	5	Après 3 semestres dont un hors filière en médecine polyvalente	Activité mixte, hôpital de jour d'oncologie hématologie
8	58 min	Paris VII	F	Santé publique	Remplaçante après un an de gériatrie hospitalière.	6	Après 2 semestres	Installation imminente
9	34 min	Marseille	F	Endocrinologie	Remplaçante	2	Après 3 semestres dont un hors filière en gynécologie	Rempla puis installation
10	36 min	Bordeaux	F	Endocrinologie	Interne 4° sem.	3	Après 2 semestres	Rempla puis installation
11	24 min	Tours	H	Hématologie	Interne 4° sem.	5	Après 2 semestres dont un hors filière chez le praticien	-DESC d'urgences (urgentiste) -à long terme peut être médecine gé libérale
12	40 min	Rennes	H	Pédiatrie	Chef de clinique en médecine générale, collaborateur libéral	4	Après 2 semestres	Installation à court terme, en milieu rural
13	31 min	Paris VII	F	Chirurgie viscérale	Interne 5° sem.	3	Après 3 semestres dont un hors filière chez le praticien	Rempla puis installation

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée et des entretiens

**Rang ECN 1 : entre 1 et 1000 ; 2 : entre 1000 et 2000 ; 3 : entre 2000 et 3000 ; 4 : entre 3000 et 4000 ; 5 : entre 4000 et 5000 ; 6 : entre 5000 et 6000 ; 7 : entre 6000 et 7000 ; 8 : entre 7000 et 8000*

2) Représentations antérieures sur la médecine générale

Les participants étaient d'abord interrogés sur leurs représentations de la médecine générale, avant les ECN et le choix de spécialité.

Différents niveaux de connaissance

Ils n'avaient pas tous le même niveau de connaissance. 8 médecins avaient plutôt une bonne connaissance : *« La médecine générale j'avais vraiment connaissance de ce que c'était »* (E2). Les 5 autres avaient une vision assez floue: *« je savais pas vraiment ce que c'était »*(E10), *« j'entrevoyais vaguement ce que c'était »* (E4). 3 internes avaient une vision *« très erronée »* du métier (E8).

Origines des représentations

Ces représentations étaient issues de multiples sources (cf tableau 2).

1) Un stage d'externe en médecine générale
2) Un court stage en médecine générale en P2
3) La faculté
4) Les médecins de l'entourage
5) Son propre médecin généraliste

Tableau 2 : origine des représentations sur la médecine générale

1) Un stage d'externe en médecine générale

Le stage d'externe est la première source évoquée par les 9 interviewés qui l'avaient fait, ainsi que par 2 interviewés qui avaient voulu le faire mais n'y avait pas eu accès (E10, E13). Parmi les 2 interviewés qui ne l'ont pas évoqué en premier, pour l'un *« y en avait pas encore »* (E4), et l'autre regrettait de ne pas l'avoir fait : *« j'étais un peu bête, parce que ça m'aurait permis de faire un seul choix à l'internat »*(E11).

Selon l'année et la faculté d'origine, les modalités de ce stage différaient. Parfois, il n'était pas disponible pour tous : *« Les choix se faisaient au tirage au sort des lettres des noms de famille, et je n'avais pas eu cette chance »* (E10). Pour 2 interviewés, ce stage *« n'existait pas »* (E4, E8), l'un d'eux *« a du se battre »* pour *« le faire ouvrir »* (E8).

5 personnes l'ont *« beaucoup aimé »* (E3) ou trouvé *« tout à fait intéressant »* (E12). Celle pour qui ce stage n'a duré qu'une semaine a été frustrée : *« pour évaluer ce qu'est la médecine générale, j'ai pas l'impression d'en avoir vu assez »* (E1). Une autre a été *« pas mal déçue »* par un médecin qu'elle a trouvé *« pas terrible du tout »* (E7). A l'inverse, 3 personnes ont évoqué leurs maîtres de stage comme des modèles qui leur ont *« montré une médecine générale plaisante »* (E9). Ces interviewés avaient été rassurés par la vision du médecin qu'ils y avaient découverte : *« il me paraissait avoir une vie stable »* (E5) ; *« ces médecins-là m'ont montré clairement qu'il était possible d'être généraliste et quand même bien au courant de ce qui se passe, avoir des pratiques assez conformes »* (E12). Ce stage était souvent vécu comme une découverte*, « assez différent des stages hospitaliers qu'on avait jusque-là »* (E12), *« c'était pas du tout la même approche»* (E5).

2) Un court stage en médecine générale en PCEM2

2 internes ont aussi évoqué *« un petit stage, vraiment minuscule en P2 »* (E2). Il a été vécu comme une première approche *« pour vraiment se rendre compte »* (E2), ou sans intérêt *« tu connais tellement rien que ça apporte vraiment pas grand-chose »* (E11).

3) La faculté

Pour 7 interviewés, la médecine générale était peu présente à la faculté pendant l'externat, déplorant le manque de *« cours faits par des médecins généralistes »* (E10) ou de *« rencontres entre les généralistes et les étudiants »* (E8). Une personne ayant fait ses études à Paris constatait *que « les externes parisiens connaissent pas beaucoup la médecine générale»* (E13) et ajoutait : *« A posteriori je me rends compte qu'on nous en parle quand même très très peu »*.

Les personnes qui se souvenaient avoir eu l'intervention d'internes ou de médecins généralistes semblaient soit n'en avoir *« aucun souvenir »* (E11), soit en avoir été déçus *« ils nous avaient dit : "vous savez la médecine générale c'est difficile, c'est des gros horaires, je commence à 7 heures je finis à 21 heures 22 heures, heureusement que j'ai ma femme qui fait tout à la maison"»* (E9).

L'image de la médecine générale était *« très fac dépendant »* (E8). La faculté renvoyait une image de la médecine générale plutôt négative par rapport aux spécialités : *« là-bas c'est très élitiste », « il y a une grosse valorisation des internes de spé et puis un peu le contraire pour la médecine gé »* (E10). Cette image influençait les jugements : *« quand on sort de la faculté on est formaté sur ce mode de pensée »* (E8).

4) Les médecins de l'entourage

6 interviewés n'avaient aucun médecin dans leur entourage. Parmi les autres, les médecins des familles de 2 interviewés avaient une image négative de la médecine générale: *« la génération d'avant, les généralistes c'étaient ceux qui avaient pas passé l'internat »* (E7), *« c'était un peu comme dans l'ancien temps, c'est-à-dire que si tu faisais médecine générale c'est que t'étais pas… enfin…»* (E2). Un interviewé dont les parents sont médecins expliquait *« dès qu'on avait un problème c'était directement le spécialiste puisque du coup eux étaient un peu les généralistes à la maison », « donc eux ne voulaient absolument pas que je choisisse médecine gé à l'internat »* (E2).

Au contraire, une image positive de la médecine générale était véhiculée par les proches de certains interviewés : *« il aime vraiment beaucoup son métier, il en donne une image très positive »* (E10).

5) Son propre médecin généraliste

4 médecins ont évoqué longuement le rôle de modèle qu'a joué leur médecin généraliste et son influence dans le choix ultérieur de la médecine générale *: « à la base j'ai fait médecine un peu en admirant mon médecin généraliste à moi »* (E7), *« quand j'ai fait mes études par exemple, clairement ça a été une des personnes qui a le plus joué dans mes choix »* (E13).

Les autres ne l'ont *« pas beaucoup vu »* (E10).

Quelles représentations de la discipline

Plusieurs notions reflétant l'image qu'ils avaient de la médecine générale alors qu'ils étaient externes voire plus jeunes, ont été évoquées (tableau 3) :

Notions abordées	Exemples de verbatim
Le rôle de suivi *5E, 8V*	*« suivre les patients de la naissance jusqu'aux personnes âgées »* (E2) *« vraiment être au cœur de la santé des gens »* (E2) *« s'occuper de toute son histoire médicale du début à la fin »* (E13)
Faire de tout *3E, 8V*	*« tu peux avoir un pied un peu sur tout »* (E1) *« quelqu'un qui fait de tout »* (E11) *« un petit peu performant dans plein de domaines »* (E10)
Une médecine de famille *3E, 6V*	*« le côté médecin de famille »* (E4) *« mieux comprendre après les interactions familiales »* (E2)
S'occuper de pathologies bénignes *3E, 3V*	*« pas forcément des trucs très graves »* (E11) *« j'avais un peu l'image qu'on peut avoir du médecin qui voit que les rhumes, qui voit que les trucs bénins »* (E13)
Une médecine de premier recours *2E, 8V*	*« être un peu en premier recours, et surtout ne pas passer à côté de trucs »* (E11) *« le médecin vers qui se tourner en cas de problème médical »* (E13)
Avoir une vie équilibrée *2E, 7V*	*« j'ai jamais vu la médecine générale comme un truc où tu fais du 6h 22h »* (E13) *« il me paraissait avoir une vie stable »* (E5)
La proximité avec les patients *2E, 5V*	*« être très proche des gens »* (E2) *« la relation de confiance avec les patients »* (E10)
Impossible d'être bon partout *2E, 5V*	*« j'avais peur d'un truc un peu.. euh…un peu où on est nul dans tout »* (E7) *« c'est impossible d'être bon partout , je serai forcément largué dans plein de trucs »* (E11)
Etre débordé *2E, 3V*	*« on voit des patients toute la journée »* (E5) *« ce qui faisait peur un peu, c'était d'être débordé »* (E7)
Etre seul *2E, 2V*	*« je m'imaginais la médecine générale comme un exercice solitaire, assez isolé »* (E6)
Le rôle de référent *1E, 3V*	*« être leur référent, se charger de l'orienter quand il y a besoin vers un spécialiste »* (E13)
La prise en charge globale *1E, 1V*	*« quelqu'un qui s'occupe globalement des gens »* (E10)

Tableau 3 : représentations de la médecine générale, avant l'internat

E : interviewé, V : verbatim

3) La spécialité initialement choisie, aspects et vécu

Le mode d'exercice

Les personnes interrogées reliaient leur spécialité à un **exercice hospitalier**. Il était vu parfois comme un avantage et parfois comme un inconvénient. Ce mode d'exercice avait joué dans leur décision de droit au remords comme un élément soit freinateur soit moteur.

Le principal avantage de l'exercice hospitalier était le travail d'équipe : *« j'ai toujours été content à l'hôpital de travailler avec une équipe d'infirmiers et d'autres médecins »* (E6). Etaient évoqués aussi le fait d'avoir *« plus de moyens »* (E11) et l'attrait du salariat qui *« semblait beaucoup plus facile »* (E6).

A l'inverse, ce travail d'équipe était un inconvénient pour certains : *« le fonctionnement d'un service avec toutes les querelles qu'il peut y avoir »* (E9). Certains en avaient *« un petit peu marre de l'hôpital »* (E11). Le côté administratif n'aidait pas à mettre le patient au centre des préoccupations *: « l'intérêt non pas aux patients mais à l'argent, donc on fait des bilans, des trucs pour rapporter de l'argent »* (E9). L'approche hospitalière n'était pas assez *« pratico-pratique »* contrairement à l'approche ambulatoire : *« cette approche assez terre à terre, on l'oublie à l'hôpital c'est un peu l'inverse »* (E5). *« La pédiatrie hospitalière est en inadéquation avec la pédiatrie de ville »* (E12). Enfin, l'exercice hospitalier était prenant : *« ma chef n'avait pas de vie en dehors, elle était tout le temps d'astreinte »* (E5).

Ceux qui avaient envisagé d'exercer leur spécialité en **libéral** soulevaient les difficultés matérielles : *« en libéral tu meurs parce que c'est pas des actes qui coûtent cher »* (E2), *« En ORL si on veut s'installer faut ouvrir un cabinet, faut acheter du matériel, ça coûte tout de suite très très cher »* (E11). L'exercice ambulatoire de la spécialité semblait moins intéressant que l'exercice hospitalier *: « en libéral tu fais que du diabète et de la thyroïde et c'est moins intéressant »* (E2), *« je me suis rendu compte, en discutant avec quelques pédiatres libéraux qu'ils faisaient essentiellement des actes de prévention, qu'ils voyaient essentiellement des nourrissons de 0 à 36 mois »* (E12).

➔ Première déception : d'un côté l'exercice libéral ne semblait pas une voie intéressante à l'exercice de la spécialité, de l'autre côté l'exercice hospitalier ne convenait pas à la majorité des interviewés.

L'internat

L'internat était parfois perçu comme un **parcours imposé** : *« j'avais l'impression que mon cursus allait plutôt s'orienter en fonction de ce que mes chefs allaient vouloir que de ce que je voulais vraiment »* (E3), *«et toi vraiment limite tu es un pion »* (E2).

Pour 9 interviewés, leur internat était très **exigeant** :
-en temps de travail *: « on nous faisait travailler tout le temps, le week-end, le soir »* (E5), *« c'était complètement inhumain »* (E10).

- en compétences : *« on nous demandait d'être pédiatre dès le début, alors qu'en terme de compétences, de connaissances, on n'avait pas forcément le temps de se former »* (E5).
- en recherche : *« les biblios en anglais toutes les semaines devant tous les chefs », « ils sont à fond master, clinicat, dès le début ils te parlent de plein de projets »* (E2)

La *« pression de réussite »* (E2) était parfois vécue comme insoutenable : « *j'avais l'impression au fur à mesure des mois que je changeais, que les choses que j'avais en moi qui faisaient que j'allais être un bon médecin étaient en train de partir, d'être transformées par tout ce que j'avais comme pression. »* (E10). Un décalage entre l'exigence et le manque de reconnaissance était relevé : *« on avait très peu de reconnaissance, par contre la reconnaissance du moindre pas de côté quoi »* (E10).

La **hiérarchie** internes-chefs était mal vécue : *« j'avais surtout connu la relation avec les chefs à l'hôpital. Là [chez le prat'] la hiérarchie tombait »* (E3), *« les internes souffraient »* (E12).

Ils étaient déçus par le **manque de formation** contrastant avec l'attente des seniors à leur égard. Un manque de formation pratique *: « on est censé être ultra spécialisés mais il faut se débrouiller tout seul, tout le temps »* (E5). Et un manque de formation théorique : *« on nous apprenait rien sur le plan théorique »* (E10).

➔ Deuxième déception : internat vécu comme exigeant et peu épanouissant.

<u>La spécialité</u>

Le fait de se spécialiser était vu parfois comme un avantage, parfois comme un inconvénient.

Les **avantages** évoqués étaient :
- des raisonnements et pathologies intéressantes : *« la démarche intellectuelle de l'endocrino pure, ça me plaisait, ça m'a toujours plu depuis que j'étais externe»* (E10).
- rester assez polyvalent : *« ce qui me plaisait en médecine interne c'était la médecine polyvalente et non pas le côté maladies très rares »* (E3*)*.
- plus rassurant d'être spécialisé dans un domaine : *« choisir une spé c'est très confortable, c'est le plus facile, t'es très vite autonome, tu vois toujours la même chose »* (E11).

Les 2 **inconvénients** les plus mentionnés étaient:
- l'hyperspécialisation (7E, 22V): *« c'était trop spécialisé pour moi »* (E9), *« des RCP de tumeur hypophysaire, tumeur thyroïdienne méga compliquée », « j'en ai rien à faire d'apprendre des trucs aussi précis »* (E2).
- le côté répétitif (10E, 29V) avec la crainte de *« s'enfermer dans une spécialité »* (E10) : *« c'est toujours la même chose: la psychiatrie c'est trop fermé au niveau des pathologies »* (E1), *« tu t'ennuies au bout d'un moment à voir toujours la même chose »* (E2).

Les autres inconvénients étaient le côté *« très protocolisé »* (E12)*, « pas de place pour l'improvisation »* ; le fait de ne plus utiliser une grande partie de ses connaissances *« ça me saoulait de me dire que je m'étais tapé 6 ans de médecine pour faire plus que un truc », « le reste tu le gères plus du tout quoi »* (E11). Etre le dernier recours était source d'inquiétude *: « quand tu es spécialiste, c'est toi qui donne le conseil », « j'avais besoin d'être rassurée en pouvant avoir des recours aux autres, en leur demandant »* (E4). Certains actes étaient peu

épanouissants : *« c'est pas épanouissant d'aller faire une amputation »* (E4), *« les gardes c'était… fallait gérer des automates »* (E7).

Certains regrettaient un **rapport au patient** moins étroit qu'en médecine générale, avec :
-un manque de relationnel : *« c'était complètement déshumanisé »* (E5), *« le premier truc qui m'a manqué ça a été vraiment le contact avec les gens »* (E13).
-un manque de compassion parfois : *« il y avait des pathologies atroces en pédiatrie, pourtant ça faisait, les chefs adoraient ça quoi »* (E5).
-un manque de suivi : *« ils voient leurs patients une fois par an, au mieux 2 fois, mais sinon c'est tout »* (E2).
-un manque de prise en charge globale : *« ils étaient uniquement centrés sur l'enfant, la protection de l'enfance, et pas trop sur la famille »* (E5), *« c'était plus les chiffres de glycémie, les bilans, les échos, les trucs comme ça »* (E9).
-un contact biaisé avec les patients, exprimé uniquement par E9 *: « aux spécialistes les patients ne parlent pas comme à un autre médecin, souvent ils ont peur, ils posent pas de questions, ils comprennent pas tout ce que tu leur dis ».*

➔ Troisième déception : la spécialisation était vécue comme une perte de diversité et mettait le rapport au patient au second plan.

<u>Les spécificités selon chaque spécialité</u>

Des avantages et des difficultés propres à chaque spécialité ont été cités (tableaux 4 et 5) :

Spécialité médicale	Intérêts	Difficultés
Pédiatrie	Le contact avec les enfants : *« il faut en quelque sorte les dompter, il y a un côté ludique »* (E5)	Le côté technique *: « Je prenais aucun plaisir à mettre des cathéters à des nouveaux nés de 500 grammes »* (E12)
Endocrinologie	Le suivi : *« c'est assez global, tu fais du suivi »* (E2) L'absence d'urgences : *« c'est pas une spé où il y a de grosses urgences, de gros stress »* (E9)	Des pathologies complexes : *« pour un incidentalome surrénalien où il fallait faire 3 pages de bilan et qu'on ne trouvait rien »* (E2)
Hématologie	Des patients jeunes : *«j'aime vachement avoir des patients jeunes »* (E11) Des pathologies graves *: « on en sauve quelques uns », « il fallait aussi un peu leur parler »* (E11)	Pas de difficulté : *« c'était pas la spé en elle même, ça se passait bien, c'était vraiment le fait que ça soit trop spécialisé »* (E11)
Médecine interne	*« La médecine polyvalente »* (E3)	*« Le côté maladies très rares »* (E3)

Tableau 4 : intérêts et difficultés spécifiques à chaque spécialité médicale

Spécialité non somatique	Intérêt	Difficulté
Psychiatrie (E1)	-Le côté clinique : *« c'était le côté clinique, le côté grosses pathologies, les traitements. Alors plus ce côté scientifique que le côté psychothérapie, psychologique »*	-Manque de somatique et de variété : *« je voulais faire encore de tout », « j'avais l'impression un peu de rester sur ma faim, de ne pas avoir pratiqué tout ce que j'avais appris sur le papier »*
Biologie (E7)	-Le raisonnement : *« réflexions assez poussées »* -Le côté ludique : *« on voit des cellules au microscope, on apprend à les reconnaître, c'est quelque chose d'assez ludique aussi.»*	-Manque de clinique : *« c'était tellement une nécessité que ça a pris le dessus quoi », « c'était purement de la bactério, pas du tout de l'infectieux »* -Trop scolaire *: « un raisonnement que je trouvais très scientifique, très scolaire, pas appliqué du tout quoi »,* -Trop technique : *« 50% de la bio c'est aussi savoir tel produit tel truc tel réactif, et ton résultat il va être bon ou pas »*
Santé publique (E8)	-Ouverture à d'autres apprentissages *: « j'ai découvert l'éducation thérapeutique », « j'ai fait un master 1 de biostatistiques »* -Qualité de vie : *« pas de permanence de soins, tu peux bosser avec ton ordinateur n'importe où »*	-Manque de clinique : *« c'est le fait que je ne voyais pas de malades, c'est ça qui me manquait, la clinique »*

Tableau 5 : intérêts et difficultés des spécialités non somatiques

Parmi les personnes qui avaient choisi initialement une spécialité **chirurgicale** ou médico chirurgicale, les intérêts mentionnés étaient *« le côté manuel »* (E4) *« les gestes »* (E13), et *« la variété des pratiques [en gynéco obstétrique] »* (E6). Les inconvénients étaient *« la vie de chirurgien »* (E4), le manque de contact *« parce qu'en tant que chirurgien c'est pas du tout la même relation avec les patients »* (E13), et le *« stress »* d'être *« la personne centrale », « d'avoir une équipe à gérer »* (E4).

➔ Quatrième déception : dans chaque spécialité des inconvénients étaient découverts. Ils surpassaient les aspects positifs de la spécialité qui avaient été des motivations au choix initial.

<u>Les personnes rencontrées et l'ambiance</u>

Sur les 6 interviewés qui ont évoqué les **médecins** qu'ils avaient rencontrés dans la spécialité, un seul en parlait en termes très positifs : *« elle était tellement gentille », « j'avais une chef de clinique d'endocrino que j'aimais beaucoup beaucoup»* (E2). Les autres

rapportaient un manque d'identification à leurs médecins référents : *« il y avait beaucoup de profils comme ça que j'ai rencontrés et où je me disais "je ne m'identifie pas" ou même " je m'oppose" »* (E5).

Certains trouvaient qu'il y avait *« à l'hôpital en spécialité, un paquet, enfin un nombre invraisemblable de gens caractériels »* (E5), avec peut-être un lien entre cette personnalité et le sur investissement au travail : *« je pense qu'il y a une déformation aussi »*, *« quand on aime vraiment beaucoup sa spécialité, qu'on s'investit beaucoup dedans, on change doucement doucement doucement, sans vraiment sans rendre compte au quotidien »* (E10).

Ils évoquaient aussi leurs **co-internes** de spécialité : *« des co internes que j'aimais beaucoup »* (E9), *« qui tenaient le coup parce qu'elles se disaient que c'était bientôt fini »* (E10). Certains ne se *« reconnaissaient pas »* dans leurs co-internes (E7*), « quand il y avait un incidentalome [mon co interne] était comme un fou, il était trop content et tout. Et donc je me suis dit "bah non, mais là il y a un souci, c'est qu'il y a un truc qui me convient pas" »* (E9).

Beaucoup rapportaient une *« mauvaise **ambiance** »* (E2) dans le service : *« non mais c'est même pas la peine de m'imaginer faire 6 semestres dans ce service là »* (E2*), « le premier jour où j'ai mis le pied dans le labo, je me suis dit au secours ! »* (E7). Ils allaient jusqu'à évoquer *« l'asservissement des internes »* (E12). La rivalité d'accès aux postes contribuait à cette ambiance : *« il faut toujours se battre, pour ta place d'assistant, pour ta place et tout ça », « il faut se faire bien voir par les chefs »* (E2).

➔ Cinquième déception : dans l'ensemble, les interviewés ne s'identifiaient pas aux médecins et aux co-internes et trouvaient l'ambiance trop compétitive.

4) La médecine générale, aspects et vécu

La principale raison pour rejoindre la médecine générale

Plusieurs motivations ont été évoquées (tableau 6). Les interviewés avaient parfois du mal à trancher parmi plusieurs raisons principales *« pfff y en a plein »* (E9) :

Principale raison	Exemples de verbatim
Pour le côté varié *3E, 4V*	*« le côté diversifié »* (E1) *«c'est surtout le fait de faire un peu de tout »* (E11)
Pour le contact avec les patients *2E, 4V*	*« le premier truc qui m'a manqué ça a été vraiment le contact avec les gens »* (E13) *« je pense que c'est ça qui a fait, euh, déclencher le truc »* (E9)
Pour la liberté d'exercice *2E, 2V*	*« je dirais la liberté [du mode d'exercice] »* (E2) *« euh…peut être…la liberté d'exercice »* (E3)
Pour les patients et la clinique *2E, 2V*	*« Les patients, le fait de voir des patients, d'examiner, de faire des diagnostics, enfin faire de la médecine quoi »* (E7) *« C'est la pratique de la clinique »* (E8)
Parce que je n'étais pas à ma place dans la spécialité *1E, 2V*	*« c'est parce que j'avais pas l'impression d'être à ma place », « je pensais vraiment que j'étais plutôt faite pour autre chose »* (E10)
Parce que le stage dans la spécialité n'a pas plu *1E, 2V*	*« mon stage en réa néonatale, qui m'a pas plu du tout en fait »* (E12)
Pour fuir la chirurgie *1E, 1V*	*« avant tout, c'est moche à dire, mais c'était quand même fuir le côté chirurgical »* (E4)

Tableau 6 : les principales raisons pour rejoindre la médecine générale

➔ En résumé, rejoindre la médecine générale c'était :
- soit pour retrouver un aspect de la médecine qui faisait défaut dans la spécialité et qui était vu comme une qualité dans l'exercice de la médecine
- soit pour quitter une spécialité qui ne convenait plus.

Les principaux freins à rejoindre la médecine générale

La majorité des interviewés n'avaient pas de craintes à rejoindre la médecine générale. Les freins concernaient à la fois l'exercice futur de la médecine ambulatoire, l'internat et l'image du métier dans la société (tableau 7).

Principal frein	Exemples de verbatim
Pas de freins *7E, 10V*	*« il n'y a pas eu de frein »* (E9) *« non j'étais assez confiante »* (E13)
L'image de la médecine générale par rapport aux spécialités *2E, 6V*	*« c'est sûrement moins bien vu je pense un généraliste qu'un spécialiste »* (E5) *« ce que je regrettais mais qui n'a aucune importance, c'est juste un problème d'ego : c'est de perdre ce statut de spécialiste, que je trouvais assez plaisant »* (E12)
L'exercice solitaire *3E, 4V*	*« le fait de travailler tout seul »* (E5)
Le semestre aux urgences *2E, 2V*	*« j'avais une appréhension extrême de mon stage aux urgences »* (E2)
Quitter l'hôpital *1E, 1V*	*« le principal obstacle c'est que du coup je bossais plus du tout à l'hôpital »* (E11)
La gestion administrative *1E, 1V*	*« surtout le côté pratique entreprenariat »* (E6)

Tableau 7 : les principaux freins à rejoindre la médecine générale

Le mode d'exercice

La plupart des médecins évoquaient **la variété possible des modes d'exercice** qui permettait de *« se fermer aucune porte »* (E12) : *« je savais qu'en médecine générale on pouvait tout faire »* (E10). Etaient mentionnés :
- la possibilité de les combiner *« de faire de la PMI, de faire du cabinet, de travailler un peu à l'hôpital, de reprendre un DU à un moment »* (E7)
- la possibilité d'avoir un poste universitaire *« devenir chef de clinique, c'est quelque chose qui me plaît »* (E12)
- les différences d'exercice selon le lieu et indirectement la liberté d'installation *« ce qui me plaît, c'est l'exercice rural, l'exercice mixte »* (E12)

Aux aspects de **l'exercice ambulatoire** vus comme des freins (cf tableau 7) s'ajoutaient la difficulté d'accès aux moyens techniques par rapport à l'hôpital : *« quand c'est un peu chaud tu peux pas attendre des examens complémentaires, au final tu les envoies… c'est un peu relou »* (E11), une lassitude parmi *« tous les médecins de son stage prat' »* avec la *« peur de [s]'ennuyer en libéral »* (E5) et parfois des cas cliniques *« moins fou »* qu'à l'hôpital (E8).

La moitié des interviewés voyaient plutôt des avantages à l'exercice ambulatoire, avec la possibilité de *« gérer son temps de travail »* (E9)*, « travailler le nombre de jours que tu veux »* (E2). Les remplacements aussi laissaient beaucoup de liberté : *« ma sœur je voyais bien, elle remplaçait où elle voulait, elle a passé un an en Nouvelle Calédonie »* (E4). E4 appréciait d'être son propre chef : *« l'attrait aussi pour quelque chose où je n'aurai pas de compte à rendre à personne… si, à ma conscience à moi »*. E4 et E8 mentionnaient *« la satisfaction de pouvoir trouver du boulot rapidement, parce qu'il y a du boulot partout »* (E8) et *« la satisfaction financière » : « ce que je faisais en un mois temps plein avec les weekends à Y [en tant que gériatre hospitalier], je les fais en une semaine au cabinet »*(E8). L'exercice ambulatoire ne signifiait pas exercice solitaire, avec pour souhait d'être *« dans un cabinet à plusieurs »* (E8) afin *« d'échanger régulièrement* » (E8), et de *« travailler en réseau »* (E9).

Certains interviewés mentionnaient la possibilité de *« travailler un peu à **l'hôpital** »* (E7) : *« tous les services sont un peu amenés à prendre des médecins généralistes quelque part »* (E7). Pour les interviewés ayant choisi de faire un DESC (E8, E5 et E11), travailler à l'hôpital n'était pas un engagement irrévocable : *« j'ai décidé de tout laisser tomber, de laisser tomber le DESC [de gériatrie], de laisser tomber le salariat, et de revenir aux choses simples, de revenir à la pratique de la médecine générale en cabinet »* (E8). De même, pour les 2 futurs urgentistes, travailler aux urgences *« c'est un peu fatigant à la longue »* (E11) et *« à un moment donné je vais forcément en avoir marre »* (E5). Ils évoquaient la possibilité de revenir en médecine générale après quelques années à l'hôpital : *« le DESC d'urgences c'est pas… enfin si un moment donné je repasse en médecine générale je serais très content »* (E5).

➔ Le mode d'exercice était globalement un facteur très attractif pour faire de la médecine générale, laissant beaucoup de possibilités et de dynamisme d'évolution. Ceux qui craignaient l'exercice ambulatoire trouvaient des alternatives, à l'hôpital ou dans d'autres structures.

<u>L'internat</u>

Certains interviewés trouvaient l'internat de médecine générale plus **attractif** car *« plus court »* (E2) et *« t'as moins de pression »* (E2) : *« quand je suis passé à 3 ans j'étais bien content, et ça a joué dans mon choix, y a pas que ça [le travail] dans la vie »* (E11).

Certains internes se réjouissaient de **l'encadrement** par le département de médecine générale, tout au long de leur internat : *« le DES de médecine générale est quand même beaucoup mieux fait, on est beaucoup mieux encadré »* (E5). La maquette laissait assez de liberté et de choix dans les stages : *« content d'avoir pu faire mon internat comme je l'entendais »* (E6). Certains regrettaient d'avoir été *« complètement déclassé[es] »* (E13) suite à leur droit au remords, de se *« retrouver en toute fin de promo »* et d'être *« pénalisé[es] »* (E8).

Les interviewés ont beaucoup parlé de leur vécu dans les différents stages de leur internat de médecine générale.

Le stage hospitalier avait un intérêt pour la médecine générale : *« en médecine polyvalente, on faisait beaucoup de choses, de la diabéto, de la rhumato, y avait une unité d'alcoologie », « ça m'a beaucoup intéressé surtout pour la médecine générale »* (E6).

Les avis sur **le stage aux urgences** étaient assez contrastés. Certains l'appréhendaient *« j'avais un peu peur de faire les urgences »* (E10) ou le voyaient comme *« un gros frein »* (E2), *« le fait de prendre médecine générale, c'est le stage aux urgences 6 mois ça m'arrêtait un peu »* (E1). Finalement, ils étaient nombreux à l'avoir beaucoup apprécié : *« c'est un peu le stage qui me fait devenir médecin j'ai l'impression »* (E7). Etaient évoqués *« plus de responsabilité »* (E7), *« une grande autonomie »* (E12), *« plein de choses variées »* (E12) et *« l'impression d'avoir acquis des trucs assez concrets »* (E7). 2 personnes ne l'ont pas apprécié : *« j'ai pas trouvé ça si intéressant que ça »* (E4), *« j'ai vite compris que les urgences c'était pas pour moi »* (E6).

Ils ont tous longuement évoqué **le stage de niveau 1**, sauf E1 et E7 qui ne l'avaient pas encore fait. Ils rapportaient un vécu très positif : *« ça m'a fait vachement de bien »* (E2), *« une révélation »* (E6), *« quand j'ai pu consulter tout seul, j'ai bien aimé »* (E6). Ils étaient plusieurs à *« attendre beaucoup de ce stage »* (E7) pour les conforter dans leur changement de filière. Finalement *« ça n'a fait que conforter tout ça »* (E9), *« ça m'a beaucoup rassuré »* (E6). Pour ceux qui n'avaient pas fait de stage en médecine générale pendant l'externat, il y avait *« un peu tout à découvrir »* (E13). Globalement, *« ça a été plutôt la bonne surprise »* (E11). Les points positifs étaient :

- Un stage varié *« donnant une vision assez large de la médecine générale »* (E6) avec 3 maîtres de stage différents
- Des praticiens *« qui ont donné le goût de la médecine générale »* (E3), des modèles pour certains : *« il y en avait 2 sur les 3 qui étaient exactement comme j'ai envie d'être »* (E13)
- Une relation privilégiée d'égal à égal avec les praticiens : *« on nous considérait comme des pairs »* (E5).
- Une pédagogie d'accompagnement : *« je voulais prendre le temps de bien les observer »* (E13), *« ils nous guidaient un peu », « rapidement ils nous donnaient de l'autonomie »* (E5).

Le **stage SASPAS** (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) était évoqué en termes très positifs : *« le vrai stage de médecine générale », « le SASPAS ça m'a fait un bien fou »* (E4). *« C'est l'idéal pour pouvoir après débuter sur les rempla »* (E2). Ce stage permettait une prise de conscience de *« ce qu'[il] ne voulait pas faire »* et de la possibilité de faire la médecine *« à [sa] manière »* (E8) : *« c'est une prise de conscience de cette liberté-là, qui m'a fait me diriger après vers la médecine générale »*. Des liens ont été développés avec les patients : *« y a pas mal de gens qui se sont confiés à moi, qui m'ont dit des trucs mais, énormissimes, qu'ils n'avaient jamais dit à leur médecin, enfin au médecin SASPAS que entre guillemets "je remplace"»* (E4).

➔ L'internat de médecine générale était attractif. Ils appréciaient l'encadrement et les différents stages de la maquette adaptés à la médecine générale.

La profession en elle-même

A la lumière de leurs stages en médecine générale et premiers remplacements, plusieurs notions ont été mentionnées sur le métier de médecin généraliste. Certaines se recoupaient avec les représentations antérieures qu'ils avaient du métier (soulignées dans le tableau 8).

Aspects du métier	Détail	Exemples de verbatim
Une pratique variée	Exercice varié selon les patients, les pathologies, le moment *(11E, 67V)*	*« les journées c'est hyper diversifié et ça c'est vachement chouette »* (E2) *« tu gardes un œil sur toute la médecine »* (E1)
	Possibilité de se diversifier et d'évoluer *(7E, 20V)*	*« si un jour tu as envie de t'intéresser à un domaine ou à un autre, ça existe aussi »* (E5)
Une relation privilégiée avec les patients	Une médecine de famille *(3E, 14V)*	*« le suivi des patients »* (E2) *« je me voyais plus médecin de famille, à gérer les familles, à gérer tout le monde »* (E5)
	Une relation de proximité *(7E, 17V)*	*« la relation de confiance »* (E8) *« être plus proche des gens »* (E10)
	Un côté humain *(5E, 12V)*	*«être à l'écoute et tout ça »* (E3) *« ce côté humain qui était super sympa »* (E5)
	Bien connaître ses patients *(3E, 7V)*	*« ils connaissent vachement bien leurs patients »* (E5)
	Une relation aller-retour avec ses patients *(1E, 12V)*	*« c'est donnant donnant »* *« on a beaucoup de retours »* (E8)
	Une approche pas seulement bio médicale *(2E, 3V)*	*« discuter de choses et d'autres, pas uniquement de leurs problèmes médicaux »* (E13) *« cette souffrance pas forcément organique mais psychique, ça j'aime bien »* (E4)
	Se mettre à la portée des patients *(1E, 6V)*	*« savoir les questions que se posent les gens »* *« avoir la vision du grand public »*(E4)
Se former pour un travail de qualité	Faire un travail de qualité *(3E, 11V)*	*« ils étaient bien plus carrés que j'aurais pensé »* (E11) *« le médecin généraliste va aussi loin qu'il le peut »* (E7)
	Connaître beaucoup de choses *(4E, 9V)*	*« faut être au taquet sur tout »* (E8) *« il y a toujours des trucs où tu connais rien parce que c'est tellement vaste »* (E11)
	Se former sans cesse *(2E, 7V)*	*« je rentre : je revois le truc que j'ai pas réussi ou que je savais pas »* (E4) *« tout le côté recommandations, il faut se mettre à jour »* (E1)

	Incertitude *(3E, 6V)*	*« tu n'as pas d'emprise sur tout »* (E1) *« il faut être prêt quand tu prends médecine gé à jamais être très au point sur un truc »* (E11)
Médecine de premier recours	Etre en première ligne *(1E, 6V)*	*« c'est un peu toi qui est en première ligne »* (E11)
	Exercice peu stressant *(1E, 8V)*	*« en médecine gé je me sens en sécurité »* *« si tu vois un truc urgent, bah t'appelle le 15, sinon t'as toujours le temps de prendre ton téléphone »* (E4)
	Travailler en réseau *(1E, 7V)*	*« je pourrais demander conseil facilement aux uns et aux autres »* (E4)
	Faire des choses simples *(1E, 2V)*	*« faire des choses simples je le dis j'aime bien »* (E4)
Compatible avec un épanouissement personnel	Possibilité de concilier vie de famille et profession *(2E, 5V)*	*« je me suis mariée, j'ai eu la petite, ça a été un gros levier […] c'est pas que le boulot, l'aspect recherche et tout qui va m'épanouir »* (E2)
	Un métier épanouissant *(1E, 3V)*	*« quoiqu'il arrive on peut s'épanouir en médecine générale »* (E12)
	Des côtés satisfaisants *(1E, 2V)*	*« y a des choses qui sont très satisfaisantes »* (E8)
Un métier concret	Un côté pratique *(1E, 4V)*	*« ce que je veux c'est que dans ma pratique quotidienne ça change »* *« cette approche assez terre à terre »* (E5)
	Rendre service concrètement *(1E, 4V)*	*« tu peux vraiment aider les gens concrètement pour des petites choses »* (E2)
Une touche personnelle dans l'exercice	Faire sa propre médecine *(1E, 15V)*	*« la médecine générale est très variable d'un praticien à l'autre […] je vois la médecine d'une manière très intuitive et sentimentale »* (E8)
	Une certaine liberté de façon de faire *(1E, 2V)*	*« la majorité des situations sont quand même laissées un peu au libre arbitre du médecin »* (E12)
Aspects négatifs	Le côté prenant *(3E, 5V)*	*« faut bosser, t'enfiles pas des perles »* (E8)
	La responsabilité *(2E, 4V)*	*« le côté responsabilité »* (E1) *« je rappelle énormément les gens »* (E4)
	Pas parfait *(1E, 2V)*	*« il ne faut pas non plus idéaliser l'exercice d'un médecin généraliste »* (E2)
	Gérer seul des situations psychologiquement difficiles *(1E, 2V)*	*« les fins de vie à domicile » « ça me minait quoi »* (E4)

Tableau 8 : aspects du métier de médecin généraliste

E : Interviewé, V : verbatim

Les personnes rencontrées et l'ambiance

Ils ont évoqué de manière positive l'état d'esprit et l'ambiance des médecins généralistes. Ils ont été marqués par leurs co-internes de médecine générale à qui ils s'identifiaient ou avec qui ils se sentaient mieux qu'avec leurs collègues de spécialité : *« ça a été certainement un levier : rencontrer des internes, avoir des co internes de médecine générale, qui me semblaient bien plus heureux. »* (E12), *« en terme d'identification c'était beaucoup plus flagrant, enfin je me voyais beaucoup plus à leur place [médecins généralistes] qu'avec les pédiatres »* (E5). Ils avaient remarqué *« le côté humain des groupes de médecine générale »* (E5), *« de l'entraide, une sorte de fraternité »* (E6), *« des gens assez ouverts »* (E12), *« plus… humbles »* (E12), *« plus accueillants »* (E4).

➔ L'état d'esprit bienveillant que leur renvoyaient les groupes de médecine générale semblait avoir contribué à leur réorientation.

L'image de la médecine générale par rapport aux spécialités

La vision de la médecine générale par rapport aux spécialités dans le milieu médical et dans la société en général a été évoquée. Il en ressortait un complexe d'infériorité des médecins généralistes avec parfois une impression *« d'être jugé, d'être un peu pris de haut »* (E5) par les collègues spécialistes : *« en hospitalier par exemple, c'est sûrement moins bien vu je pense un médecin généraliste qu'un spécialiste »* (E5). Certains avaient été confrontés à *« une chef qui valorisait beaucoup les internes de pédiatrie, elle a pu dire "ah bah c'est que vous avez bien réussi l'internat"…»* (E3), s'amusant du complexe de supériorité de *« certains nouveaux internes notamment de spécialité, bon bah on sent qu'ils se considèrent comme étant un peu… enfin ce n'est pas du tout tout le monde… on sent qu'il y a une certaine fierté pour eux d'être interne de spécialité »*. E12 avait été un peu dérangé *« de perdre ce statut de spécialiste qu'[il] trouvait assez plaisant »*.

Le choix de la médecine générale aux ECN a été évoqué. La médecine générale était *« un peu la chose que tu fais quand tu veux pas te spécialiser, en gros », « par défaut »* (E1). Les postes de médecine générale seraient en partie pourvus par *« les mecs qui ont échoué à une spécialité, qui se sont plantés à l'internat, qui arrivent en médecine générale parce qu'ils sont un peu nullâsses »* (E8). Ils reconnaissaient une évolution : *« maintenant il y a des progrès, il y a des gens hyper bien classés qui partent en médecine générale »* (E8).

➔ Il persistait une image dépréciée de la médecine générale en comparaison aux spécialités. Elle semblait avoir joué un rôle dans l'orientation initiale.

5) Le cheminement vers le changement de filière

Les personnes interviewées étaient interrogées sur le processus de prise de décision de changement de filière. Elles ont évoqué le cheminement vers les différents choix, de l'entrée en médecine au droit au remords, les éléments influant leur décision et les réactions de l'entourage.

Le processus du changement

Le premier choix relaté était celui d'**entrer en médecine**. E4 par exemple, *« ne savait pas quoi faire en terminale»*, elle a opté pour médecine sur une suggestion de sa sœur avec *« la belle idée de vouloir aider les gens »*. Certains avaient été influencés par la série Urgences *: «j'avais pas de parents médecins, j'avais juste des repères, un peu con… tu as regardé la série urgences tu as envie de faire urgences ou chirurgie »* (E11).

Pendant l'externat, le projet de spécialité n'était en général pas clairement établi : *« pas forcément d'envie particulière »* (E3), *« plutôt parti pour faire les urgences »* (E5). Seuls E8 affichait clairement un intérêt pour la santé publique : *« la santé publique ça me faisait rêver »*, et E13 pour la chirurgie : *« je trouvais ça passionnant »*. Certains s'interrogeaient déjà sur la médecine générale : *« j'étais en 5ème et 6ème année quand je me posais beaucoup de questions, j'adorais la médecine générale »* (E9). 5 personnes avaient été influencées par les stages qu'elles avaient réalisés : *« j'avais bien aimé mon stage en pédiatrie »* (E5). E9 avait tout aimé : *« j'aimais toutes les spés tout le temps, parce que moi ce que j'aime c'est général »*. E3 et E10 affichaient déjà la volonté d'exercer en ville : *« c'est sûr que c'était peut-être plus la médecine libérale qui m'attirait que hospitalière »* (E3). E11, au contraire, trouvait qu'en général on était assez axé hôpital en début d'internat puis *« qu'à partir de la D4 où tu commences à être bien crevé, t'en as un peu marre de l'hosto, et tu commences à te poser la question de la médecine gé, « y a plein de gens ça leur fait ça »*.

Le choix de l'internat, après l'ECN, était en général une période d'hésitations. Toutes les personnes interrogées se sont posées fortement la question de choisir la médecine générale : *« je n'ai jamais vraiment choisi avant le choix définitif, j'étais très très hésitante »* (E9*), « j'hésitais vraiment au départ entre 2 métiers, la néonatalogie, ça peut paraître un peu surprenant, et la médecine générale »* (E12). E13, *« n'ayant jamais fait de stage* » en médecine générale, hésitait *« à choisir une spécialité qu'[elle] ne connaissait pas »* alors qu'elle savait *« qu'il y avait certainement plein de choses qui pouvaient [lui] correspondre »* en médecine générale.

Ce choix était parfois **influencé** :
- par la faculté d'origine : E7 qui était dans une *« fac pas terrible », « donc de fait les gens deviennent beaucoup plus généralistes»*, s'est dit *« si je peux essayer de faire autre chose, je vais faire autre chose »*. Certains venaient de facultés *« très élitistes »* (E10) : *« je m'étais mis dans cette filière un petit peu bah, je pense maintenant avec le recul ça me semble fou, mais c'était par élitisme en fait »* (E9).
- par le stage où était l'interviewé au moment des choix : E2, E9 et E11 ont été *« induits en erreur »* (E2) par un stage qui se passait bien, avec des chefs qui les encourageaient dans cette voie : *« c'est cool, on m'a dit c'est une bonne spé, voilà je me suis un peu fait … »* (E11).

- par l'image socialement positive du spécialiste : *« A-E12: Est-ce que tu penses que c'est [ce problème d'ego] qui a pu t'influencer dans ton choix initial de faire plutôt néonat ? E12 : Ah oui certainement. Je pense qu'on est tous quand même un peu… »*.
- par l'entourage : l'entourage non médecin voyait *« le généraliste dans sa campagne qui bosse dur »* (E6), *« mon entourage disait "fais pas ça, tu vas te pourrir la vie" »* (E9).
- par le classement aux ECN : E12 *voulait « choisir d'abord l'alternative la plus difficile d'accès par rapport au classement »*. E7 *« adorait l'hémato »* mais son classement ne lui en donnait pas l'accès. Elle avait choisi la spécialité biologie, considérant qu'elle pourrait y faire un peu d'hémato. E5 déplorait le choix selon le classement : *« ça n'aide pas à bien se connaître »*.
- par une fragilité : E9 notait une certaine fragilité au moment de cette période de choix, liée à l'incertitude, *« parce que tu n'es pas assez stable dans ce que tu penses pour le moment »*, par conséquent *« des gens avec des bons arguments peuvent te faire changer d'avis »*.

6 personnes avaient pris en compte dans leur choix la possibilité de faire un droit au remords : *« tout était un peu organisé dans ma tête. J'avais bien en tête dès le début que j'avais jusqu'au 4ème semestre pour changer d'idée »* (E10). E3 et E12 avaient fait en premier le choix du *« cursus plus long et peut être plus difficile, plus contraignant en tout cas »* (E3), pensant qu' *« il vaut mieux faire un droit au remords du particulier vers le général »* (E12). Ils voulaient *« tenter le coup »* (E10), E13 mentionnant *« la peur de regretter de pas faire de chirurgie »*.

Hormis E1 et E3, ils évoquaient tous un ressenti plutôt négatif dès les **débuts de l'internat dans la spécialité initialement choisie** : *« dès le premier semestre je me suis rendu compte que j'avais des doutes sur mon orientation »* (E6).

8 interviewés ont assez vite compris que ça ne leur correspondait pas et qu'ils ne se sentaient pas à leur place : *« j'avais pas l'impression d'être à ma place »* (E10), *« ça n'allait plus quoi, j'étais pas à l'aise »* (E4). Ils évoquaient :

- soit un désaccord avec :
  - leur personnalité : *« je pensais vraiment que j'étais plutôt faite pour autre chose, je me reconnaissais plus »* (E10), *« j'avais pas assez les dents longues pour continuer là-dedans [en chirurgie] »* (E4).
  - leur vision du médecin : *« j'ai fait médecine pour être médecin, pas pour être très calé sur un truc, c'est pas vraiment l'image que je m'en faisais voilà »* (E11).
  - l'image qu'ils avaient de la spécialité : *« j'avais pas du tout vu comme ça »* (E7), *« je m'étais fait une fausse image de la néonatalogie »* (E12).
  - la vie qu'ils souhaitaient (E7, E9, E10, E13) : *« quand t'es dans une spé, il y a le fait qu'il y a le post internat, le clinicat, l'installation après dans un hôpital, je voulais être plus libre que ça pour ma vie future »* (E9).
  - le chef du service : *« Il [le chef de néonat] a cette façon de faire qui ne me convenait pas du tout », « dès lors qu'il y a incompatibilité, je pense qu'il faut partir »* (E12).
- soit un manque de :
  - intérêt pour la spécialité : *« j'étais pas motivée à 100% par ça »* (E2), *« je me suis rendu compte que ça allait pas me plaire »* (E11).
  - polyvalence : E10, E11 et E12 ressentaient le besoin de faire quelque chose de plus général : *« au bout de 3 mois [d'hémato] je me suis dit, mais c'est bon au bout de 2 ans je saurai plus rien faire », « quand j'ai voulu changer j'ai voulu prendre un truc général »* (E11).
  - clinique : E7 et E8 avaient *« très envie de voir des patients »* (E8).

-compétence : *« si jamais il y avait une urgence, concrètement, une urgence chirurgicale, je pense pas que j'aurai été bonne pour ça »* (E4).

Un retentissement sur la santé physique et psychique était ressenti : *« je commençais à être plus très bien moralement et physiquement »* (E13), *« j'étais pas du tout heureuse, j'étais pas épanouie, j'étais malade quoi »* (E10). Certains exprimaient un stress : *« j'avais l'impression de courir un peu partout et d'être en alerte tout le temps »* (E9).

Les internes trouvaient aussi des côtés intéressants : *« c'est des raisonnements scientifiques et malgré tout, j'aime bien ça quoi »* (E7), *« [la santé publique] intellectuellement c'est un métier qui est passionnant »* (E8). Certains avaient fait le choix d'une spécialité qui leur semblait assez polyvalente ou générale : *« que ce soit médecine interne ou médecine générale, je n'arrivais pas à me mettre dans une spécialité* » (E3). Parmi eux, E9 analysait que ce qui lui avait plu dans ses premiers stages était ce qui se rapprochait de la médecine générale : la prise en charge globale *« on prend la personne globalement »* et le relationnel *« j'ai beaucoup aimé le samedi matin quand la visite était un peu plus tranquille et qu'on pouvait parler avec eux, s'asseoir à côté d'eux. Je m'asseyais en face d'eux et on discutait de comment ça allait, du moral, de comment ils vivaient le diabète »* (E9).

Bien qu'ils aient tous ressenti que quelque chose n'allait pas dès le début de leur internat, les interviewés n'avaient pas tous le même **état d'esprit par rapport à la décision de changer**.

Pour 8 interviewés, le changement de filière était une évidence : *« j'ai eu la chance que ça soit assez limpide »* (E7), *« j'étais décidée »* (E8*)* et ils n'ont *« pas hésité longtemps »* (E11). Au contraire, 4 personnes ont *« longuement hésité »* (E5) : *« j'ai trop de mal à faire des choix »* (E4), *« je suis arrivé donc au bout de 2 ans, où c'était la fin de la fin, et ça faisait un an que j'y pensais en me disant là il faut vraiment que je prenne une décision »* (E5). E2 et E5 étaient *« perturbé[s], pas très très tranquille[s] »* (E2). Ainsi E2 avait d'une part la crainte de décevoir ses chefs et d'autre part la lucidité que médecin généraliste *« ce sera pas un boulot à 100% que du bonheur tous les jours, mais en même temps on s'y retrouve, du coup on va le faire »*. E5 insistait sur le caractère irrévocable du droit au remords : *« le droit au remords c'est un point de non-retour »*. D'autres disaient avoir voulu *« aller au bout de leur idée »* (E7) *: « pendant les 6 premiers mois déjà ça me plaisait pas trop mais je m'étais dit, on va voir en hospi, et en fait les 6 mois d'endocrino, j'ai su à la fin que je ferai pas endocrino »* (E9).

C'était pour la majorité une décision très personnelle *« c'était une décision qui n'appartenait qu'à moi »* (E10). Certains l'ont prise *« sans vraiment en parler à personne »* (E11), alors que d'autres ressentaient le besoin d'en parler autour d'eux : *« c'est une décision que j'ai prise toute seule mais avec beaucoup d'appui »* (E13).

Au bout d'un moment le changement devenait une nécessité : *« je pouvais pas faire autrement parce que y avait cette voix qui me revenait tout le temps me disant "c'est pas ton truc, c'est pas ton truc, faut que tu fasses de la médecine gé, ça c'est ton truc" »*(E9).

Certains ont ressenti le besoin de se renseigner à nouveau avant de changer, auprès *« d'internes de médecine gé plus vieux »* (E6), du *«syndicat des internes de médecine générale »* (E6), *« d'une interne qui avait fait un droit au remords »* (E7), *« de médecins de la région »* (E9), *« de médecins généralistes que je connaissais »* (E9*), « de co-internes de médecine générale »* (E1), de pédiatres libéraux pour E5 et E12: *« je me suis rendu compte que cette pédiatrie générale, je la ferai en médecine générale »*(E12), *« j'ai passé une journée chez un des pédiatres de ville mais en fait ça m'a pas plu »* (E5).

E9 exprimait la difficulté de *« revenir sur une décision, un choix de vie, c'est pas forcément évident »*, et la déception *d'avoir « fait une erreur dans le choix au départ, parce que tout ça ça a chamboulé plein de choses dans ma vie ».* Elle trouvait qu'elle s'était laissée influencer : *« ça ça m'énervait, tu te dis "t'aurais pu réfléchir et pas écouter les autres" »*. Elle reconnaissait quand même être *« très contente d'avoir fait cette erreur là et d'être revenue à ce qu' [elle] voulait vraiment faire ».*

E4 et E11 n'avaient pas la vocation pour la médecine générale : *« [la médecine générale] c'est quelque chose que j'ai appris à aimer »* (E4)*, « j'ai un petit peu hésité dans les trucs qui me restaient, médecine gé c'était le plus… », « ça me plait assez pour pouvoir changer »* (E11). Par contre, E10 *« avait l'impression d'être faite pour être généraliste et pas autre chose quoi, l'essence même de l'exercice me plaît »*.

Parfois, le changement était appréhendé : pour E7 et E8 qui allaient revenir à la clinique, pour E10 qui ne connaissait pas encore la médecine générale et pour E13 qui venait de chirurgie : *« je me disais "et si jamais je regrette" »* (E10), *« c'était un peu hasardeux dans le sens où j'avais jamais fait de médecine gé »*(E10). D'autres, notamment ceux qui avaient eu *« des modèles »* (E9), étaient *« vraiment confiant[s]»* (E13).

Le stage hors filière a été fortement conseillé à 5 internes, afin de *« tâter à autre chose, sans que ça soit définitif »* (E6). E6 l'a fait aux urgences au CHU *« puisque les urgences ça rentre dans la maquette de médecine gé»*. E11 et E13 ont pu faire leur stage en médecine générale. C'était pour eux une découverte qui a confirmé leur réorientation : *« j'ai vu leur mode de vie, comment ils exerçaient, et ça m'a donné envie »* (E11), *« il y en a 2 sur les 3 qui m'ont vraiment complètement confortée »* (E13). E7 a fait son retour en clinique dans un service de médecine polyvalente où elle n'avait *« plus de doutes »*. E9 a mûri sa réflexion lors de son hors filière en gynéco-obstétrique, notamment grâce aux *« journées entières de consultations »* dans le service qui *« n'ont fait que confirmer tout ça »*. Elle a eu l'appui de ses co-internes et de ses chefs qui l'ont mise en relation avec leurs correspondants médecins généralistes.

Une fois la décision prise de faire le droit au remords en médecine générale, 8 personnes parlaient d'un véritable soulagement : *« le fait d'avoir décidé ça pfffff…libère d'un poids »* (E10), *« ça a été libérateur immédiatement »* (E9). Ils ont tous apprécié le stage après le droit au remords : *« ça a été une renaissance »* (E10), *« au bout de quelques semaines de stage je me suis dit "mais comment j'ai pu me poser la question d'aller faire autre chose" »* (E13). A propos de ce stage, E8 résume bien ce que ressentaient les interviewés venant d'une spécialité non médicale : *« un sentiment de peur d'être incompétente et en même temps une joie de retrouver la pathologie et des choses qui sont intéressantes »* (E8). Le stage de niveau 1 réalisé juste après le droit au remords a été apprécié : *« ça m'a fait quand même vachement de bien »* (E2). La médecine polyvalente a été *« bien vécu[e] »* (E1) *: « ça a vraiment été la confirmation que j'avais fait le bon choix »* (E6). 3 étaient aux urgences et en gardent un bon souvenir. E11 y a découvert une nouvelle vocation, *« ça m'a beaucoup plu, du coup maintenant je suis dans le DESC d'urgences »*. E10 a *« eu l'impression d'apprendre des choses qui [l]'intéressaient », « qui recoupent la médecine gé »*. E12 y a apprécié l'ambiance et le côté *« plus humble »* des chefs. E7 et E9, qui étaient en pédiatrie après le droit au remords, rapportaient que *« y a énormément de consultations aux urgences, de consultations de médecine générale »* (E9).

➔ L'hésitation débutait dès les études marquées en général par un attrait pour la variété et l'absence de vocation particulière. Cela rendait le choix de spécialité difficile et influençable. Ils envisageaient déjà la médecine générale et avaient en tête qu'ils pourraient utiliser le droit au remords. Assez rapidement, dans l'internat de spécialité, ils se rendaient compte que cela ne leur correspondait pas. Le changement était coûteux mais nécessaire et était finalement vécu comme libérateur. Les appréhensions s'envolaient dès le premier stage dans l'internat de médecine générale.

Les éléments influant la décision du droit au remords

L'entourage proche de certains les voyaient plus médecins généralistes : *« je voyais dans l'idée des gens… "ça t'irait tellement mieux de faire médecine gé"»* (E7), *« les chirurgiens, quand je leur ai dit, ils m'ont dit "oh oui ça te conviendra bien, t'as un bon contact avec les gens, ça te conviendra certainement mieux que d'être chirurgien" »* (E13). Certains avaient des amis *« qui avaient choisi médecine générale, avec elles j'avais discuté beaucoup après le concours de l'internat »* (E3), et E2 disait qu'elles étaient *« 3 copines à avoir fait un droit au remords pendant le semestre, on s'est complètement influencées »*. Les co-internes ont parfois permis d'y voir plus clair : pour E9 par exemple, il lui a fait prendre conscience qu'elle n'était pas aussi passionnée que lui par les problèmes d'endocrinologie, E7 se *« posait plein de questions » « chaque fois qu'[elle] voyait des internes faire de la clinique »* et était *« admirative de ceux qui racontaient leurs gardes aux urgences »*, le co-interne de E13 *« a eu un peu la même opinion que tout le monde : reste pas dans quelque chose où tu n'es pas sûre »*. Certains chefs ont donné leur avis : *« en tant que chirurgien tu vas te faire bouffer »* (E13). La famille a parfois été une aide : E9 disait que *« tout mon entourage affectif m'a énormément aidé là-dedans. A-E9 Parce qu'ils ont senti que tu…E9 : Bah oui, que c'était mon truc »*. N'ayant pas fait de stage en médecine générale, E13 disait que son médecin traitant l'avait influencée : *« quand j'ai fait mon droit au remords, oui clairement, ça m'a aidé [d'avoir l'image de mon médecin traitant] »*.

Des **changements de vie** avaient joué dans la décision, comme un changement de région pour l'internat : E1 était en CHU en premier semestre et s'est sentie *« un peu isolée, au niveau social »*. Elle reconnaissait que *« mon choix peut être que je l'ai fait aussi un peu dans la panique, parce que j'ai vraiment changé de vie du jour au lendemain »*. Rejoindre l'internat de médecine générale lui avait permis de rencontrer du monde, notamment dans les hôpitaux périphériques où l'ambiance était plus conviviale qu'au CHU. E9 menait dans sa ville d'externat une vie *« très stable »*, changer de région était déjà un *« lourd changement », « c'est pour ça qu'[elle] a tardé autant »* à exercer son droit au remords . E4 évoquait des changements dans sa vie privée qui l'ont aidée à changer de voie : elle a rencontré son conjoint, est tombée enceinte, *« peut-être que si j'étais restée célibataire je me serais peut-être pas rendue compte ».* E7 avait *« une insuffisance rénale assez carabinée »,* elle a *« fait un rejet de greffe au cours de son premier stage »,* cela étant plutôt un frein à l'exercice de la médecine générale : *« j'avais très peur en médecine gé de physiquement pas tenir le coup»*.

➔ L'avis de l'entourage (familial, amical, et professionnel) et des tournants dans la vie privée ont parfois pesé dans la décision.

Les réactions de l'entourage lors du droit au remords

L'entourage affectif l'a généralement bien pris, car il percevait que leur proche serait plus épanoui : *« je crois que tout le monde a été soulagé quand j'ai commencé à évoquer la chose »* (E13). Cela n'était en général pas une surprise : *« ils n'étaient pas étonnés parce que j'étais partie avec beaucoup d'hésitations. Ils l'ont bien pris »* (E1).

Par contre, certaines familles préféraient que leur proche reste dans une spécialité : *« quand j'ai choisi après avec le droit au remords, c'était limite un peu la crise »* (E2). Une famille *« ne se mêl[ait] pas du tout de ce qu'[il] fai[sait] »* (E12).

Les collègues à l'hôpital ont également eu des réactions variées : *« ils se disaient "putain elle est couillue quand même" »* (E7), *« ça les emmerdait parce que ça faisait une personne de moins sur la liste de garde »* (E6), *« il a essayé quand même de me dire "mais tu es sûre, tu as passé un mauvais stage, attends de faire de l'urologie pour voir" »* (E13). E6 s'est senti soutenu et accueilli par ses collègues de médecine générale : *« le jour où j'ai fait mon premier choix de stage après le hors filière, dans l'amphi tout le monde a applaudi ».* E13 a apprécié que ses chefs d'urologie aient adapté son activité dès lors qu'elle a parlé du droit au remords : *« ils m'ont fait faire beaucoup de consultations, c'était bien »*.

Les réactions des **responsables du DES initial** étaient assez différentes. Pour 6 internes, l'annonce du droit au remords s'est bien passée, les chefs ont été compréhensifs *: « ça s'est super bien passé, ils m'ont dit "t'inquiète pas, y a aucun problème, on aurait bien aimé que tu restes mais c'est ta vie, tu as bien raison" »* (E2). Certains chefs ont *« manifesté du regret »* (E3) : *« ils trouvaient que c'était important que je choisisse quelque chose que j'aime, mais ils me regretteraient, c'est ce qu'ils ont dit »* (E3). Parfois, il n'y a pas eu d'échange : *« ça a été très simple, j'ai informé le patron que j'avais envie d'arrêter, il a dit d'accord et il a signé le papier »* (E10). E9 et E10 pensaient qu'il y avait un problème en endocrinologie et regrettaient que les chefs ne se remettent pas en question : *« les patrons d'endocrino se remettent pas du tout en question. Je pense qu'ils captent pas qu'en endoc c'est pas normal que ça fait 3 promos qu'il y en a un par promo qui s'en va »* (E10). D'autres seniors se sont remis en question *: « je crois qu'on est passé complètement à côté de ta personnalité »* (E7), ou l'ont *« mal pris parce que je n'en avais pas discuté avec lui avant »* (E6). Les chefs de E8 *« ont été bienveillants, comme toujours »*, ils ont même continué à l'accompagner *: « mon maître de stage de premier stage, c'est devenu mon directeur de thèse »* (E8). Le chef de E12 *« a été surpris »* et dès lors *« a été beaucoup plus modéré dans son comportement »*.

3 internes de la même faculté ont été déstabilisés par l'accueil du **responsable du DES de médecine générale** : *« il m'a dit tous les défauts de la médecine gé, pour voir comment je réagissais »* (E2), *« il m'a fait un entretien un peu… en me repoussant dans mes retranchements »* (E3). Les autres décrivaient un accueil chaleureux et attentif : *« ils ont été extra »* (E4), *« Pr X, je l'ai appelé pendant ses vacances, il m'a répondu tout de suite, il a signé le papier pendant ces vacances. J'ai eu beaucoup d'échanges positifs, des échanges très dynamiques »* (E10).

➔ Globalement, malgré quelques réactions déstabilisantes ou absences de réactions, la décision de réorientation était bien accueillie par l'entourage et par les responsables du DES initial et du DES de médecine générale.

6) Bilan du parcours

Vécu de ce parcours avec le recul

12 personnes sur les 13 interviewés exprimaient sans hésiter **l'absence de regrets** : *« c'était le meilleur choix que je pouvais faire »* (E9), *« heureusement que je l'ai fait, plus ça va plus je me dis que c'est génial »* (E7). Seule E1, la moins avancée dans son internat, était plus nuancée. Elle avait besoin d'un peu *« plus de recul pour vraiment atteindre la certitude »* bien qu'elle *« pense que c'est le bon choix »*. Elle attendait notamment le *« stage chez le prat' »*.

Certains exprimaient la fierté d'avoir fait un choix réfléchi : *« je l'ai choisi plus que jamais »* (E7*), « d'être là, enfin c'est un vrai choix, c'est pas " bon bah j'ai eu ça je l'ai pris" »* (E9). Passer par là avait rendu leur choix plus sûr : *« finalement tant pis si j'ai attendu un an et demi, peut-être qu'il fallait ça aussi pour que j'en sois sûre, certaine, et que je regarde jamais en arrière »* (E9). E11 et E13 auraient choisi directement médecine générale à l'internat s'ils avaient fait un stage d'externe en médecine générale : *« je pense franchement que si j'étais passée chez le prat' quand j'étais externe, je suis quasiment sûre que je me serais pas posé de questions »* (E13).

Ce parcours leur apportait **un bagage supplémentaire**. Ils avaient acquis une expérience pouvant leur être utile en médecine générale : *« je regrette pas d'avoir fait tous ces semestres en chir, même si ça a été difficile, maintenant je me sens à l'aise, je me dis que ça m'a rendue plus forte »* (E4), *« je vais garder la prévention, le dépistage, les formations que j'ai eues, et je vais partir avec ce bagage en médecine générale parce que je pourrai en faire »* (E8).

Ils **se sentaient mieux** dans cette voie : ça leur *« correspond[aient] beaucoup plus »* (E7*) « j'ai vraiment l'impression d'être à ma place »* (E7). Ils se sentaient plus épanouis sur le plan professionnel et personnel : *« j'adore me lever pour aller bosser, j'adore ce que je fais, j'ai l'impression de servir à quelque chose »* (E10).

Selon eux, *« il y en a un paquet qui ont dû hésiter »* (E5). Ils les encourageaient à exercer leur droit au remords : *« faut pas se cloisonner dans un truc que l'on va regretter », « on a le droit de recommencer »* (E8).

Que conseiller aux futurs internes qui hésitent entre la médecine générale et une autre spécialité

Le choix de la spécialité est une **décision importante et difficile** qui demande réflexion *: « finalement c'est cette décision-là, de l'internat, qui est la plus importante je pense. Faut pas la rater celle-là. Il faut savoir ce qui est le meilleur pour soi, c'est vachement difficile »* (E10).

Les interviewés **conseillaient** aux étudiants hésitant de :

- Passer en stage en médecine générale : *« C'est important de savoir ce que c'est»* (E9).

- Discuter avec des médecins qui ont de l'expérience, *« des gens qui ont plus de recul, qui ont des années de travail »* (E7).
- Se renseigner sur l'exercice concret du métier : *« le côté logistique, les horaires, les gardes »* (E8).
- Discuter avec des internes : *« appeler des internes qui viennent de chacune des voies, savoir les motivations de chacun pour t'aider »* (E4). L'internat ne donne pourtant pas toujours une vision réelle de la pratique : *« parler avec les internes je trouve pas ça vraiment représentatif, parce que les internes ils sont comme nous, ils sont en cours de stage »* (E1).

Ils insistaient sur l'importance de **se projeter** sur le *« mode d'exercice et la vie que l'on veut avoir »* (E7). Ils conseillaient de faire un travail d'introspection, de se *« connaître et savoir où on est bien »* (E5), *« personne ne peut décider ou savoir pour quelqu'un d'autre »* (E9). Il existait aussi une part de *« pas l'instinct mais… le feeling »* (E7). Ils mettaient en garde de *« ne pas se laisser influencer par certaines personnes qui n'ont pas de très bonnes opinions de la médecine gé »* (E10) : *« le problème du jeune externe qui va choisir à l'internat, c'est qu'il se demande ce qu'il veut lui, mais aussi ce que veulent ses chefs, ses parents, ses amis, de l'image, de tout ça »* (E9).

Quelques interviewés étaient d'avis d'**essayer la spécialité** d'abord pour ne pas regretter : *« si on hésite, il faut pas aller en médecine générale d'emblée je pense. Sinon je pense qu'il pourrait y avoir une sorte de frustration permanente : "et si…et si j'avais fait cardiologue je serais pas en train de m'occuper de mes vieilles de 90 ans à la maison de retraite" »* (E12). Par ailleurs *« une spécialité d'organe c'est quitte ou double hein, ça plait ou ça plait pas »*, alors que *« la médecine générale ne peut pas déplaire, étant donné qu'on peut orienter sa pratique comme on veut »* (E12).

Certains insisteraient sur les points positifs de la médecine générale : *« ce que je lui dirais, c'est que je n'ai jamais vu quelqu'un qui a regretté de faire médecine gé. C'est ce que je dis aux externes »* (E7), *« ce que je lui vendrais de la médecine gé c'est vraiment la polyvalence, la liberté, l'internat qui est, franchement à Y que je trouve super »* (E7).

D'autres leur auraient *« fait part de [leur] expérience »* (E4) : *« faire un peu comme moi j'ai fait, à savoir soit si ça le dérange pas de pas faire de truc pluridisciplinaire, de plutôt prendre une spé, inversement s'il aime bien toucher un peu à tout faut se poser la question de la méd gé ou alors prendre une spé où tu fais un peu de tout »* (E11).

➔ Ils ne regrettaient pas leurs parcours qui leur avaient apporté un bagage en plus et étaient les fruits d'un choix mûrement réfléchi. Ils insistaient sur l'importance de la décision du choix de spécialité : se renseigner, se connaître et se projeter, sans se laisser influencer. Il y avait autant de conseils spécifiques que de parcours.

7) Figure récapitulative

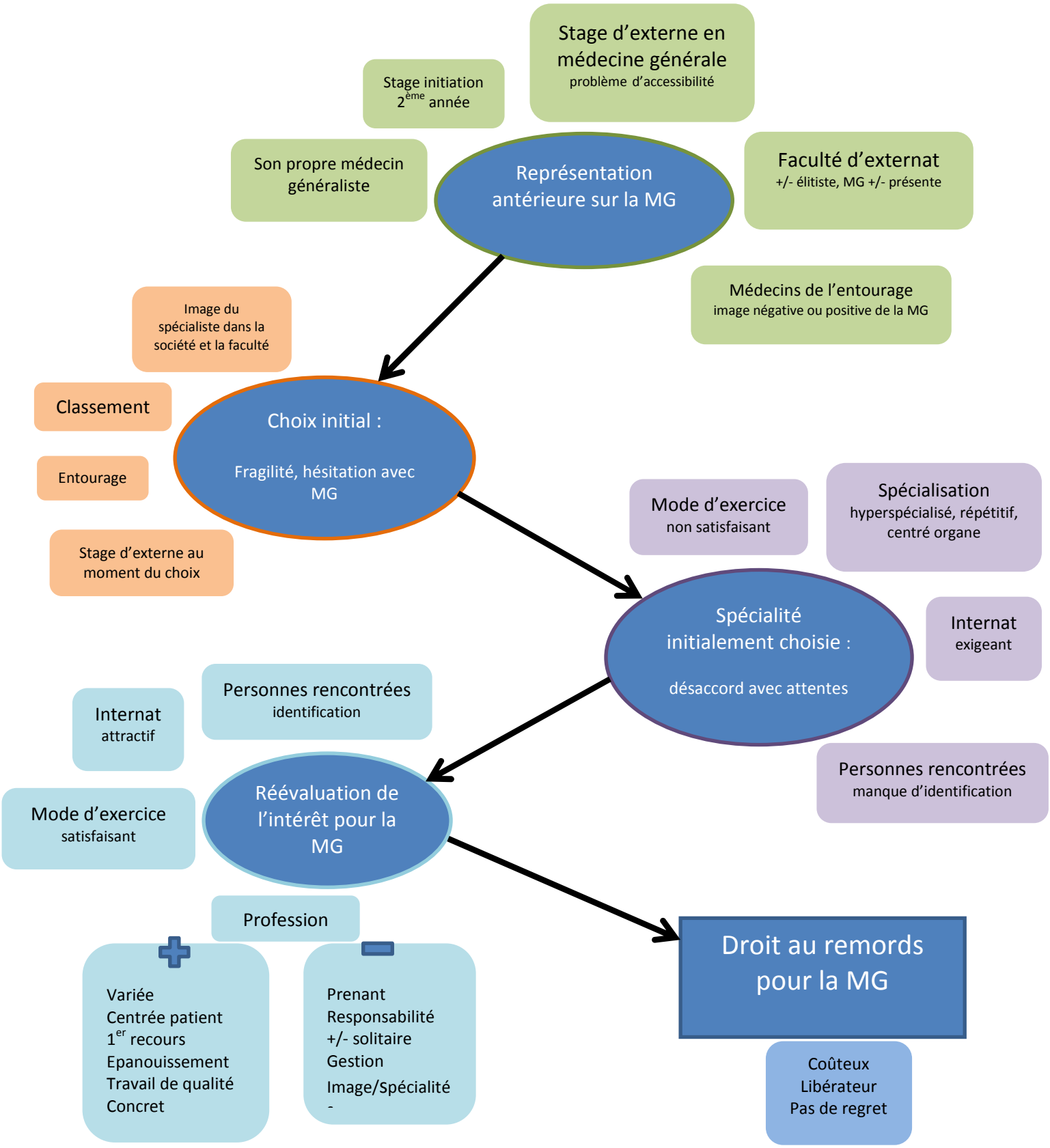

Figure 1 : Processus décisionnel conduisant au droit au remords pour la médecine générale

MG = médecine générale

DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de comprendre les motivations et le vécu des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la médecine générale, pendant leur internat, et le processus décisionnel dans lequel ces motivations s'inscrivaient.

1) A propos de la méthode

La recherche qualitative était adaptée pour explorer ces données subjectives sur le vécu et le processus décisionnel. Elle permettait une approche exploratoire* sur ce sujet qui présentait peu de données bibliographiques, avec une population peu nombreuse. Ce mode de recherche permet d'explorer et de comprendre des phénomènes, de dégager des hypothèses afin de réaliser éventuellement par la suite un travail quantitatif. La réalisation de focus groups aurait enrichi les résultats par l'interaction entre les médecins, mais les entretiens semi-dirigés ont été choisis pour leur faisabilité et pour éviter un effet leader d'opinion.

Il n'a pas paru y avoir de différences entre les 11 entretiens réalisés par téléphone (les personnes interrogées habitant différentes régions) et les 2 entretiens réalisés en face à face, hormis l'intervention du conjoint de E4 qui a donné son point de vue sur le droit au remords de sa femme. Les médecins ont paru se livrer autant par téléphone. Il n'y avait pas de grande différence de durée des entretiens : 48 et 34 minutes pour les entretiens de visu, pour une durée moyenne des entretiens de 35 minutes.

Le travail a été réalisé par une seule personne, peu expérimentée. Ses hypothèses préalables ont pu transparaître dans la formulation des questions (biais de suggestion) et influencer l'analyse des résultats. De même, la thématisation comprend une part de subjectivité de la part de l'enquêteur, pouvant entraîner un biais d'interprétation. La validité* des résultats est critiquable. Néanmoins, les internes ont validé chacun la retranscription de leur entretien, sans que cela n'engendre de changement. Le codage ne leur a pas été soumis. Le directeur de thèse a validé l'arbre thématique au fur et à mesure du travail de codage, seule source de triangulation des données dans l'étude. La saturation des données, atteinte au douzième entretien et confirmée au treizième rassurait sur la validité interne des résultats.

La population était restreinte mais une certaine représentativité de la diversité des parcours était préservée en recrutant la population au sein de l'inter région Grand Ouest, et en contactant dans la mesure du possible des internes de facultés d'internat, de sexe et de spécialité d'origine différentes. Les motivations pour le droit au remords dépendaient certes de la personnalité de l'interne, mais aussi des vécus selon les services, les hôpitaux, les facultés et les départements de médecine générale. Ces derniers étant relativement variés dans notre population, les résultats paraissaient extrapolables au niveau national. Les personnes interrogées étaient recrutées sur la base du volontariat, ce qui pourrait laisser supposer qu'il s'agit de ceux ayant une réflexion plus poussée sur ce sujet. Néanmoins, le fait de se réorienter laisse penser qu'une réflexion a forcément été menée en amont. 16 internes sur les 20 contactés ont répondu à la sollicitation, soit 80%. La diversité de la population était préservée. Les personnes interrogées avaient effectué leur droit au remords

entre un an et presque quatre ans auparavant. Certaines questions faisaient appel aux souvenirs, un biais de mémorisation ne peut être exclu. Néanmoins, les processus décisionnels ont été clairement expliqués et bien ancrés dans la mémoire. Le recul différent sur cette période a donc enrichi les thèmes abordés.

2) A propos des résultats

Les motivations principales

Cette étude a monté que les **motivations principales** à changer de filière pour rejoindre la médecine générale étaient multiples et intriquées. Elles dépendaient du parcours de l'interne (faculté d'externat, expérience antérieure de la médecine générale), de sa personnalité, de son entourage, et de ses expériences dans les premiers stages d'internat. Lors de ces stages, il se rendait compte qu'il lui manquait des valeurs importantes pour l'exercice d'une médecine épanouissante selon lui. L'analyse comparative internationale de Rodriguez et al confirmait que dans les pays développés, le choix de la médecine générale était influencé par des facteurs liés aux préférences individuelles, à l'environnement universitaire, à l'organisation du système de soins et à des facteurs sociétaux[7].

Ces motivations regroupaient l'attrait pour :

- la variété des situations cliniques et des modes d'exercice
- une relation privilégiée avec les patients
- la clinique
- une vie garantissant épanouissement professionnel et personnel
- la possibilité de faire un travail de qualité.

Ces résultats sont retrouvés dans d'autres travaux. Dans un travail de thèse, les motivations principales au choix de la médecine générale à l'issu des ECN 2004 par les étudiants qui avaient le choix d'autres spécialités étaient la diversité et la globalité de cette spécialité et la relation avec le patient[8]. Une étude sur la perception du médecin généraliste et de son rôle en France a schématisé les 3 grands pôles intervenant dans la construction de la satisfaction des médecins généralistes (figure 2)[9]. Les motivations retrouvées dans notre travail, mentionnées dans le tableau 8, figuraient parmi ces 3 pôles.

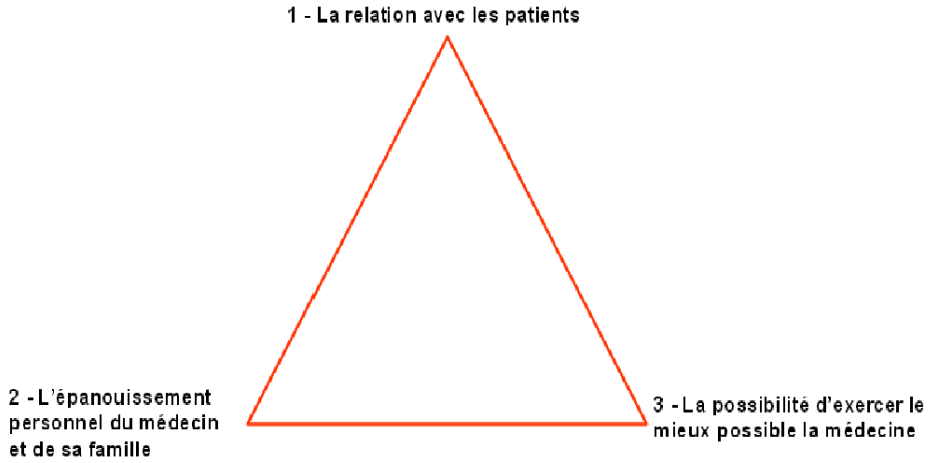

Figure 2 : les 3 grands pôles de la construction de la satisfaction d'un médecin généraliste[9]

Les représentations sur la médecine générale et leur rôle dans les choix

L'exploration initiale des **représentations sur la médecine générale** était utile pour mieux comprendre le processus du choix et les motivations du droit au remords de chaque interne. Plusieurs études ont mis en évidence l'importance des représentations personnelles des étudiants pour le choix de la filière médecine générale, car celle-ci reste assez méconnue des externes et même des jeunes internes de médecine générale[5,6]. Globalement, les interviewés de notre étude avaient, avant l'internat, des notions globales qui correspondaient aux caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians)*[10]. 7 caractéristiques sur les 11 de la WONCA ont été abordées, à savoir : une médecine de premier recours (caractéristiques 1 et 8, cf annexe 3) ; un rôle de référent (caractéristique 2) ; une proximité avec les patients (caractéristiques 3 et 4) ; un rôle de suivi (caractéristique 5) ; faire de tout (caractéristique 7). Les caractéristiques non mentionnées étaient celles liées à l'aspect prévention et éducation, et à l'aspect prévalence et incidence des maladies. Cette dernière notion est illustrée par le carré de White[11] (figure 3). Peut-être que cette notion n'était pas mentionnée avant l'internat parce que l'enseignement de second cycle est dispensé par des médecins exerçant en seconde ou troisième ligne (du CHU) ?

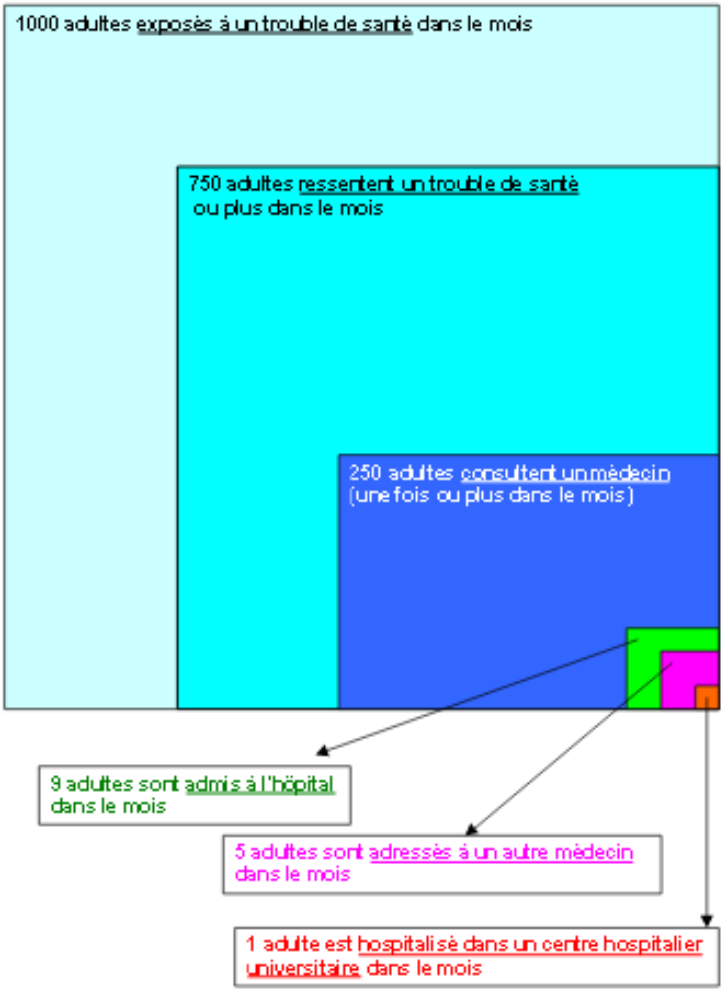

Figure 3 : carré de K. White[11]

Une fois engagé dans l'internat de médecine générale et dans les premiers remplacements, toutes les compétences du médecin généraliste figurant sur la marguerite du CNGE (collège national des généralistes enseignants)[12], sauf dépistage et prévention, ont été mentionnées par les interviewés (figure 4). Ils avaient donc une approche très juste du métier, peut-être favorisée par la réflexion qu'ils avaient menée lors de leur réorientation.

Dans les deux cas, c'est l'aspect « prévention éducation dépistage » qui n'était pas spontanément cité. Cet aspect ne fait-il pas partie des motivations au choix de la médecine générale ? Ou est-il trop complexe ? N'apparait-il vraiment qu'au fil de l'exercice de la médecine générale ? Cette compétence semble en effet acquise en grande partie par l'expérimentation sur le terrain[13].

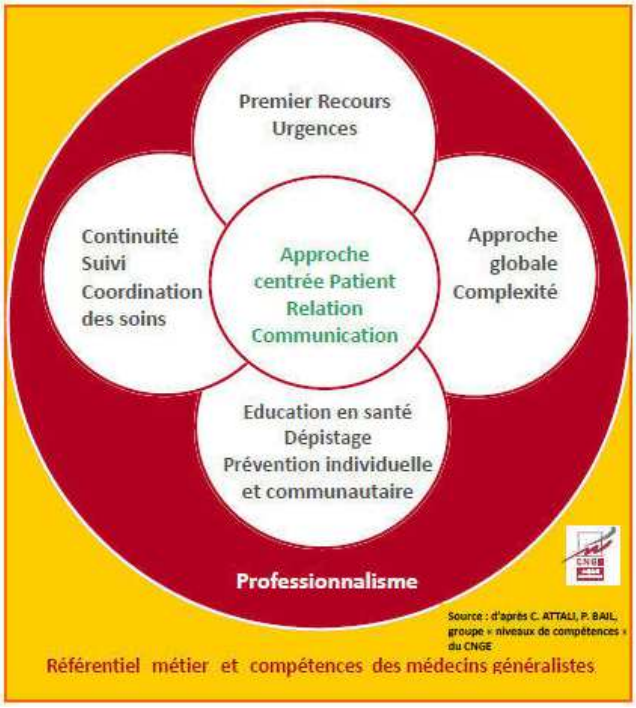

Figure 4 : marguerite des compétences en médecine générale (groupe niveaux de compétences du CNGE)[12]

Profil de l'interne qui se réoriente vers la médecine générale

Cette étude a dégagé un **profil type** de l'interne qui exerce un droit au remords pour la médecine générale : il s'agit d'un étudiant qui a la plupart du temps déjà eu une expérience de la médecine générale en tant qu'externe, positive, qui pense pouvoir s'épanouir dans cette filière, de nature plutôt humaniste et intéressé par des domaines médicaux très différents. Il hésite avec une autre spécialité parce qu'il est attiré par un autre domaine ou parce qu'il a un large choix à l'issue des ECN et est influencé par son entourage ou sa faculté qui valorise les spécialités. Il est déçu par son internat dans la spécialité (trop spécialisé, problème d'ambiance, pression hospitalière) et voit de plus en plus la médecine générale comme la filière correspondant à sa vision de la pratique de la médecine. Après une période de réflexion, la décision de changer amène un soulagement immédiat. La suite dans l'internat de médecine générale lui confirme son choix et il n'a aucun regret.

Les autres travaux sur le choix de la médecine générale confirmaient le profil de l'interne. Le choix à l'issue des ECN est facilement influençable. *Le classement produit des effets en raison d'une grande sensibilité des étudiants à la hiérarchie : « le pire semble être ce que tout le monde peut prendre »*[14]. C'est exactement ce que disaient les interviewés qui ont ressenti une influence au moment des choix. *Le prestige des spécialités reste un moteur pour certains étudiants*[14]. Dans notre étude, les internes interrogés ont tous su à un moment donné faire leur travail d'introspection en mettant de côté cette influence.

Une socialisation ratée ?

Le cas analysé par la sociologue de la santé Emmanuelle Zoleso[15] nous éclaire sur les deux **cas de notre étude d'internes en chirurgie femmes** qui ont exercé leur droit au remords. Elle analyse le cas d'une étudiante issue d'un milieu prônant le schéma traditionnel et la répartition sexuée des rôles. Surprise par son bon classement à l'internat, elle a alors choisi la chirurgie sans véritable vocation. Elle était compétente mais en sixième semestre, un stage épuisant où ses chefs la malmenaient lui a fait quitter la chirurgie pour un résidanat de médecine générale. Elle a eu deux enfants pendant son internat et accordait de l'importance à la vie de famille, comme les internes en chirurgie de notre étude. L'auteur expliquait qu'habituellement, les femmes s'auto excluent de la voie chirurgicale avant l'internat. Profession voulue, vécue sur le mode de la vocation, la chirurgie est rarement abandonnée par les femmes qui en font le choix. Elles font passer leur vie professionnelle avant leur vie de famille. L'auteur parlait d'une socialisation ratée. Certaines dimensions de la socialisation primaire de l'interne ont été un handicap majeur pour intégrer le milieu chirurgical : elle a intégré durablement le primat de la famille dans ses choix professionnels. Si au cours de sa formation elle a acquis des compétences réelles en chirurgie et a intériorisé des types de comportements valorisés dans la discipline (franc-parler, endurance physique), sa socialisation chirurgicale est restée incomplète. Elle a continué d'afficher une sensibilité exacerbée, un manque d'assurance et surtout d'ambition. Son orientation tenait davantage à son rang de classement qui rendait difficile de ne pas opter pour une voie considérée comme prestigieuse. Lors de son semestre chirurgical le plus exigeant de tout son internat, le décalage entre ses dispositions personnelles et les exigences comportementales et intellectuelles que le milieu exige d'elle était alors maximal. En décidant de mener une grossesse au cours de ce semestre essentiel de sa formation, elle n'a fait que témoigner de son « manque de motivation » (puisqu'elle donne sa priorité à la famille) quand tous les chirurgiens du service estimaient comme un devoir de faire passer le métier avant tout. Son abandon et sa reconversion professionnelle, initiés par le milieu lui-même qui n'a cessé de souligner ses lacunes pour l'inciter à y remédier rapidement, étaient l'ultime preuve qu'elle n'était « pas faite » pour ce métier. En réalité, le décalage entre socialisation primaire et socialisation secondaire était si grand qu'elle a renoncé à poursuivre la seconde.

Le cas de E4 était quasi similaire à celui présenté dans cet article. Pour nos interviewés qui avaient choisi une autre filière que la chirurgie, on peut se demander s'il n'y avait pas aussi un décalage dans la socialisation. Dans leur spécialité, ils étaient en conflit avec ce qu'ils jugeaient important dans leur vie. Or ce qu'ils jugeaient important dans leur vie était forcément influencé par le milieu dans lequel ils avaient évolué (socialisation primaire). Par exemple, certains accordaient de l'importance à la famille, à la liberté de pouvoir partir en vacances, d'avoir une vie équilibrée (socialisation primaire, influence du modèle de leur

famille), et se retrouvaient dans des services où des chefs faisaient passer leur vie professionnelle avant tout. Ils ne se voyaient pas vivre ainsi.

Impact du mode de choix de la spécialité

Des interviewés critiquaient le **mode de choix à l'issue des ECN**, comme si cet examen n'était pas propice à un choix éclairé. Sa préparation est un moment très studieux qui ne permet pas toujours des réflexions existentielles sur le projet de vie professionnelle et personnelle. L'impact du classement sur le choix n'en est que plus fort. Les étudiants décident, selon un système de choix relatifs, de leur orientation dans des spécialités dont ils n'ont souvent qu'une représentation abstraite[16]. Sensibiliser les étudiants à la médecine générale bien en amont de ce choix parait donc utile pour éviter des choix pris en panique, comme l'ont évoqué des interviewés influencés par leurs classements.

Impact des départements de médecine générale

La conjonction de la mobilisation durable de généralistes militants de leur discipline et d'un engagement tardif des autorités sanitaires en faveur des soins primaires a permis aux **départements de médecine générale** (DMG) de s'affirmer[17]. Les internes de médecine générale n'ont jamais été autant préparés. En amont, les stages de découverte de la médecine générale en deuxième cycle sont désormais partout en vigueur, avec toutefois des disparités de durée et d'accès selon les facultés. Même des personnes très attirées par la médecine générale avaient une prise de distance critique vis-à-vis de la démarche d'institution de la médecine générale telle qu'elle est portée dans la plupart des DMG[18]. Les internes ne voyaient pas toujours le bénéfice de dispositifs imposés par les DMG qu'ils jugeaient contraignants (production de « preuves » d'apprentissage, choix de sujets de thèse « en médecine générale »…). Si les DMG étaient critiquables, ils semblaient néanmoins apporter plus d'encadrement et de préparation que d'autres internats de spécialité, comme l'ont exprimé nos interviewés qui étaient contents de trouver un internat organisé, avec des enseignements pratiques et théoriques adaptés à leur future pratique, par rapport à leur précédent internat. Pour certains, cela a même joué dans la réorientation. Finalement, ceux qui ont connu un autre internat semblaient beaucoup moins critiques.

Impact du stage de second cycle en médecine générale

Le fait d'avoir eu un **contact avec la médecine générale durant le deuxième cycle** des études médicales semblait jouer un rôle évident dans le choix de la spécialité. Parmi les raisons du non choix de la médecine générale figurait la méconnaissance[19]. De nombreux étudiants avaient eu peu de contact avec la médecine générale et trop tardivement dans leur cursus[20]. C'est le cas de plusieurs interviewés dans notre étude. 76% des étudiants pensaient que la formation à la médecine générale en deuxième cycle était insuffisante ou inadaptée[8]. Au contraire, la confrontation avec la pratique de la médecine générale au cours du cursus paraissait favoriser son choix ultérieur[7]. Une confrontation précoce permettait d'accroître la motivation et l'identification des étudiants aux professionnels rencontrés et était la condition d'un choix volontaire et éclairé[7]. Parmi les externes qui ont suivi le stage en médecine générale, combien font le choix positif de la médecine générale ? Dans notre étude, certains n'avaient pas choisi la médecine générale car ils ne l'avaient pas

expérimentée pendant leur externat. Ils pensaient qu'ils n'auraient pas hésité dans leur choix s'ils étaient passés en stage d'externe en médecine générale. Combien choisissent la médecine générale alors qu'ils pensent qu'ils auraient choisi autre chose s'ils n'avaient pas fait ce stage de médecine générale ? Pourtant, parmi ceux qui avaient eu une confrontation précoce, le choix initial n'a pas été si simple, il y a eu beaucoup d'hésitations. Or ce sont presque tous ces mêmes internes qui ont évoqué une influence de la famille, de la faculté ou de la société dans leur choix. Donc, contrairement à ceux qui ne l'avaient pas choisie par méconnaissance, leur choix était éclairé mais pas vierge d'influences extérieures. Cela pose la question : comment épurer son choix pour qu'il résulte de réflexions objectives?

On retrouve des freins au choix de la médecine générale liés à sa méconnaissance dans **l'étude sociologique des choix des étudiants de médecine** à l'issue des ECN 2005[5]. Il en ressortait un paradoxe édifiant : plus une spécialité était réputée « facile », plus elle était « difficile » à obtenir, et semblait réservée aux « meilleurs ». *« La médecine générale est de l'avis de beaucoup d'étudiants, la médecine la plus difficile qui soit. A l'exception de quelques-uns qui n'y voient qu'une "bobologie pour les nuls", la plupart des étudiants ont une conscience très forte de la difficulté de cette médecine polyvalente. En médecine générale il faut savoir sur tout. Les spécialistes en médecine interne jouissent de la réputation contraire, basée sur le même raisonnement : c'est aussi une spécialité qui nécessite d'être bon partout, donc ceux qui le choisissent sont les meilleurs. A côté de cette contrainte paradoxale de la difficulté, on trouve la crainte d'être considéré comme mauvais. […]. La médecine générale est considérée, pour les étudiants qui veulent faire de la médecine, comme une vraie médecine, y compris pour les futurs spécialistes. Comme si elle condensait toutes les connaissances apprises ».* Elle évoquait un « *portrait de la médecine générale qui navigue entre "rien de ce que l'on connaît" et "tout ce que l'on a fait". L'hyperspécialisation n'est plus vraiment considérée comme une compétence mais plutôt comme une sécurité dont le risque associé est l'ennui et la routine. »* L'image de la médecine générale apparaissait donc très floue, oscillant entre une discipline trop vaste, un condensé de toutes les autres disciplines, et une discipline inconnue car ne correspondant à aucune pratique. Dans notre étude, des interviewés ont évoqué cette difficulté d'être bon partout et donc cette crainte d'être mauvais, ainsi que le confort de la spécialisation. Or il s'agissait des interviewés qui n'avaient pas fait de stage d'externe ou un stage très court, alors que ceux qui avaient une bonne connaissance étaient confiants au moment du droit au remords. Le manque de connaissance était donc un handicap dans le processus d'un choix éclairé. La sociologue ajoutait : *« Tout semble se passer comme si les étudiants privilégiaient dans un premier temps l'exercice de la médecine en milieu hospitalier, milieu qu'ils connaissent mieux et qui les rassure, pour progressivement envisager l'exercice de la médecine en libéral. »* Comme s'il y avait un clivage entre les deux modes d'exercice. En effet, au moment des choix initiaux, peu d'interviewés envisageaient déjà un exercice libéral (et ceux qui l'envisageaient étaient passés en stage en médecine ambulatoire). Le stage de second cycle serait donc un élément majeur de décision, qu'il convient bien de généraliser.

<u>Le choix de la spécialité : un processus décisionnel complexe individuel</u>

Lorsque la DRESS a commandé cette étude[5], elle avait aussi demandé à des économistes de modéliser les choix des étudiants aux ECN. Deux équipes ont été retenues et aucune n'y est parvenue. Cela confirme la difficulté que nous avons éprouvée au cours de notre étude à

modéliser le choix de spécialité, tellement de facteurs entrant en jeu, avec des grandes lignes communes mais aussi beaucoup de divergences individuelles.

Une réflexion philosophique sur le choix[21] permet de comprendre **la complexité du processus décisionnel**. Le choix est le fruit d'une double activité : rationnelle (par la délibération) et volontaire (par l'action). Le choix est l'œuvre d'un sujet conscient de son pouvoir et de ses responsabilités. Le droit au remords est un premier choix, « mauvais », dû à une délibération non éclairante (la situation n'a pas bien été saisie), ou à un manque de coordination entre l'entendement et la volonté (la situation a bien été saisie mais l'application pratique ne correspond pas). Ensuite, il faut replacer l'individu dans son contexte : au moment de choisir, il y a une multitude de facteurs en présence, comme nous l'avons vu, dont il faut tenir compte et qui ont une incidence sur le résultat de la délibération. Le liberté et le pouvoir de l'individu a ses limites : l'espace de la décision est déjà circonscrit par d'autres facteurs. Choisir, c'est *se* choisir. Les interviewés l'ont bien exprimé par l'importance du travail d'introspection et des souhaits de vie future. Le choix n'est donc pas seulement une procédure rationnelle entre des options, il s'agit d'un engagement existentiel. Il y a donc au fond de tout choix, si rationnel ou déterminé soit-il, des données qui dépassent toute objectivité. Cela pourrait expliquer la difficulté de modélisation du choix.

Cette étude a abordé **les enjeux du choix** de la spécialité. Les différentes raisons de l'orientation des étudiants ont été décrites[19], en considérant les éléments personnels (goût pour un domaine médical particulier, influence privée, familiale et sociale, projet de vie…) et le modèle attachant (influence de l'enseignement théorique et pratique, rencontres professionnelles…). S'ajoutait le rang de classement obtenu aux ECN. Dans notre étude, on retrouvait ces éléments dans le processus de choix puis de réorientation.

<u>Comment aider les futurs internes dans leur orientation</u>

Les facteurs gravitant autour de la décision ont été analysés. Il serait donc intéressant d'aider les futurs internes **en leur présentant les enjeux et les influences de leur choix**. Cela permettrait de leur faire prendre conscience : des bonnes questions à se poser sur eux-mêmes et la vie qu'ils souhaitent, de l'importance de connaître les spécialités convoitées en sortant du strict cadre hospitalo-universitaire, des facteurs extérieurs pouvant jouer inconsciemment dans leur choix. Compte tenu de l'investissement que la préparation des ECN requiert, et de l'influence qu'ont les résultats sur les choix, il serait préférable de réaliser ces journées d'échanges et d'information après les ECN et avant les résultats. Combien ont une représentation juste de la spécialité qu'ils convoitent ? Des « forums des métiers » ont déjà lieu dans certaines facultés. En plus de cela, une personne neutre, non rattachée à une spécialité, par exemple du domaine des sciences humaines, pourrait expliquer les mécanismes du choix. Cela leur permettrait peut-être d'épurer et rationaliser leurs choix.

Outre un stage de second cycle en médecine générale de qualité (durée suffisante, bonne pratique des maîtres de stage, accessibilité à tous ceux qui le souhaitent), les autres pistes pour **faire connaître le métier aux externes** seraient : développer l'enseignement théorique et pratique[22,23] et homogénéiser cet enseignement entre les facultés, proposer des

rencontres avec les médecins généralistes pour montrer la variété des pratiques et répondre aux freins ou idées reçues. Ainsi, dans sa faculté d'internat, l'enquêtrice a participé à l'organisation d'une journée de présentation de la médecine générale, en 2013. Les externes ont apprécié la variété des expériences présentées par les médecins généralistes présents et ont posé des questions diverses pour se faire une idée plus précise du métier. Les médecins généralistes présents au sein de la faculté ont tout intérêt à perpétuer la bonne image qu'ont les étudiants du médecin de leur enfance[6]. La présence des médecins généralistes est de plus en plus importante dans les facultés depuis 2004. On ne peut qu'encourager ces enseignants de médecine générale à dispenser des cours en adéquation avec les soins primaires[22] (HTA, relation médecin malade…). Il est concevable qu'ils enseignent aux côtés des hospitalo-universitaires, comme c'est le cas dans les séminaires de formation des internes de médecine générale. Cela donnerait une approche de ce qui se joue lorsque la prise en charge de certaines pathologies en soins primaires devient trop complexe (complication, nécessité d'examen complémentaire spécifique) et que le recours à un spécialiste est nécessaire. Le but n'est pas d'inciter à exercer la médecine générale mais de présenter la médecine générale telle qu'elle se pratique au quotidien, afin que les étudiants puissent faire un choix éclairé.

Perspectives

Les personnes interrogées semblaient être des personnes capables de se remettre en question, et de faire tout ce qu'elles pouvaient pour trouver une alternative sereine en mettant de côté les influences extérieures. Elles avaient côtoyé d'autres internes qui n'étaient pas épanouis dans leur filière mais ne changeaient pas, déplorant cette résignation. Parmi les raisons du non changement, on peut faire l'hypothèse du manque de connaissance des alternatives et du coût psychologique que demande le changement. D'après le travail d'une autre sociologue de la santé, ces cas de réorientation restent relativement marginaux[15] : les interviewés représentent sans doute la partie émergée de l'iceberg. On ne sait pas quelle taille fait la partie immergée (ceux qui ne sont pas épanouis mais ne changent pas). Combien d'internes se sentent heureux dans leur spécialité ? Combien ne se sentent pas épanouis ? Combien se sont posés la question de changer mais n'en ont pas eu le courage ou ne se sont pas donnés les moyens de répondre à cette question ?

Dans notre étude, les projets professionnels à moyen terme des interviewés représentaient un panel assez varié du devenir possible des internes de médecine générale. Il serait intéressant d'étudier leur devenir, qui peut encore être soumis à des réorientations, comme c'était le cas pour les médecins suivis par la sociologue Géraldine Bloy[17, 24].

Enfin, il serait intéressant de disposer de statistiques sur le taux d'internes de spécialité exerçant un droit au remords vers la médecine générale, et l'inverse. Quelles sont les spécialités les plus quittées ? Dermatologie, ophtalmologie et cardiologie étaient les 3 spécialités les plus prisées en 2014[25]. Parmi les interviewés aucun ne venait de ces disciplines. Les spécialités les plus prisées seraient-elles aussi les moins quittées ? Il serait également intéressant de comparer notre étude aux motivations des internes ayant quitté la médecine générale pour rejoindre une spécialité : qu'est-ce qui ne leur convenait pas en médecine générale ? Pourrait-on dégager un autre profil type ?

CONCLUSION

Cette étude a pour la première fois exploré les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale. Elle tentait de comprendre le vécu et les facteurs intervenant dans le processus décisionnel du choix de spécialité puis de réorientation, en espérant trouver des pistes pour mieux orienter les futurs internes et faire un choix éclairé.

Les interviewés cherchaient à retrouver un aspect de la médecine qui faisait défaut dans la spécialité initialement choisie et qui était vu comme une qualité importante dans la pratique : la variété des situations cliniques et des modes d'exercice, une relation privilégiée avec les patients, la clinique pour les spécialités non médicales, la possibilité de faire un travail de qualité et de mener une vie garantissant épanouissement professionnel et personnel.

Le droit au remords résultait d'un processus décisionnel complexe où de nombreux facteurs intervenaient : la personnalité de l'interne, l'influence de son entourage, l'image des différentes disciplines véhiculée par sa faculté d'externat et par la société, les représentations qu'il avait de la médecine générale (fortement disparates selon qu'un stage d'externe en médecine générale avait été réalisé ou non), le ressenti dès les premiers stages dans la spécialité, le projet de vie.

Ils avaient pour points communs d'avoir pour la plupart d'entre eux déjà eu une expérience de la médecine générale en tant qu'externe, positive, d'avoir hésité avec la médecine générale au moment des choix à l'issue des ECN, d'avoir ressenti un malaise dans la spécialité initiale : ils se rendaient compte que certains aspects ne correspondaient pas à leur personnalité, à leur façon de voir la médecine (trop souvent centrée organe et non centrée patient), à l'image qu'ils avaient de la spécialité, ou bien ils ne s'identifiaient pas aux collègues. Ils avaient alors tous fait un travail d'introspection en mettant de côté les influences qu'ils avaient eues lors du choix initial. Le droit au remords était vécu comme libérateur, aucun regret n'était exprimé car le choix avait été éclairé et mûrement réfléchi.

Ce travail a permis de s'interroger sur la pertinence du mode de choix des spécialités dont les futurs internes n'ont souvent qu'une représentation abstraite. Pour un choix éclairé, il serait important de bien se connaître, de connaître les spécialités convoitées en sortant du strict cadre hospitalo-universitaire, et d'avoir conscience des facteurs extérieurs influant le choix. Le manque de connaissance de la réalité de l'exercice des spécialités semblait dommageable pour les choix. Le stage en médecine générale en second cycle semblerait indispensable pour un choix ultérieur éclairé de la médecine générale.

Il serait intéressant de disposer de données chiffrées sur le taux de droit au remords et d'explorer les motivations des internes ayant quitté la médecine générale pour rejoindre une autre spécialité.

BIBLIOGRAPHIE

1 - Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. Journal officiel du 6/10/2004

2 - Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF). Analyse de la répartition des postes d'internes pour l'année universitaire 2013/2014

3 - ANEMF. Répartition et rangs limites ECN 2013

4 - Laires-Tavares Caroline. La médecine générale fait-elle encore peur aux jeunes ? www.legénéraliste.fr le 16/05/2014

5 - Hardy-Dubernet Anne-Chantal et Faure Yann. Le choix d'une vie, étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des ECN 2005. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°66, décembre 2006

6 - Martin François. Représentations de la médecine générale auprès des jeunes internes de médecine générale, enquête auprès de 65 internes de médecine générale du Poitou Charentes. Thèse Médecine, Poitiers 2010

7 - Rodriguez C, Lopez-Roig S, Pawlikowska T et al. Réputation de la médecine générale et identification professionnelle des étudiants en médecine : une analyse comparative internationale. Exercer 2011 ; 96 (suppl2) : 76S-7S.

8 - Albe-Dermigny Sophie. Motivations des étudiants qui ont choisi la filière « médecine générale » à l'issu des épreuves classantes nationales en 2004. Thèse Médecine, Créteil 2006

9 - BVA (institut d'études de marché et d'opinion). Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Etude réalisée pour l'académie de médecine et le sénat, 2008

10 - WONCA. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe 2002

11 - White K. L et al. The ecology of medical care. 1961, Bull N Y Acad Med. 1996 Summer; 73 (1): 187 -212

12 - Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib- Y et al. Définition et description des compétences en médecine générale. Exercer 2013 ; 108 :144-55

13 - Dussart Marie. Niveaux de compétences des internes en médecine générale de Tours en matière d'éducation, de prévention et de dépistage, une enquête qualitative. Thèse Médecine, Tours 2012

14 - Perrot Olivier. Impact de l'examen classant national sur le choix et la perception de la médecine générale, enquête auprès des internes de la faculté de médecine de Rennes. Thèse Médecine, Rennes 2009

15 - Zolesio Emmanuelle. Marie Laborie, un cas de socialisation chirurgicale ratée. Sociétés contemporaines, n°74, 2009, p. 147 – 165

16 - Hardy-Dubernet A-C. A propos d'une minute décisive : le choix des spécialités. Journal de gestion et d'économie médicales, 2009/4 volume 7, p.174-190

17 - Bloy Géraldine. Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste… ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). DREES, n°104 – février 2011

18 - Van Dessel Mathieu. Le vécu des dispositifs pédagogiques de l'internat en médecine générale. Thèse Médecine, Paris V 2009

19 - Navarro Lisa. Les raisons du choix de l'orientation de 15 étudiants lyonnais lors des ECN de 2006. Thèse Médecine, Lyon 2007

20 - Peremans L, Bastiaens H, Remmen R et al (Belgique). Est-il sexy de choisir médecine générale ? Exercer 2010 ; 90 (suppl1) : 30S-1S

21 - Barrier Thibault (agrégé de philosophie). La notion de choix. http://www.alumni-eab-eib.com/cafe-philo-du-26-octobre-2013/

22 - Duriez Sylvain. Influence de l'image de la médecine générale sur le désir de choix de la spécialité, enquête réalisée auprès de 825 étudiants hospitaliers lillois. Thèse Médecine, Lille 2008

23 - Lizé Sophie. Facteurs de non choix de l'internat de médecine générale en région Centre, comment y remédier ? Thèse Médecine, Tours 2011

24 - Bloy Géraldine. Jeunes généralistes : polyvalents plus que spécialistes. www.carnetdesanté.fr, décembre 2011

25 - ANEMF, Rangs limites ECN 2014

Annexe 1 : glossaire

Analyse thématique (syn : **thématisation**) : méthode d'analyse de contenu qui consiste à repérer les unités sémantiques fondamentales en les regroupant à l'intérieur de catégories dans des thèmes. Pour réaliser cette tâche, on procède en deux étapes : le repérage des idées significatives et leur catégorisation.

Codage (syn : codification) : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (**code**), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Codage ouvert : codage inductif, effectué lorsque la grille d'analyse n'est pas définie au départ. C'est à partir du verbatim que la grille est élaborée. Le codage ouvert repère, à l'aide de la trame d'entretien, les sous-ensembles dans le texte correspondant à des aspects spécifiques de thèmes généraux (**code**).

Entretien individuel : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-dirigé : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Etude qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Recrutement par effet boule de neige : méthode d'échantillonnage non-probabiliste dans laquelle on commence par sélectionner une personne, puis - par le biais de cette personne - on obtient une liste de personnes qui ont les mêmes caractéristiques que les personnes initialement sélectionnées, et ainsi de suite.

Retranscription (syn : transcription) : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Saturation (des données) : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Théorisation ancrée : méthode de recherche inductive visant la construction d'une théorie à partir des données empiriques recueillies. Elle comporte un échantillonnage raisonné et l'analyse est fondée sur la méthode de la comparaison constante entre les données d'analyse et les données du terrain.

Trame d'entretien (syn : grille, guide) **:** série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Travail (ou recherche) exploratoire : approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigidement structurée.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtés peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

Validation (des résultats) : en recherche qualitative, les éléments suivants permettent de limiter le risque d'interprétation subjective des résultats : la saturation des données, la triangulation des données, la congruence avec les données de la littérature, ainsi que la confirmation ultérieure des résultats apportée par des données proches dans de nouvelles enquêtes.

Validité : capacité d'une mesure à décrire correctement le phénomène étudié.

Verbatim : compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien.

Annexe 2 : trame d'entretien

Le but de cet entretien est de discuter des motivations t'ayant poussé à exercer un droit au remords.
Je t'ai choisi comme un de mes interviewés car tu fais partie des internes/ jeunes médecins ayant effectué un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale.
J'aimerais que tu me donnes ton point de vue à partir de questions ouvertes que je vais te poser.
Cet entretien est enregistré avec un dictaphone et sera ensuite anonymisé.

MG= Médecine Générale

A. Situation actuelle

1) **Comment se passe ta vie professionnelle actuellement ?**
   Relances : interne, jeune rempla, thésé, épanoui, heureux, frustré? Pourquoi ?

B. Représentation antérieure de la médecine générale

2) **C'était quoi pour toi la médecine générale, avant de passer l'ECN ?**
   Relances : avais-tu une connaissance de cette spécialité et par quel biais ? (famille, médecin dans la famille, son propre médecin traitant dans l'enfance, à l'entrée en médecine, pendant l'externat, stage d'externe en MG et son vécu, intervention d'enseignants de MG, collègues, amis internes…)

C. Les motivations

3) **Quelle est la principale raison qui t'a donné envie de rejoindre la MG ?**
   Quelles sont les autres motivations ?
   Relances : au niveau relationnel ? intellectuel ? mode d'exercice ?

4) **Quelles sont les raisons, dans ta filière antérieure, qui t'ont poussé à la quitter ?**
   Quels sont les aspects de cette spécialité qui te plaisaient ?
   Relances : au niveau relationnel ? intellectuel ? conditions de travail ?

D. La prise de décision d'exercer un droit au remords

5) **Comment t'es-tu fait aider pour prendre ta décision de changer de spécialité ?**
   Relances : qui t'a conseillé ? comment ? des personnes ont-elles influencé ton choix ?

6) **Comment ton entourage a-t-il accueilli ta décision ?**
   Relances : famille, amis, co internes, enseignants du DES d'origine

7) **Quels sont les principaux leviers et freins qui ont pesé dans ta décision ?**
   Relances : pression sociale ? avais-tu des craintes dans la filière médecine générale ? (charge de travail, gestion du cabinet, isolement professionnel…)

E. « L'après » droit au remords

8) **Comment as-tu vécu le premier stage que tu as effectué après ton droit au remords ?**

Relances : stage en médecine générale ? ou stage hospitalier ? premier stage de médecine « somatique » ?

9) **Avec le recul que tu as actuellement, que penses-tu de ton choix ?**
Relances : regrets ? ce qui te rend heureux ?

10) **Que conseillerais-tu à un futur interne qui hésiterait entre la médecine générale et une autre spécialité, pour l'aider dans son choix ?**

F. <u>Pour finir</u>

11) **Qu'aimerais-tu ajouter à cet entretien ?**

J'aimerais pour finir, avoir quelques précisions sur ta situation :
-femme ou homme
-année de naissance
-faculté d'origine
-année de l'ECN et classement
-faculté d'internat
-Quelle spécialité avais-tu choisie avant? Quels stages d'interne avais-tu déjà effectués ?
-quand as-tu exercé ton droit au remords lors de ton internat?
-projet professionnel ? ambulatoire, DESC, salariat…

Annexe 3 : caractéristiques de la médecine générale selon la WONCA

1) Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant une accessibilité complète aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

2) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail inter-disciplinaire en soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

3) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

4) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

5) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

6) Elle base son processus décisionnel spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies dans la communauté.

7) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

8) Elle aborde les affections à un stade précoce et indifférencié qui pourrait éventuellement requérir une intervention rapide.

9) Elle favorise la promotion de la santé et du bien-être par une intervention appropriée et effective.

10) Elle a une responsabilité spécifique dans la communauté.

11) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Académie d'Orléans-Tours
Université François Rabelais

Faculté de médecine de Tours

MARCHAND Camille épouse KERVERN **Thèse n°**

47 pages – 8 tableaux – 4 figures - 3 annexes

Résumé :
Contexte : Les internes ont la possibilité de changer de filière dans les 2 ans qui suivent le début de l'internat, si leur rang de classement aux ECN le leur permet : c'est le droit au remords.
Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'explorer les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale et d'analyser le processus décisionnel dans lequel s'inscrivait cette réorientation.
Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés d'internes et jeunes médecins du Grand Ouest ayant effectué un droit au remords pour la médecine générale. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale, validation du contenu par les interviewés et analyse thématique du contenu.
Résultats : Les motivations étaient l'attrait pour la variété des situations cliniques et des modes d'exercice, pour une relation privilégiée avec les patients, ou la volonté de quitter une spécialité qui ne correspondait pas à leur vision de la médecine. Le processus décisionnel était complexe, influencé par les représentations sur la médecine générale. La médecine générale avait déjà été envisagée au moment du choix initial. Elle était revue comme la meilleure option après un début d'internat dans la spécialité ne correspondant pas à leurs attentes. Le droit au remords était vécu comme un soulagement.
Conclusion : Les internes concernés envisageaient tous une médecine centrée patient. Bien se connaître, connaître les spécialités convoitées (pour cela le stage de second cycle en médecine générale semblait indispensable) et avoir conscience des facteurs influant le choix étaient les conditions d'un choix éclairé.

Mots clefs : droit au remords, médecine générale, choix de spécialité, internes.

Jury :
Président : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres : Monsieur le Professeur Alain CHANTEPIE
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Madame le Docteur Cécile RENOUX
Madame le Docteur Céline SENDRA

Date de la soutenance : le 5 février 2015