



Faculté de médecine

Année 2022/2023

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

par

Clémence CUEFF

Née le 30 avril 1994 à Arcachon (33)

et

Thomas LE HELLOCO

Né le 28 novembre 1995 à Saint-Malo (35)

Le paradoxe du statut entre étudiant et médecin : quel vécu pour les internes de médecine générale ?

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2023 devant un jury composé de :

Présidente du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO-DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Emeline TREMEAU, Médecine générale - Saint-Cyr-sur-Loire

Docteur Romain CHANTEBEL, Psychiatrie adulte - CHU Tours

Directrices de thèse :

Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE, Médecine générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Mary LEBLEU, Médecine générale, CCU, Faculté de Médecine - Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Philippe ROSSET

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARBIER François.....	Médecine intensive et réanimation
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
HOARAU Cyrille Immunologie

LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
NICOLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludvine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GUEGUINOU Maxime	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
-------------------------	-------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	8
ABSTRACT.....	9
REMERCIEMENTS.....	10
LISTE DES ABREVIATIONS.....	16
RÉPARTITION DU TRAVAIL.....	16
INTRODUCTION.....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	18
RÉSULTATS.....	20
I - S'adapter au paradoxe étudiant/médecin.....	20
1. Facteurs favorisants.....	20
2. Conséquences.....	24
II - Subir le paradoxe étudiant/médecin.....	25
1. Facteurs favorisants.....	25
2. Conséquences.....	27
III - Expert dans son domaine.....	30
IV - L'évolution du statut.....	31
DISCUSSION.....	32
Comparaison avec l'état des lieux pré-réforme.....	34
L'environnement formatif : la notion de curriculum caché.....	34
Derrière le besoin de se faire entendre.....	35
Du statut paradoxal à la construction identitaire.....	35
Connaissance de soi, connaissance de son statut.....	36
Le profil motivationnel dans l'enseignement.....	36
La reconnaissance au travail.....	38
Vers un modèle global.....	38
Forces et limites : discussion sur la méthode.....	40
Perspectives.....	40
MESSAGES CLÉS.....	42
RÉFÉRENCES.....	43
ANNEXES.....	47

RÉSUMÉ

Titre : Le paradoxe du statut entre étudiant et médecin : quel vécu pour les internes de médecine générale?

Contexte : Par définition, l'interne est un professionnel en formation. Ce double statut peut générer un paradoxe source de mal-être. En 2017, 27% des étudiants en médecine français affirmaient avoir des idées suicidaires. Cette même année, les vecteurs de tension du statut paradoxal sont décrits chez les internes de médecine générale (IMG) de Tours. La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine réaffirme ce double statut de l'interne en insistant sur la part étudiante. La souffrance générale des internes se majore et questionne sur leur profil d'adaptation dans une logique sociologique des paradoxes.

Objectif : Explorer le ressenti des IMG sur le paradoxe de leur statut suite à la réforme du 3^{ème} cycle.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de Tours. Le recrutement a été fait par effet boule de neige. L'analyse ouverte, axiale et sélective a été réalisée selon les principes de la théorisation ancrée, avec triangulation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été menés permettant d'obtenir une saturation théorique des données. Les internes s'adaptaient au paradoxe du double statut pour bien vivre leur internat, grâce à des facteurs favorisants. Les internes subissaient le paradoxe du fait de facteurs dépendants de leur environnement, engendrant des sentiments les menant à mal vivre leur internat. Ceux réussissant à se faire entendre pouvaient s'adapter au paradoxe. Les internes étaient désireux d'être experts dans leur domaine. Leur ressenti sur le paradoxe influençait cette volonté. Le ressenti du statut évoluait selon une temporalité singulière à chaque interne.

Discussion : Favoriser l'expression des difficultés, améliorer la préparation et l'accompagnement des internes dans leur formation permettrait de favoriser l'adaptation à leur statut. De nouveaux axes d'amélioration pourraient être recherchés à travers une compréhension multidimensionnelle, incluant leur volonté de reconnaissance, l'évolution pendant l'internat et même le vécu des médecins formateurs.

Conclusion : Avec une meilleure connaissance de soi et un cadre propice à la formation, notamment par le compagnonnage bienveillant, les internes se sentiraient plus à leur place entre le statut médecin et étudiant.

MOTS CLÉS : Mécanismes comportementaux, Interne en médecine, Sciences Sociales, Statut paradoxal

ABSTRACT

Title : The student-physician status paradox: what is the experience of general practice trainees?

Context: By definition, the GP trainee (GPT) is a professional in training. This dual status can generate a paradox that is a source of malaise. In 2017, 27% of French medical students claimed to have suicidal thoughts. That same year, the tension vectors of the paradoxical status were described among GPTs in Tours. The reform of the 3rd cycle of medical studies reaffirms this double status of the intern by insisting on the student part. The general suffering of the interns is increasing and questions their adaptation profile in a sociological logic of paradoxes.

Objective: To explore the feelings of GPTs on the paradox of their status following the reform of the 3rd cycle.

Method: Qualitative study by semi-directed interviews with GP trainees in Tours. The recruitment was done by snowball effect. The open, axial and selective analysis was carried out according to the principles of grounded theory, with triangularization of the data.

Results: 11 interviews were conducted to obtain theoretical saturation of the data. The trainees adapted to the paradox of dual status in order to live their internship well, thanks to favourable factors. Trainees were experiencing the paradox due to environmental factors, resulting in feelings that led them to experience their internship poorly. Those who were able to make themselves heard were able to adapt to the paradox. Trainees were eager to be experts in their field. Their feelings about the paradox influenced this desire. Feelings of status evolved according to a time frame unique to each intern.

Discussion: Encouraging the expression of difficulties, improving the preparation and support of trainees in their post-graduate education would help them adapt to their status. New areas of improvement could be sought through a multidimensional understanding, including their desire for recognition, their evolution during the internship and even the experience of the training physicians.

Conclusion: With greater self-awareness and a supportive training environment, including caring companionship, trainees would feel more at home between physician and student status.

KEYWORDS: Behavioral mechanisms, GP trainee, Social Sciences, Paradoxical status

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Dibao-Dina Clarisse, vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury. Nous souhaitons vous proposer une lecture pertinente d'un sujet dont vous connaissez l'importance. Soyez assurée de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Chantebel, merci de nous faire l'honneur de ta présence dans ce jury de thèse. Nous te remercions pour l'intérêt que tu y accorderas. Sois assuré de notre reconnaissance.

A Madame le Docteur Tremeau Emeline, merci de nous avoir inspiré pour ce travail. Nous te remercions d'être présente pour le juger. Nous espérons que ce travail ira dans le prolongement de ce que tu as réussi à transmettre à travers le tien. Nous te prions de croire en l'expression de notre respectueuse considération.

A Madame le Docteur Lebleu Mary, Chef de Clinique des Universités, merci pour la confiance que tu nous as donnée en acceptant de diriger notre thèse. Merci pour ton implication dans ce projet rejoint en cours de route. Ton accompagnement, ta bienveillance et la pertinence de tes avis nous ont permis de cheminer sereinement.

A Madame le Docteur Ettori-Ajasse Isabelle, Maître de Conférence Associé, sans qui tout ce travail n'aurait jamais pu voir le jour. Tu nous as accompagné, écouté et soutenu avec toute cette bienveillance, cette patience, cet investissement, cette honnêteté et cette rigueur dans le travail qui te caractérise. Nous sommes honorés que tu aies pris cette place.

Aux internes et plus particulièrement aux participants anonymes qui ont permis de faire la richesse de ce travail.

A nos chercheurs de l'ombre, Axelle et Michel, merci pour votre implication et votre soutien inconditionnel dans ce travail.

REMERCIEMENTS CLÉMENCE

A Thomas, merci d'avoir accepté de rejoindre ce projet, de m'avoir épaulé et rassuré dans les moments de saturation et doutes. Merci pour les week-ends thèse avec options balades bucoliques et soirée The Voice. Merci pour ta bonne humeur dans ce travail de longue haleine.

A Axelle, merci pour ton implication de folie et ton soutien durant ces derniers mois. Merci pour la traduction des sciences sociales et de l'éducation. Merci pour tes repas si réconfortants et remplis d'amour.

A mes parents, sans qui littéralement je ne serais pas là. Merci pour votre appui sans faille, pour votre amour et juste pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis 29 ans. Merci d'avoir supporté mon caractère de griffonnette. Merci pour toutes les expériences que j'ai pu vivre grâce à vous et nos voyages.

A ma soeur, pour ton soutien et ton amour de grande soeur. Merci pour ta générosité, tes vêtements et tes goûts musicaux.

A mon grand-père, le plus stylé de tous. Merci pour tous les tours de manège, ton amour, et ta certitude quant à mes capacités d'être le médecin que je souhaite.

A ma grand-mère et à ma tante, merci de veiller sur moi de là-haut.

Aux oncles, tantes et cousins bretons, merci d'être là. Merci pour Astérix et Disney. Merci pour Rammstein. Merci pour les séjours brestois.

A Christophe et Ana, merci pour vos repas ou plutôt festins. Merci pour votre accueil ensoleillé à chaque fois.

A Yzilda et Ismaël, merci de prendre soin de moi comme votre fille. Merci pour votre immense générosité. **A Margot**, ma pâtissière, j'ai hâte de t'emmener en concert. **A mamie et Liliane**, merci pour toute votre bienveillance. Merci de m'avoir accepté dans votre famille.

A Marie, ma twisted sister, ma guide touristique et culinaire. Merci d'être toi, de me supporter depuis 15 ans, d'être restée là malgré les kilomètres. Merci pour les soirées Mamma Mia, les brunchs démentiels et pour toutes les fois où tu m'as remis les idées en place tout au long des dernières années. **A Christine**, merci pour toutes les fois où tu m'as accueilli à bras ouverts et où tu as supporté nos reprises d'ABBA avec Marie.

Aux copains toulonnais, Sandrine, Lucien et Julien, la team Coco. Merci pour toutes nos retrouvailles au bord de l'eau, notre séjour suisse, nos balades à moto, nos matchs du RCT, nos concerts, nos discussions sur la vie et sur rien aussi, votre soutien et votre présence dans ma vie depuis tant d'années. Merci d'avoir pris soin de notre cahier de citations.

Au Mosh'n'fit, à nos randonnées qui manquent de me tuer, à nos concerts et festivals, à nos tenues de convention qui deviennent de plus en plus stylées, à notre nouvel an Harry Potter, à nos futurs projets. Merci d'être vous. Merci d'accepter une Poufsouffle parmi vous.

A Louise, à notre rencontre sur le banc de la fac le premier jour de la rentrée, à ta parfaite compréhension de la situation, à ton soutien et à mon deuxième baptême équestre. **A Tom** et à nos soirées autour d'une mousse.

A Emmeline et Ouni d'amour, la rencontre vendômoise. Merci pour les pauses midi pleines de fluffiness, les trajets potins et citrouilles, les concerts et les soirées jeux.

A Camille, merci pour nos soirées aux salettes, notre duo du Mambo, nos sessions Glee, le Voix du Gaou. Merci d'être toujours là malgré la distance.

A la team CPTS, Clara, Célia, Paul et Alain, meilleure équipe de l'internat. Merci pour votre bonne humeur, pour les pauses du midi exceptionnelles, pour les conseils mamie et les concours de ping-pong. **A nos chefs incroyables sur tous les points**, Adélise, Hélène, Jean-Baptiste, Valérian, Loïc et Romain. **A toi Romain**, merci d'avoir accepté d'être là. J'espère qu'on fera un vingt naturel pour notre présentation.

A la team Med Ge, à nos visios thèse qui portaient si bien et pleines de volonté. Merci pour vos conseils et votre soutien.

Aux copines Marseillaises, Océane, Camille et Marine, pour les soirées marseillaises, le WEI, les sessions supposées studieuses, les cours de danse, les thés et cookies thérapeutiques. Merci pour votre amour.

A la team Polytech, merci pour l'intégration, le soutien, les soirées et les sessions musicales. Merci pour votre canapé tourangeau. Merci pour votre bienveillance.

Aux copains Bretons d'amour, merci pour votre générosité et votre gentillesse. Merci pour toutes les soirées, le Tertre Festival, les week-ends JDR, le championnat de l'Auberge, mon baptême de Donjon sur WoW. Hâte de vous rejoindre tout bientôt.

A la team Escape Time, Andréa, Betty, Morgane, Sam, Erwan, Taiki, Théo, Tristan, Robin, aux soirées jeux, aux JDRs et dérivés, aux concerts, aux escapes. Merci pour votre humeur ensoleillée. Merci Andréa pour ton soutien dans la philosophie mamie.

A Saucisse, merci pour tes ronrons et ta protection des lieux en notre absence.

A Michel, ma rencontre improbable du Hellfest il y a maintenant 5 ans. Merci de m'avoir rejoint si loin de ton pays breton. Merci de ton inconditionnel soutien dans les épreuves des dernières années, merci de me porter sur tes épaules. Merci de me nourrir depuis 5 ans, même si les céréales en dîner c'est pas si mal en vrai. Merci de me rappeler que la vie ne se résume pas à la médecine et de m'accompagner dans notre univers fantastique. J'ai hâte de notre prochaine étape automnale et de te dire enfin oui.

REMERCIEMENTS THOMAS

A Clémence, merci de m'avoir offert l'opportunité de partager ce passionnant travail avec toi. Merci pour toutes ces années d'amitié et tous ces inoubliables moments passés ensemble. Il y en a tant d'autres à venir.

A toutes les personnes m'ayant formé, de mon enfance à ce jour, merci d'avoir participé à façonner la personne que je suis aujourd'hui. J'ai pu apprendre de chacun de vous. Mention particulière à l'ensemble des membres de l'Équipe d'Appui Départementale de Soins Palliatifs du Loir-et-Cher (EADSP41), Anne-Sophie, Nicolas, Marine, Stéphanie, Christelle, Valérie, Véronique et Isabelle, vous m'avez offert une vision de la formation bienveillante que j'attendais tant.

A mes parents, merci pour votre soutien indéfectible et votre amour qui me porte au quotidien. Vous êtes un modèle pour moi depuis toujours et je suis fier d'être votre fils.

A la mémoire de mes grands-parents, j'imagine la joie que vous auriez eu de me savoir médecin.

A mes soeurs, mon frère et à ma famille, être parmi vous est un bonheur qui me comble.

A Gabriel, Ju, Jb, Michel, Mav, Tika et Matthieu, les années passées n'auraient jamais été les mêmes sans vous et je ne parle pas de celles qui arrivent. Je vous aime si fort.

A Sabine, Brewenn, Mélou, Bastos, Mathou et Méri, merci de prendre cette place dans mon cœur.

A Lélé, Mathieu, Léo et Mimix, merci d'être vous, d'être là, que des numéros dix (Maradona) dans ma team.

A tous les amis que je ne cite pas et qui se reconnaîtront.

A l'Auberge du FCM, merci pour tous ces moments d'évasion.

A Opi, Opidou, Opou, Poupou, Poupidou : "A qui la nuit fait-elle peur ? A ceux qui attendent le jour pour voir." Merci d'éclairer mon quotidien depuis 5 ans.

A Lulu : "L'homme et l'ours se disputent un territoire, qui a raison ? Le chat qui les observe."

A la famille d'Axelle, merci d'être formidable et de m'avoir accueilli à bras ouverts.

A Axelle, merci d'être à mes côtés. La vie est une question, la voie de l'amour est tout à la fois, la réponse du savant et celle du poète. La force des mots me limite pour transcrire l'amour que je te porte.

"-Que deviennent les rêves qui se brisent ?

-Les rêves ne se brisent pas.

-Que deviennent les rêves qui se brisent ?

-Le terreau des rêves à venir." P. Bottero.

LISTE DES ABREVIATIONS

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

DES : Diplôme d'Études Supérieures

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

IMG : Interne de Médecine Générale

ISNI : InterSyndicale Nationale des Internes

ISNAR-IMG : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MG : Médecine Générale

MSU : Maître de Stage Universitaire

RÉPARTITION DU TRAVAIL

Initialement, Clémence Cueff (CC) a commencé le travail de thèse en novembre 2021. Devant un souhait d'approfondir les recherches et l'intérêt scientifique apporté par la présence d'un autre chercheur, Thomas Le Helloco (TLH) a rejoint le projet en septembre 2022. Ce fonctionnement en binôme a permis de réaliser un plus grand nombre d'entretiens dans un temps restreint. Il a également apporté un travail plus complet de recherche bibliographique, débuté par CC, notamment à travers le prisme des sciences sociales et de l'éducation. Nous avons triangulé toutes les étapes du travail de recherche, du questionnement à la rédaction, afin d'enrichir celles-ci à travers nos différentes visions et connaissances.

INTRODUCTION

Le code de l'éducation définit l'interne en médecine comme un professionnel en formation⁽¹⁾. Du fait de ce statut, il est à la fois étudiant et professionnel créant un paradoxe menant à des tensions. Les sciences sociales ont exploré la souffrance au travail à travers plusieurs logiques : reconnaissance au travail, autodétermination, interactions interpersonnelles et environnement formatif. Certains profils réactionnels aux paradoxes étaient plus exposés à un risque de mal-être. En 2018, les vecteurs de tension de ce paradoxe statutaire ont été décrits chez les internes de médecine générale : tension d'organisation, de performance et d'appartenance⁽²⁾.

En 2017, 23.7% des étudiants en médecine (1er, 2ème et 3ème cycle) affirmaient avoir des idées suicidaires⁽³⁾. Cette conclusion a motivé une nouvelle étude sur la santé mentale des étudiants en médecine, réalisée par l'InterSyndicale Nationale des Internes (ISNI) et l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG)⁽⁴⁾. Les résultats montraient une majoration des symptômes d'anxiété et de dépression chez les internes toutes spécialités confondues : 67% des internes et externes présentaient des signes de burn-out. Un quart des répondants avaient été victimes d'humiliation ou de harcèlement sexuel. En 2019, une autre étude objectivait que 2 internes sur 10 avaient eu recours à une automédication de psychotropes, 48,5% souffraient de troubles anxieux, 19% d'une dépression, 72,5% d'au moins une pathologie mentale au cours de leur internat⁽⁵⁾. Enfin, la pandémie de la Covid-19 a dégradé de façon généralisée la santé mentale de la population, surtout la population jeune⁽⁶⁾.

La réforme du 3ème cycle de 2017 réaffirme le statut paradoxal de l'interne : il est à la fois étudiant et médecin⁽⁷⁾. Cette réforme apporte plusieurs changements :

- un encadrement pédagogique de l'interne plus individuel,
- la séparation du Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) en 2 phases d'autonomisation croissante,
- une maquette fixe et progressive avec l'obligation d'un 2ème stage en cabinet de médecine générale,
- un changement épistémologique : "étudiant du 3ème cycle" plutôt que "médecin en formation" ou "interne".

Dans la logique sociologique des paradoxes, ces modifications du 3ème cycle mettent en avant la logique étudiante devant la logique médecin des internes. On peut s'attendre à une modification de l'accompagnement et des profils des internes.

La souffrance générale des internes se majore. Cette évolution de la santé mentale des étudiants en médecine nous questionne sur le profil d'adaptation des internes. En se plaçant dans une logique sociologique des paradoxes, comment les internes réagissent à leur statut ? Quels changements sont apparus suite à la réforme ?

L'objectif de ce travail était d'explorer le ressenti des internes en DES de médecine générale de l'Université de Tours, sur le paradoxe de leur statut à la suite de la réforme du 3ème cycle des études médicales.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Approche

Une étude qualitative utilisant une approche inspirée de la théorisation ancrée a été choisie pour proposer un modèle fondé à partir de l'analyse et du ressenti des internes sur leur statut.

Participants

Les participants devaient être ou avoir été confrontés au phénomène étudié. La population d'intérêt était constituée par les internes de médecine générale de l'Université de Tours ayant intégré leur 3ème cycle à partir de 2018.

L'échantillonnage raisonné théorique a été constitué sur les caractéristiques suivantes : âge, sexe, semestre d'étude, particularités du cursus (classements, lieux, reconversion, etc), situation personnelle et familiale (Annexe 1). Du fait de l'appartenance des chercheurs à la population d'intérêt, certaines caractéristiques ont pu être définies *a priori*, puis complétées au fur et à mesure de l'étude.

La participation était basée sur le volontariat.

Le recrutement s'est fait par effet boule de neige, en fonction des variations recherchées. Les participants étaient informés de l'objectif de l'étude afin de planifier un rendez-vous pour les entretiens. A la fin de celui-ci, il était proposé aux participants de nommer un interne qui aurait un vécu intéressant et différent du leur pour l'inclure dans l'étude.

Recueil des données

Les données ont été recueillies par entretiens semi-dirigés et enregistrées avec un dictaphone. Un guide d'entretien initial a été rédigé et modifié au cours de l'étude en fonction des analyses itératives (Annexe 2). Il abordait dans un premier temps une présentation de l'interne et de son parcours. Il explorait le vécu des deux situations : l'une par son ressenti agréable et l'autre par son ressenti désagréable. Puis, il abordait la définition d'un interne de médecine générale et le vécu du paradoxe médecin et étudiant. Enfin, il s'intéressait aux pistes d'amélioration du statut. Au cours du recueil, une question abordant l'évolution du ressenti au cours de l'internat a été ajoutée.

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

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation théorique des données.

Analyse des données

Le codage initial a été conduit à l'aide du logiciel Nvivo version Release 1.7.1 (1534)[®] et réalisé séparément par deux chercheurs (CC et TLH). L'ensemble de l'analyse ouverte a bénéficié d'une triangulation par la confrontation des résultats.

L'analyse ouverte, axiale et sélective avec la construction du modèle théorique a été réalisée par CC et TLH et deux autres chercheurs extérieurs.

Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude a été approuvée et autorisée par le groupe éthique d'aide à la recherche clinique.

Aucun fichier nominatif n'a été constitué.

Toutes les retranscriptions des entretiens ont été anonymisées. Les enregistrements audios ont été détruits après transcription.

Tous les participants ont signé une lettre d'information et de consentement (Annexe 3).

Durant l'ensemble du travail de recherche, nous avons essayé de répondre à un maximum d'items de la grille COREQ afin d'augmenter la qualité rédactionnelle (Annexe 4).

Les *a priori* des chercheurs ont été explicités avant le début du travail par la méthode des 7 questions (Annexe 5).

RÉSULTATS

Population

11 entretiens ont été menés entre mai 2022 et janvier 2023. Ils ont tous été réalisés en physique excepté le premier (I-06). Leur durée moyenne était de 49 minutes. La suffisance des données a été obtenue au bout de 8 entretiens, et confirmée par 3 entretiens complémentaires.

Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau 1.

L'analyse ouverte et l'étiquetage initial ont abouti à la constitution d'un livre de 1412 codes. L'analyse des codes ouverts a permis de faire émerger 17 catégories.

I - S'adapter au paradoxe étudiant/médecin

Les internes s'adaptaient au paradoxe de leur statut, indépendamment de leur ressenti d'être davantage étudiant ou médecin. Certains facteurs concourant à cette adaptation ont été mis en avant.

1. Facteurs favorisants

a. Avoir conscience de son statut

Avoir conscience de son double statut était favorisé par le ressenti des internes d'être nécessaire et pouvoir être reconnu. *"j'avais envie de donner un nouveau sens à mon travail et d'être vraiment plus utile au quotidien c'était un point qui était important pour moi."* (I-03) ; *"Faut la reconnaissance que tu peux avoir (...) j'attends tu vois que les patients ils soient contents de la prise en charge que tu fais."* (I-02.)

L'importance sociale du statut de médecin aidait à se sentir utile et important. *"ça me donne un objectif de vie supplémentaire et ça permettait quand même d'accéder à un autre statut social"*(I-04) ; *"C'est pour être acteur vraiment et voilà avoir un rôle, (...) j'avais un rôle important dans cette situation"* (I-05).

Les responsabilités de ce rôle de médecin aidaient à prendre conscience de leur statut. *"mais à un moment on a des vies malgré tout entre nos mains"* (I-01) ; *"Donc t'as cette responsabilité, et cette responsabilité fait que tu bascules vers le statut de médecin."* (I-02).

Le statut étudiant était présenté comme un privilège sur *"l'aspect financier où on va avoir beaucoup de réductions sur plein de choses, des aides etc..."* (I-10).

Les internes ont évoqué l'envie d'être renseigné sur leur statut. *"des internes plus vieux de médecine générale que j'ai côtoyé, ils étaient vachement comme ça, vachement à connaître leurs droits, (...) du coup à vouloir les faire appliquer pour tout le monde, ce qui est top"* (I-09.)

Participants	I-01	I-02	I-03	I-04	I-05	I-06	I-07	I-08	I-09	I-10	I-11
Âge	26	29	40	27	28	28	25	28	27	26	26
Sexe	F	M	F	F	F	F	M	M	F	M	M
Semestre d'étude	6	5	1ère année thèse	5	6	6	1	5	5 (1 en MG)	1	1
Situation familiale	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	seul	en couple
Externat à Tours	non	oui	oui	non	non	oui	oui	non	non	oui	oui
Reconversion ou droit au remord	non	non	oui	non	non	non	non	non	oui	non	non
Stages invalidés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre de jours d'arrêt	167	5	8	0	10	15	0	0	14	10	0
CESP	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non	oui	non
Caractère syndicaliste	non	non	non	non	oui	non	non	oui	non	non	non
Nombre d'enfants	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
DU ou FST	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	prévu
Milieu familial médical	oui	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	non
Possession d'une voiture	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui
Niveau socio-économique des parents	élevé	moyen	moyen	faible	élevé	moyen	élevé	élevé	élevé	moyen	élevé
Nombre de déménagement	0	0	0	4	6	1	0	0	1	0	1
Sentiment de soutien de l'entourage	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Sentiment de stabilité financière	oui	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	moyen	oui
Disponibilité	oui	non	non	non	oui	non	non	non	non	non	non

Tableau 1. Caractéristiques des participants

b. Connaissance de soi et ses limites

Les internes parlaient de la connaissance de soi dans le but de pouvoir s'adapter au paradoxe. Certains exprimaient l'impact de leurs émotions dans leur vie personnelle. *“que le soir on rentre à la maison j'ai mes émotions parce que j'ai passé une journée de merde” (I-01)*. Pour cela, la gestion des émotions paraissait nécessaire à développer. *“je pense que prendre soin de notre santé mentale, ce serait, c'est quelque chose de primordial et ce serait vraiment une plus-value pour tout le monde, pour l'interne en premier évidemment, mais du coup un interne qui se sent bien c'est, c'est un interne qui va bien travailler, qui va bien apprendre de ce qu'il fait dans des bonnes conditions qui va être plus agréable et ainsi de suite et là aussi on retrouve un cercle qui est beaucoup plus vertueux. Et je pense que en effet on est sur un point très très très important voir complètement indispensable de notre parcours d'interne.” (I-09)*.

De même, les limites propres à chacun se fixaient au fil du temps, au fur et à mesure de leur découverte. *“alors qu'au début de l'internat on sait pas trop où chercher, on sait pas trop quelle position ce... avoir par rapport au patient donc c'est tout un travail. Je trouve qu'on apprend que au fur et à mesure des stages... savoir se positionner par rapport au patient n'être trop non plus dans la sympathie euh mais savoir aussi mettre les limites qui est très difficile je trouve au début.” (I-05)*.

Les internes savaient ce qui était bon pour eux dans leur pratique selon leur expérience. *“en plus à l'hôpital j'trouve t'as.. tu sens que tu subis les décisions d'une administration sur lesquelles tu peux pas faire pression quoi, 'fin moi j'avais le sentiment de pas pouvoir lutter contre ça quoi. Donc j'me suis dit euh libéral je vais aller quelque part où je peux faire un peu plus ce que je veux” (I-09)*.

Dans le but d'un objectif, *“je sais ce que je veux devenir, je sais que pour y arriver, je dois faire du travail moi-même derrière” (I-10)* car conscients du trajet à parcourir. *“je trouve qu'on aura une assez longue carrière à venir et que l'internat est court et que franchement si on se met en souffrance dès l'internat : quels soignants on va faire quoi.” (I-04)*.

La connaissance de soi était amplifiée par le compagnonnage bienveillant des seniors.

c. Compagnonnage bienveillant

Les internes évoquaient le bénéfice d'être protégé durant l'internat. *“maintenant d'un côté ça peut être agréable parce que tu dis tu peux te reposer sur tes médecins, tes seniors du coup si tu as des problèmes.” (I-07)*.

Les internes souhaitaient avoir une prise de responsabilité accompagnée. Cet accompagnement remplirait la part inhérente de leur statut étudiant. *“Le truc le plus dur et peut-être beaucoup de gens, beaucoup d'internes craignent le plus. C'est cette responsabilité qu'on a. Mais encore une fois, j pense que on l'a accepté, mais faut un minimum être encadré. Et c'est peut-être aussi pour ça qu'on garde un peu le statut étudiant.” (I-10)*.

Être valorisé sur son statut médecin renforçait le sentiment d'être à sa place au sein du paradoxe. *"Oui oui oui, oui j'ai apprécié enfin qu'on me fasse confiance c'était vraiment voilà t'es plus juste l'étudiante..." (I-05). "Parce que d'un côté l'autonomie ça, ça a quelque chose de valorisant quand tu fais ton truc" (I-04).*

Les internes acceptaient la possibilité de se tromper dans leur pratique. *"Puis ben des fois t'es fatigué aussi. Donc ben c'est pareil tu peux faire des erreurs. Ça je l'accepte totalement." (I-10).* Cette conscientisation apparaissait pour les internes au fil du temps. *"ou plus confiance dans le rattrapage de mes erreurs potentielles surtout" (I-01).*

Ces aspects (être protégé, être valorisé et accepter la possibilité de se tromper) amplifiaient le compagnonnage bienveillant et la possibilité de mener leur mission à bien.

d. S'avoir s'adapter

De même, savoir s'adapter à son maître de stage, *"C'est aussi parce que je m'adapte un peu à comment travaille le médecin avec qui je suis en stage" (I-01),* ou à l'organisation semestrielle de l'internat, *"comme on change de stage tous les 6 mois donc ça implique de, d'apprendre à connaître et à s'habituer à une nouvelle équipe de soignants tous les six mois ce qui est un petit peu compliqué au début quoi" (I-04)* amplifiait la possibilité de mener sa mission à bien et d'être acteur de sa formation.

Le compagnonnage bienveillant et être acteur de sa formation amplifiaient quant à eux la possibilité de mener sa mission à bien.

e. Environnement propice

Être acteur de sa formation, le compagnonnage bienveillant et la possibilité de mener sa mission à bien étaient caractérisés par un environnement propice :

- via l'entourage professionnel. *"Ah non pas comparé à la pédiatrie, la pédiatrie c'était génial, parce que on s'est toutes entraînées même dans les moments très difficiles quoi" (I-01), "Il est venu m'épauler et tout et là à ce moment-là tu t'sens vraiment mieux et après qu'on leur a dit ouais s'il y a quelque chose vous appelez pas l'interne de garde, vous m'appelez moi directement. Alors ça ça fait un bien fou." (I-02) "j'en ai parlé à (...) une infirmière du SAMU qui était trop top et qui était trop bien avec moi" (I-09).*
- via le respect du temps de travail. *"Ah oui nan mais là déjà j'ai la chance c'est que au niveau horaires ou même aux urgences c'est bien respecté les horaires" (I-07).*
- via l'accueil du service. *"Là pour la première fois, je suis dans un stage en gériatrie où quand on est arrivé dans le service, pendant toute la matinée, la première matinée, on nous a accueillis et on nous a rappelé les droits qu'on avait et le fonctionnement du service qui allait s'adapter à nos droits. On nous a donné des, des, on nous a ouvert des portes si jamais on se sentait dans le, dans la détresse ou l'insécurité à un moment" (I-08).*
- via l'adaptation des MSU à la vie personnelle des internes. *"si je dis "Ben j'ai une fille du coup est-ce que je peux partir pour aller la récupérer à l'école ?" ils m'ont tous dit oui." (I-03).*

- via le soutien de l'entourage des internes : *"ça s'est bien passé, à part ma MSU, mais mais c'était pas un problème parce qu'en plus j'étais soutenue de partout et c'est bon."* (I-03).

f. Être formé

Les internes évoquaient le fait d'être formé grâce à un encadrement adapté à leur statut d'étudiant. *"je trouve qu'on est vraiment encore à notre place d'étudiant. (...) le feed-back dont je parlais tout à l'heure qui est un peu plus important, un peu plus présent. On peut plus facilement solliciter des seniors"* (I-06). *"c'est les deux seuls stages où vraiment (...) j'ai des seniors qui sont là pour moi, vraiment pour me former quoi. En gros j'suis pas trop là pour bosser (...) je bosse pour pouvoir être formé"* (I-04).

Ce souhait d'être formé motivait des choix dans leur formation, *"le truc qui faisait que je voulais pas prendre méd gé au départ c'était que moi j'avais pas confiance en ma gestion de l'urgence. (...) Parce que ça me stressait. Donc j'avais envie de... bah de m'y confronter, d'apprendre à le gérer."* (I-09) ou dans leurs conditions de terrain de stage. *"J'étais théoriquement pas obligé d'en faire mais j'en faisais, je choisisais mes dates, il y avait pas de souci. J'allais avec les seniors qui allaient le plus m'apprendre."* (I-04).

Les internes acceptaient l'idée d'une formation par eux-mêmes. *"T'es livré à toi-même et en même temps ça me dérange pas."* (I-10).

g. Être sachant

L'internat de médecine générale était une période propice pour être sachant dans la polyvalence et l'orientation des patients. *"c'est un généraliste en devenir qui touche un peu à tout et qui se forme un peu sur tout, voilà. Pour pouvoir enfin je pense que l'idée aussi de nos stages hospitaliers c'est de voir un peu au-delà de notre compétence de généraliste, comprendre un peu quand on envoie vers les spécialistes, quand on envoie aux urgences gynéco encore."* (I-05).

Les internes en fin d'internat étaient conscients d'être devenu sachant. *"et puis t'as vraiment tu te rappelles tout ce que t'as appris avant et tu ressorts tes connaissances au fur et à mesure et tu vois en fait que tout ton parcours ça t'a amené à ce moment là"* (I-03).

2. Conséquences

Ces facteurs favorisant participaient à l'adaptation des internes à leur double statut. *"Etudiant en médecine ou médecin étudiant en gros ça revient un peu au même, en gros ça m'a pas posé de problème."* (I-03).

Cette adaptation de l'interne au paradoxe entraînait un bien-être mental. Il permettait de trouver un équilibre entre sa vie personnelle et professionnelle. *“Donc faut savoir gérer son corps. Gérer aussi un petit peu son hygiène de vie. Ça c'est hyper important.. (...) tu as de la fatigue physique, mais la fatigue mentale du coup arrive très vite derrière quoi. (...) je sais que ben des fois je ramène beaucoup de choses chez moi. Donc ça j'ai appris à déconnecter”* (I-10).

Les internes usaient pour cela la compartimentalisation. *“Une fois mon boulot il est fini j'm'en vais et quand je quitte le seuil de l'hôpital, y a, y a plus de médecine, y a plus rien tu vois.”* (I-02).

Cet équilibre conduisait au ressenti de bien vivre son internat.

II - Subir le paradoxe étudiant/médecin

Entre facteurs conduisant à subir l'internat et conséquences de cette non adaptation, les internes ont exprimé différents vécus singuliers et complémentaires.

1. Facteurs favorisants

A travers les entretiens menés, les internes exprimaient plusieurs facteurs et sentiments allant à l'encontre d'une adaptation à leur statut.

a. Abandon et doute

Les internes subissaient le cadre professionnel et universitaire. Ils faisaient face à un sentiment d'abandon dans leurs stages. Ce sentiment était majoré par un manque ressenti de séniorisation. *“Mon maître de stage m'a posé là, il m'a dit “bah t'as qu'à faire les consults” et puis il s'est barré dans son EHPAD.”* (I-01).

Ils ne se sentaient pas soutenus par l'université. *“Alors ça fait 6 ans que j'suis dans la même fac, 6 ans que j'ai appris que j'étais tout seul, donc cette fac ne nous aide pas.”* (I-10).

L'appréhension du statut de médecin était décrite comme prenant le pas sur le statut d'étudiant. Les internes se sentaient obligés d'assumer le rôle de médecin dans des conditions inconfortables. Ce climat limitait l'apprentissage. *“Là j'avais le sentiment d'être médecin, mais beaucoup moins étudiant, mais contre mon gré finalement, pas du tout dans un cadre qui me permettait de bien bien progresser.”* (I-08).

Les internes de médecine générale se sentaient isolés durant leur internat. *“On doit plus sortir un peu les doigts du cul et aller chercher, je dirais, si je devais utiliser un mot, je dirais un peu isolé.”* (I-11).

b. Se sentir en danger

Les sentiments de doute et d'abandon amplifiaient un climat d'insécurité. *“Je me suis dit “ouais s'il y avait une merde bah il aurait essayé de me faire porter le chapeau” enfin je trouvais ça pas normal quoi.”* (I-04).

Les internes rapportaient devoir se protéger lorsqu'ils ne se sentaient pas en confiance. *“Des fois ils étaient pas trop présent, j'essayais un maximum de passer des coups de fils pour faire valider mes prises en charge et les mettre au courant quoi, pour légitimer ce que je faisais, enfin je me protégeais toujours en fait.” (I-04).*

Ils appréhendaient de pouvoir demander un avis face à leurs incertitudes. *“On n'ose pas appeler le chef parce que ouais mais il va m'engueuler” (I-01).*

La remise en question des compétences participait à ce sentiment de danger. *“L'autre expérience désagréable c'était la confrontation à l'équipe paramédicale enfin j'avais l'impression que (...) certains d'entre eux étaient vachement (...) dans le test et à essayer de remettre en cause mes consignes, mes, mes prescriptions, et euh, et une fois ça c'est vraiment très très mal passé” (I-04).*

c. Se sentir objet

Les internes avaient exprimé le sentiment d'être utilisés et rabaissés dans le cadre de leurs stages. *“Le statut c'est qu'on est les petites mains de l'hôpital tu vois. C'est juste ça, c'est qu'on est, tu l'enregistres, je le dis : on est des petites s***pes, c'est ça franchement, sans nous l'hôpital public ne tourne plus tu vois.” (I-02).* *“Un MSU qui a plusieurs internes qui carburent en même temps que elle bosse y a quand même une notion de rentabilité qui est un peu gênante quoi.” (I-03).*

Les internes souhaitaient apprendre et être utiles sans pour autant être corvéables. *“Je dirais que c'est vraiment le statut intermédiaire où bah on doit voir plein de choses et faire plein de choses, donc c'est normal qu'on les fasse, mais on est un peu quand même corvéables, à merci. ” (I-06).*

Leur part professionnelle était un maillon essentiel à la prise en charge du patient et au bon fonctionnement du système de soins hospitalier et libéral. Leur part étudiante était quant à elle utilisée pour justifier leur exploitation. *“Voilà c'est statut paradoxe, on est professionnels de santé quand ça arrange, mais sinon on est étudiants quand ça arrange. Donc finalement on passe de “ah oui oui ils sont indispensables” à “ah bah de toute façon ce sont que des étudiants, c'est pas grave” (I-06).*

Selon eux, les conditions de formation et de compagnonnage n'étaient pas respectées. *“Je pense rares sont les stages où t'es en formation vraiment, où on t'apprend des trucs tu vois. T'es vraiment sur le tas, t'apprends sur le tas, et tu vois des patients, tu fais tes trucs car il faut les faire, il y a pas le choix. (...) En fait je me sens pas étudiant tu vois, car encore une fois, je suis pas en formation car on ne me forme pas.” (I-02).*

2. Conséquences

Si le cadre imposé ne convenait pas aux internes, alors ils subissaient le paradoxe du statut. Plusieurs conséquences et mécanismes étaient décrits dans ce paradigme.

a. Ne pas être à la hauteur

Les internes ne se sentaient pas à la hauteur des missions qui leur étaient confiées. Les internes ressentait un manque de connaissance qui les empêchait de mener leurs missions à bien.

“Je me suis retrouvé comme un idiot à pas savoir (...) J’mé rends compte que ça va être dur, quand même... Malgré tout j’ai quand même beaucoup de lacunes à rattraper” (I-10).

Ils exprimaient également la crainte de ne pas être à la hauteur dans leur rôle de médecin envers les patients. *“J’mé disais mais moi j’ai pas les épaules quoi, j’ai pas la maturité, qu’est-ce que tu veux que je leur apporte à ces gens ?” (I-09).*

Les internes rapportaient devoir remplir les fonctions d’un médecin sans avoir le droit à l’erreur. *“Alors c’est difficile parce qu’on est... on a un statut un peu particulier où l’erreur n’est pas trop permise...” (I-10).*

Les internes appréhendaient leurs journées de travail. Cette appréhension provenait de la variabilité de l’articulation étudiant/médecin et des responsabilités qu’on leur imposait. *“C’était juste l’idée de ne pas se sentir compétent. Et puis de se dire “bon ben, il va falloir que la journée se passe bien et qu’il y a pas de moment où je suis censé faire des choses que je saurais pas faire, et là on va être mal.” (I-03).*

Cette appréhension était majorée par leur envie d’être de bons soignants. *“Y a un moment bah là ça je sais pas faire ou je sais mal faire et là je sens que je soigne pas bien.” (I-01).*

Le sentiment de ne pas être à la hauteur semblait influencer sur celui de mal vivre son internat, et inversement.

b. Mal vivre son internat

Les internes qui ne trouvaient pas leur place dans ce paradoxe exprimaient mal vivre leur internat. *“Et donc ça tu vois ça m’a grave dégoûtée, j’mé suis dit “putain mais quel métier je fais quoi ?” (I-09).*

i. Être résigné

Penser ne pas avoir le choix occultait la possibilité de conscientiser la contrainte de son statut. *“Quand on est pris dans le truc, forcément on n’y pense pas, alors on sait que ça peut être contraignant et très paradoxal comme statut, mais c’est vrai que c’est pas forcément une question qu’on se pose, puisqu’on se dit que c’est comme ça et qu’on a pas le choix.” (I-06).*

Les internes exprimaient la difficulté de ce qu’ils vivaient. Ils choisissaient d’y trouver une norme et de s’y résigner. *“Après des fois j’ai juste, j’ai juste encaissé.” (I-04).*

Cette résignation participait à mal vivre son internat. *“J pense qu’en fait j me disais que c’était des expériences à accumuler et qu’au fur et à mesure j’allais... j’allais le gérer de mieux en mieux mais sauf qu’en fait non.”* (I-09).

Ces internes attendaient de sortir de ce mauvais vécu. *“Certaines fois on se dit : bon c’est l’internat, on fait le max et puis après ça ira mieux après.”* (I-06).

ii. Autocensure

Les internes rapportaient une réticence à communiquer leurs difficultés. *“J’ai pas réussi à lui dire. Parce que sur le moment j’étais complètement bloquée.”* (I-09).

Les internes justifiaient une autocensure à travers un manque de confiance dans leur environnement professionnel. *“J pense parce que j’ai perdu confiance et je me suis dit je veux pas, je vais pas exposer ma vulnérabilité à ces gens-là parce que j’avais pas confiance. Et j’avais peur que ce soit utilisé ou répété tu vois...”* (I-09).

Dans des situations désagréables, ils avaient la volonté de ne pas porter préjudice à ce même environnement. *“Y’a plein de choses à changer mais moi j’veais pas taper j’veux j’veux, j’veux pas et j’ai pas à taper sur sur quelqu’un tu vois.”* (I-02).

L’autocensure était alimentée par une crainte des répercussions sur la suite du stage. *“Un chef à qui on a expliqué qu’on voulait prendre une journée pour faire la grève pourrait le lendemain, décider de moins nous accompagner moins nous apprendre de choses parce que il estime que, euh, on donne pas tout ce qu’on a pour la médecine ou autre et, et ça c’est dommage à mon sens.”* (I-08).

Les internes se réduisaient alors à un statut étudiant devant apprendre et non d’acteur pouvant se faire entendre.

iii. Être limité

Les internes arrivant à exprimer leurs difficultés pouvaient se retrouver limités par la réponse qu’ils recevaient. Cette limite ressentie après une prise de position participait au mauvais vécu de l’internat. *“On a, même malgré des sollicitations, pas toujours des réponses adéquates, ou des supervisions un petit peu rapides qui fait qu’au final j’ai pas trop de feed-back, de retours sur ce que j’ai pu faire et c’est peut-être un petit peu dommage, parce que du coup si on prend une mauvaise tangente bah on continue dans ces erreurs et on est pas corrigé tout de suite.”* (I-08).

c. Besoin de reconnaissance

Les internes étaient en demande de reconnaissance du travail fourni. *“Le manque de reconnaissance clairement c’est ça tu vois c’est vraiment ça euh qui met le plus à mal.”* (I-02).

Le paradoxe du statut était exprimé au sein de cette volonté de reconnaissance.

D'une part, il existait la volonté d'être reconnu comme essentiel au système de santé. Cette reconnaissance passerait par l'occultation de leur statut d'étudiant au profit de celui de médecin. *"Une certaine reconnaissance que bah on est quand même des professionnels de santé à plein temps et qu'on fait un travail qui est indispensable... au vue du système actuel, même si on est encore en formation."* (I-06).

De l'autre part, il était exprimé la volonté d'une plus forte reconnaissance de leur part étudiante. *"On est plus des gamins mais à un moment on a des vies malgré tout entre nos mains on a besoin d'être accompagné"* (I-01).

Les internes demandaient une bienveillance au sein de leur accompagnement en stage. *"On a quand même besoin d'un accompagnement et surtout de prendre confiance, et pour prendre confiance on a besoin d'être pris par la main, on a pas besoin d'un coup de pied au cul en fait."* (I-01).

La meilleure reconnaissance du statut étudiant passerait selon eux par une meilleure formation universitaire. *"Parce que pour moi le côté étudiant bah c'était surtout les séminaires à la fac mais en vrai on en a pas tant que ça."* (I-04), *"Quand ils sont très exigeants sur, sur les traces d'apprentissage et qu'à côté nous notre formation finalement on l'a fait presque tout seul, euh c'est difficile à entendre"* (I-08).

Face au paradoxe de leur statut, et au besoin de reconnaissance, les internes cherchent à se faire entendre.

d. Se faire entendre

Pour trouver leur place au sein du paradoxe, les internes cherchent à s'affirmer et exprimer leurs désaccords.

i. *Devoir s'affirmer*

Les internes avaient le sentiment de devoir s'affirmer pour être respectés et se faire entendre. *"Tu dois un p'tit peu batailler pour te faire respecter en tant qu'interne quoi."* (I-04) *"Des internes plus vieux de médecine générale que j'ai côtoyé, ils étaient vachement comme ça, vachement à connaître leurs droits, à être euh... et du coup à vouloir les faire appliquer pour tout le monde, ce qui est top."* (I-09).

Les internes souhaitaient une redéfinition de leur statut auprès des équipes paramédicales et des médecins seniors pour être mieux considérés et accompagnés. *"Remettre au clair en fait le statut de l'interne parce que clairement pour moi en fait euh, c'était la conséquence du fait que pour eux le statut d'interne était pas du tout clair."* (I-04).

Les internes réclamaient une meilleure prise en compte de leur statut. *"Plutôt j'ai réussi à, je pense, à demander une valorisation qui était à hauteur des tâches qu'on attendait de moi."* (I-04).

ii. Aller à l'encontre

Les internes rencontraient des situations où ils étaient en désaccord avec la prise en charge proposée par le médecin sénior. *“C'est des professionnels hein ils sont plus à même de choisir ou non euh, ce qui doit être fait. Et pour moi c'était pas ce qui devait être fait tu vois” (I-02).*

Ils se posaient la question de leur légitimité en tant que médecin étudiant dans cette prise en charge. *“Et du coup j'ai pas insisté. Je, ça je suis ressorti un peu avec la boule au ventre. En me disant est-ce que ce que j'aurais dû prendre, parce que, est-ce que j'aurais dû prendre les devants quoi, en lui expliquant, c'est quand même, j'étais qu'à une semaine d'internat, mais ça reste quand même euh... un classique.” (I-11).*

iii. Être acteur

Des internes cherchaient à contourner l'avis de leur médecin sénior afin d'exercer une pratique qui leur semblait plus pertinente. *“Est-ce que vous pensez que je peux prendre l'ordinateur? J'essaie un peu de voir si je peux faire avec vous derrière qui supervisez”... bon pour en fait, volontairement essayer de faire à ma sauce quoi, tout en systématiquement demandant à chaque fin de consultation “est-ce que ça vous va?” (I-11).*

D'autres avaient choisi de communiquer sur ce qui leur paraissait dysfonctionnel. *“Moi j'ai un tempérament qui est assez fort je pense. Et j'ai pas de mal à dire en fait quand il y a un truc qui me, qui me, qui me chagrine, que je trouve pas normal. Enfin au moins, au moins poser les mots dessus quoi. Donc voilà.” (I-04).*

Certains refusaient de prendre des responsabilités qui leur paraissaient déraisonnables et qui les mettaient en danger. *“Moi ça m'est arrivé plusieurs fois qu'elle me mette dans la situation où elle voulait que ce soit moi qui prenne la décision et où du coup je lui ai dit “non là je peux pas, euh fin si tu veux on staff avec un autre médecin, mais euh ça peut pas reposer sur mes épaules” tu vois, donc c'était, ça se passait bien, on pouvait communiquer là-dessus quoi.” (I-09).*

Afin de se faire entendre, les internes mettaient donc en place différentes stratégies. Ils devenaient acteurs de leur paradoxe. Trouver un consensus acceptable leur permettait de mieux vivre le paradoxe du statut.

III - Expert dans son domaine

Au cours des entretiens menés, les internes ont témoigné de leur envie d'apprendre, de s'améliorer et d'être de bons professionnels, peu importe s'ils s'adaptaient ou subissaient le statut paradoxal.

La volonté des internes à devenir de bons professionnels se trouvait freinée lorsque l'interne subissait son statut. *“je sens que je vais pas pouvoir aller au bout de ce que je vais faire je vais juste répondre à une problématique donnée par manque de temps et des fois ça arrive même que le chef prenne la main très rapidement sur le truc pour que ça avance plus vite, et du coup là moi j'ai pas l'impression de progresser, j'ai pas le sentiment que le patient a été bien pris en charge et du coup je ressors de là un peu plus frustré.”* (I-08).

A l'inverse, s'adapter au paradoxe facilitait le sentiment d'être expert dans son domaine. *“ça m'a permis globalement de progresser, (...) sur la confiance en soi, la manière de gérer les situations, et donc finalement une période pas toujours simple, mais qui nous permet (...) d'être de meilleurs professionnels et d'acquérir des compétences qui sont indispensables pour notre futur pratique”* (I-06).

IV - L'évolution du statut

Les internes ont ressenti une évolution du rapport à leur statut durant leur internat. Différentes temporalités ont été exprimées.

Certains voyaient le changement de leur statut comme un déclic, que ce soit au début ou à la fin de l'internat. *“Ah le déclic sur mon statut étudiant et mon statut médecin ! ... Bah le SASPAS... pour moi le SASPAS il sert à ça hein”* (I-01). *“Là t'es, t'es plus étudiant et c'est à ce moment là, lors des premiers stages, lors de ta phase socle où t'as, t'as ce déclic où ouais bon bah avant je soignais des patients, c'était l'interne et le chef qui s'en occupaient. Maintenant c'est moi l'interne, c'est moi qui m'en occupe tu vois.”* (I-02).

D'autres envisageaient une évolution progressive au cours de leur internat. *“Bah je pense que au fur et à mesure de l'internat, l'étudiant laisse un peu sa place au médecin, enfin au début on est au niveau 1, on observe, (...) et puis à la fin on prend de plus en plus confiance.”* (I-05).

Des variations du vécu de leur statut au sein des différents stages étaient aussi décrites. *“J'ai réaffirmé mon statut d'interne au stage de pédiatrie ce qui est très paradoxal parce que j'ai pas réussi à le faire en gynéco qui était pourtant juste après”* (I-01).

Dans ces différentes temporalités, les internes se sentaient évoluer du statut d'étudiant au statut de médecin. *“Au fur et à mesure de l'expérience, je me sens intuitivement plus médecin qu'étudiant.”* (I-06).

Les internes minimisaient leur statut étudiant pour favoriser leur statut médecin. *“Plus tu te sens autonome, plus tu te sens en confiance et plus au final tu t'enlèves de ce statut d'étudiant. (...) Tu gères comme si tu faisais partie du service et t'étais médecin quoi.”* (I-02).

Pour d'autres, le statut étudiant perdurait pendant tout leur internat. *“Quand t'es interne tu restes quand même en apprentissage, t'es médecin en formation. Ce statut là moi, médecin en formation, me plaît bien.”* (I-10). *“petit à petit en ayant acquis des compétences oui je me sens, je me sens quand même transitionner vers un rôle de, de docteur, médecin et un peu moins d'étudiant. Mais je reste quand même étudiant et je pense que, je pense que ça c'est important.”* (I-08).

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'explorer le ressenti des internes en DES de médecine générale de l'Université de Tours sur le paradoxe de leur statut à la suite de la réforme du 3ème cycle des études médicales.

Les internes réussissant à s'adapter au paradoxe du double statut vivaient bien leur internat. Ceux subissant le statut vivaient mal leur internat et cherchaient de la reconnaissance. La capacité de l'interne à se faire entendre sur ses difficultés permettaient de le rendre acteur et de passer à une réaction d'adaptation bénéfique.

Selon les internes, le ressenti de leur statut évoluait au cours de l'internat selon une temporalité singulière.

Les internes ont exprimé plusieurs facteurs à l'origine du ressenti de leur statut. Ces ressentis aboutissaient à plusieurs conséquences. Ces différents mécanismes peuvent être mis en relation selon le modèle explicatif (Figure 1, page suivante).

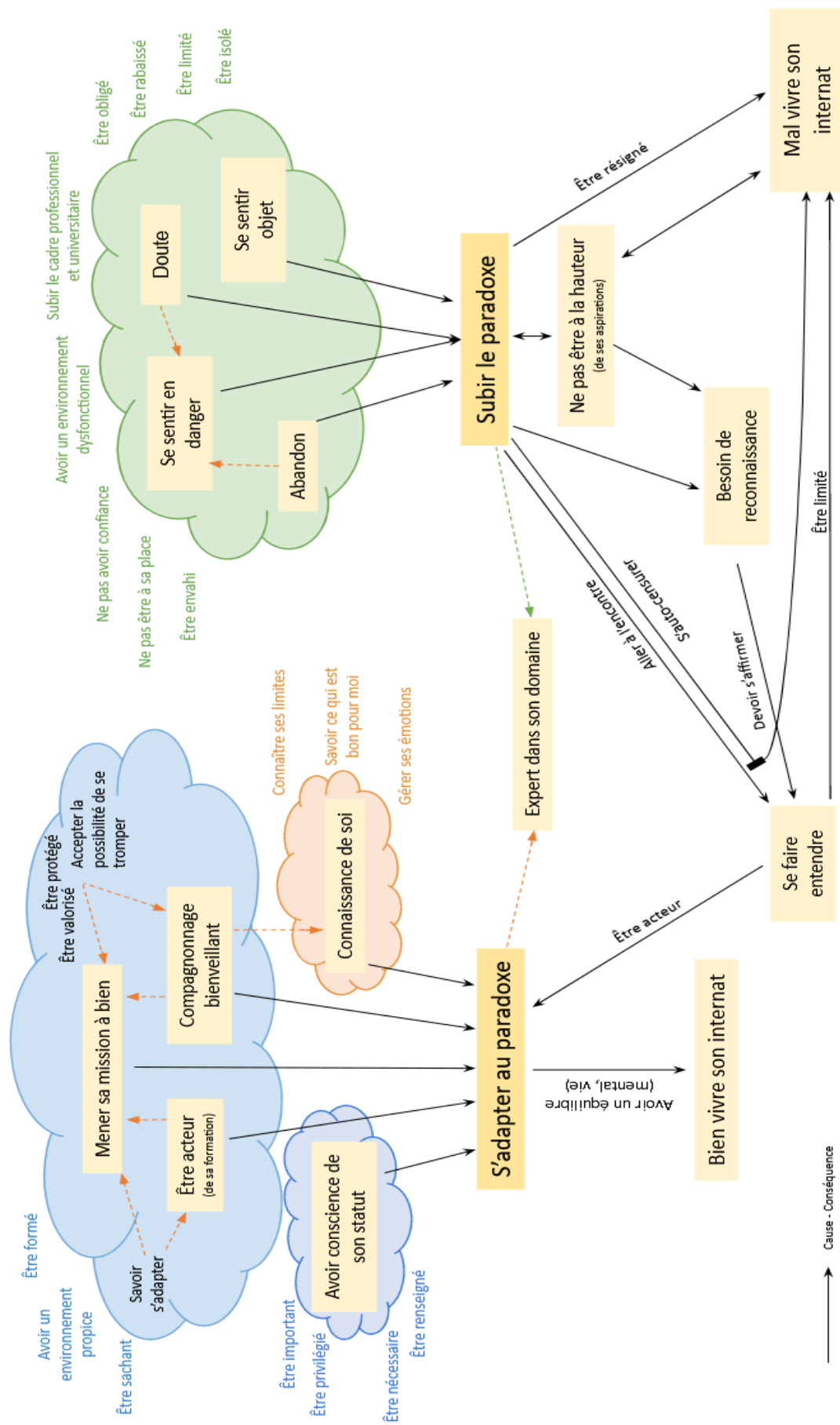


Figure 1. Modèle explicatif du ressenti face au paradoxe statutaire

Comparaison avec l'état des lieux pré-réforme

Dans le travail de thèse de E. Tremeau, trois catégories de tensions vécues au sein du paradoxe avaient été retrouvées et définies avant la réforme du 3^{ème} cycle : les tensions d'organisation, de performance et d'appartenance⁽²⁾.

Notre travail de recherche n'avait pas pour objectif de rechercher et étudier les types de tensions ressenties. Néanmoins, les internes les ont spontanément évoquées au cours des entretiens de façon similaire à celles décrites pré-réforme. Notamment, on retrouve l'importance du compagnonnage bienveillant dans la tension de performance.

Dans l'étude de 2018, il est expliqué que "la résolution des tensions se faisait malgré eux, les internes n'étant pas acteurs face au temps qui s'écoulait". Comme nous l'avons vu, la part environnementale est indéniable dans les tensions ressenties par l'interne. Cependant, cette idée de passivité des internes face aux tensions diffère de notre travail. Les internes exprimaient s'adapter à travers leur connaissance de soi et la gestion de leurs émotions. Plus marquant encore, l'aptitude de se faire entendre en s'affirmant, en allant à l'encontre et donc, en étant acteur, permettait un changement vers l'adaptation au paradoxe. Cette aptitude dépendait certes de la personnalité de l'interne et de la place laissée par l'environnement pour l'expression de ses difficultés, mais également de la temporalité avec une progression ressentie durant l'internat.

Les profils décrits par E. Tremeau, neutre, défensif ou actif, pourraient se rapprocher de notre analyse. Le profil défensif pourrait être assimilé à un interne subissant le paradoxe statutaire, tandis que le profil actif serait l'interne s'adaptant à cette double logique sociale en se faisant entendre. Le profil neutre pourrait quant à lui être un interne subissant ou s'adaptant de façon passive, selon l'environnement propice ou hostile dans lequel il évolue. Notre étude complexifie cette analyse des profils en intégrant une part multidimensionnelle et évolutive dans le temps.

En effet, le vécu du statut peut se modifier d'un stage à un autre selon l'environnement professionnel et personnel de l'interne. De plus, la connaissance de soi et de son environnement varie et joue un rôle majeur dans le vécu de ce paradoxe statutaire.

L'environnement formatif : la notion de curriculum caché

L'expression d'une formation inadéquate ressentie par les internes questionne l'environnement d'apprentissage proposé pendant le cursus.

En 2014, E. Galam rappelait les différents registres de cet environnement⁽⁸⁾. Le cursus propose classiquement un programme officiel qui comprend des cours facultaires et diverses formations : c'est l'apprentissage formel. L'interne se forme également en dehors du cursus universitaire de manière informelle avec ses relations personnelles et professionnelles.

FW. Hafferty et ses collègues mettaient en évidence une part d'enseignement qui ne relevait ni de l'apprentissage formel ni de l'apprentissage informel⁽⁹⁾. C'est la notion de curriculum caché (ou "hidden curriculum"). Elle correspond à ce qui est transmis implicitement par les formateurs à l'étudiant qui n'en a pas conscience. Cet apprentissage comprend les coutumes et les rituels et peut être lié à un contexte culturel ou institutionnel⁽¹⁰⁾.

Le curriculum caché apparaît comme un paradigme source d'influence dans les relations interpersonnelles entre les formateurs et l'interne, la construction identitaire, le rapport à l'erreur, le professionnalisme, etc.

La compréhension de l'environnement formatif permet d'identifier plus aisément l'origine des difficultés exprimées, qui ne tiennent pas seulement au cursus formel.

Derrière le besoin de se faire entendre

Les internes rapportaient des situations de désaccords notamment avec leurs seniors. AM. Sirot trouvait dans son étude que 97% des internes de médecine générale avaient vécu cette situation. Parmi eux, 70% évitaient le conflit et ne cherchaient pas à se faire entendre⁽¹¹⁾. C'est la notion d'autocensure développée dans notre étude. Nous retrouvons des raisons similaires provoquant celle-ci : le manque de confiance et la crainte des répercussions. En revanche, la volonté des internes de ne pas porter préjudice à leur environnement professionnel semble être une notion nouvelle.

La notion de regret était trois fois plus importante chez les internes de médecine générale ayant évité le conflit comparé à ceux ne l'ayant pas évité⁽¹¹⁾. J. Taillandier retrouvait un catharsis psychologique et un meilleur vécu des situations chez les internes pouvant exprimer leurs difficultés⁽¹²⁾. Dans notre étude, les internes cherchant à se faire entendre pouvaient devenir acteurs allant ainsi vers une meilleure adaptation à leur statut.

La gestion des relations professionnelles fait partie du curriculum informel et du curriculum caché⁽⁸⁾. Pouvoir exprimer ses besoins, ses difficultés et établir une communication de qualité avec les seniors font partie de l'apprentissage en stage. Ils permettent de développer les relations professionnelles futures. Néanmoins, entre personnalité de l'interne, rapport hiérarchique, soumission à l'autorité et rationalité stratégique, l'interne est limité dans la possibilité de se faire entendre^(2,8,13-16).

Dans notre étude, les résultats sont similaires à ces études réalisées avant la réforme du 3ème cycle. L'introduction d'un parcours progressif et personnalisé pour l'étudiant (maquette, contrat de formation, référent enseignant) ne semble donc pas suffisante.

Du statut paradoxal à la construction identitaire

Les internes interrogés se résignaient face à leur statut et au sentiment d'être objet. Ils décidaient de trouver une normalité à la difficulté ressentie au cours de l'internat. Pour autant, les internes nous ont rapporté une volonté de devenir experts dans leur domaine pour construire au mieux leur identité professionnelle.

Ces différentes notions sont retrouvées dans les travaux de J. Taillandier, de M. Fischer et ses collègues, et de T. Mizrahi^(12,17,18). Elles font écho aux processus décrits par H. Lempp dans les études médicales à travers le curriculum caché⁽¹⁹⁾. Parmi ces processus, il existe une perte d'idéalisme, une neutralisation émotionnelle, une acceptation de la hiérarchie et une adoption d'une identité professionnelle ritualisée au cours du cursus.

Entre conformisme aux normes et aux contraintes dans un contexte culturel de perfection au sein des études médicales, l'apprentissage implicite d'observation des modèles joue un rôle prépondérant dans la formation de l'identité professionnelle⁽⁸⁾.

Le 3ème cycle est une période charnière où l'interne confronte ses attentes et ses valeurs à la réalité de son environnement de formation. Cette période est d'autant plus particulière qu'elle est régie par le statut paradoxal. La multiplicité des expériences qui en découle, qu'elles soient positives ou négatives, façonne l'identité professionnelle.

Connaissance de soi, connaissance de son statut

Dans notre étude, la connaissance de soi ainsi que la conscience de son statut sont apparues comme facteurs favorisant de l'adaptation au double statut.

En 2008, F. Brécard et L. Hawkes décrivent, à partir de la théorie de l'analyse transactionnelle d'E. Berne, 5 drivers ou "messages contraignants" acquis généralement durant l'enfance, souvent inconsciemment⁽²⁰⁾:

- "Sois fort" entraîne une neutralisation émotionnelle dans le but de garder le contrôle.
- "Sois parfait" favorise le perfectionnisme, au niveau personnel mais également une attente plus élevée dans les résultats d'autrui.
- "Fais plaisir" appuie l'abnégation.
- "Fais des efforts" contribue à un sentiment d'insatisfaction perpétuel.
- "Dépêche toi" favorise des profils d'individus toujours actifs.

Ces caractéristiques découlant des messages se retrouvent dans les profils des médecins et internes. Elles entraînent un risque d'épuisement ou *a minima* de mal-être qui dépend de l'intensité de l'intégration de ces messages chez l'individu.

Parmi les processus décrits par H. Lempp au travers du curriculum caché, il existe également une modification de leurs critères d'intégrité morale, ainsi qu'un apprentissage de ce qu'est un bon médecin⁽¹⁹⁾. On attend du médecin qu'il soit excellent, capable d'abnégation, résistant et admirable. Cette vision renforce la volonté de perfectionnisme des médecins et donc des internes. Cette dernière joue un rôle majeur dans le vécu de l'erreur médicale. En France, la médecine se caractérise entre autres par un environnement peu tolérant aux erreurs et défavorable à la discussion des émotions individuelles.

Les internes n'ayant pas conscience de leurs propres limites en tant qu'individu et qu'interne, ainsi que des limites de leurs environnements, se retrouvent à neutraliser leurs émotions qui en découlent. Ce mécanisme de défense participe à terme au déclin de leur santé mentale. Ces points évoqués par E. Galam se retrouvent dans notre travail de recherche chez les IMG malgré une évolution constante de l'apprentissage formel universitaire⁽⁸⁾.

La connaissance de soi est un facteur primordial pour s'adapter à son statut. Elle se développe aussi à travers la relation enseignant-enseigné.

Le profil motivationnel dans l'enseignement

Nos résultats ont confirmé l'importance d'un compagnonnage bienveillant dans la formation de l'interne. L'incidence du climat formatif créé par le médecin formateur est ressortie comme non négligeable dans le vécu du paradoxe.

En 2017, une étude a été réalisée sur l'impact du style motivationnel de l'enseignant sur le profil motivationnel des élèves⁽²¹⁾. Ce travail basé sur la théorie de l'autodétermination et la notion d'engagement se concentrait sur le style motivationnel d'enseignant stagiaire à l'école primaire et son impact dans la motivation d'autonomisation des élèves^(22,23).

La théorie de l'autodétermination décrit 3 formes de motivation : intrinsèque, extrinsèque et amotivation. De nombreuses études ont démontré des conséquences éducatives positives lors d'une autodétermination importante, via les retours formatifs ou feedbacks de l'enseignant par exemple⁽²⁴⁻²⁶⁾. L'objectif pour l'étudiant serait d'avoir un environnement favorisant 3 besoins (de compétence, d'autonomie et de proximité sociale) pour encourager une motivation intrinsèque et donc propice à l'apprentissage. L'environnement comprend l'enseignant accompagnant l'élève ou dans notre cas, l'interne. Ce dernier aura un style motivationnel qui lui sera propre.

Le style motivationnel, d'après J. Reeve, se compose de 3 dimensions influençant les besoins psychologiques⁽²⁴⁾ :

- Le soutien de l'autonomie
- La structure
- L'implication interpersonnelle

Les bénéfices d'un style motivationnel soutenant l'autonomie sont nombreux : sur la motivation des élèves, leur engagement, leurs émotions ressenties, leur apprentissage, leur estime de soi et leur performance scolaire. Ces bénéfices sont similaires à ceux recherchés par les internes dans leur apprentissage de l'autonomie professionnelle.

Dans la littérature, les études sur l'impact du climat motivationnel de l'enseignant se sont concentrées sur des élèves de primaire pour la plupart ou au collège⁽²⁶⁻²⁹⁾. A notre connaissance, les recherches sur les étudiants adultes abordent leur motivation propre sans développer le champ d'action de l'enseignant⁽³⁰⁾.

En sciences de l'éducation, la pédagogie pour adulte ou andragogie fait l'objet de nombreux travaux⁽³¹⁾. Ils illustrent les différentes approches pédagogiques pouvant s'appliquer aux adultes en formation, telles que l'hétéro-structuration ou l'auto-structuration. L'andragogie s'inspire de la théorie socio-cognitive de A. Bandura qui met en avant l'aspect dynamique et multifactoriel du sujet dans son environnement⁽³²⁾. De nombreux autres principes permettent d'expliquer la complexité de la pédagogie pour adulte.

Nous avons tout de même souhaité illustrer nos propos à travers une étude impliquant de jeunes élèves. En effet, nous pouvons faire un parallèle entre autres par la notion d'apprentissage d'une forme d'autonomie et l'existence d'une relation rapprochée avec l'enseignant ou médecins formateurs dans notre cas. De plus, au cours de nos entretiens, nous avons relevé chez certains internes, une forme d'infantilisation d'eux-mêmes au début de leur internat. Ils ne se sentent pas assez encadrés et sont en demande d'une implication plus importante des médecins formateurs. Ce point illustre la probable différence de vision de ce paradoxe statutaire entre les enseignants et les enseignés. En début d'internat, ces derniers se voient plus étudiants tandis que les médecins formateurs peuvent les considérer comme médecins avant tout, les poussant à une mise en autonomie ressentie comme précoce par les internes et conduisant à un mal-être.

Bien que les internes puissent avoir des similitudes avec des élèves plus jeunes par l'aspect pédagogique, ils ne semblent pas entièrement comparables du fait de la multitude de facteurs intervenant dans leur formation telles que leurs responsabilités et contraintes dans leur vie personnelle et professionnelle par exemple.

La reconnaissance au travail

Entre valorisation de leur travail de médecin, meilleure considération de leur statut étudiant et recherche de légitimité, les internes exprimaient un besoin de reconnaissance. La reconnaissance professionnelle est reconnue comme un facteur menant à une meilleure estime de soi⁽³³⁾. Celle-ci pourrait mener l'interne à une meilleure adaptation à son statut.

Dans les sciences humaines, des chercheurs s'interrogent sur la notion de reconnaissance au travail. JP. Brun et N. Dugas identifient 4 formes de reconnaissance⁽³⁴⁾ :

- la reconnaissance existentielle qui concerne l'acteur social en lien avec d'autres acteurs
- la reconnaissance de la pratique de travail
- la reconnaissance de l'investissement dans le travail
- la reconnaissance des résultats du travail.

Selon eux, "[...] la reconnaissance représente une rétribution qui se vit d'abord dans le registre du symbolique, mais qui prend aussi une valeur affective, concrète ou financière" pour la personne qui en bénéficie. Pour les internes, la reconnaissance pourrait prendre forme à travers le symbolisme d'être à leur place dans leur tension d'appartenance. Elle pourrait également passer par un accompagnement bienveillant, une formation jugée adéquate, une reconnaissance morale et financière du travail fourni. Cela pourrait permettre aux internes de mieux gérer leur tension d'organisation et de performance.

En sciences de l'éducation, les travaux d'A. Jorro s'intéressent plus particulièrement aux étudiants en alternance qui se trouvent dans le même paradoxe étudiant-professionnel que les internes⁽³⁵⁾. Elle identifie trois modalités de reconnaissance professionnelle. La première se rapporte à ce qui relève des règles et de la conformité à un métier ainsi que de l'appartenance à une communauté professionnelle. La deuxième tient dans la capacité d'adaptation en situation professionnelle. Enfin, la reconnaissance prend également forme dans la distance que le professionnel est capable de mettre en œuvre sur son activité en lien avec sa capacité réflexive et son sens éthique.

Par analogie, le processus global alliant les 3 modalités intégrerait chez l'interne la dimension d'évaluation par les formateurs de son activité professionnelle et universitaire par un retour formatif valorisant. Cela pourrait lui permettre de ressentir une légitimation de sa position.

Vers un modèle global

Notre étude suggère une relation complexe et multidimensionnelle entre l'interne et son statut évoluant dans le temps. Il coexiste des facteurs personnels et interpersonnels en lien avec différents niveaux d'intelligibilité des phénomènes sociaux⁽³⁶⁾.

Ces différentes dynamiques sont retrouvées dans le Modèle de Liège conçu par D. Faulx et P. Detroz pour traiter des processus relationnels dans le harcèlement psychologique au travail⁽³⁷⁾. Ce modèle a pour avantage d'être processuel, intégrateur et dynamique. Il permet d'étudier à plusieurs niveaux d'analyse les équilibres et déséquilibres qui se jouent au sein de différents processus relationnels. Ce modèle a pour objectif de définir différents profils en étudiant la "symétrisation" ou la "complémentarisation" de l'environnement social sur le sujet.

L'étude de l'environnement social de l'interne selon le modèle de Liège pourrait prendre la forme suivante (Figure 2). La connaissance de soi, de son statut, les différents sentiments et besoins vécus par l'interne font partie des processus personnels. La relation entre l'interne et les différents groupes (les médecins formateurs, les équipes paramédicales, les patients, les co-internes, l'entourage proche,...), l'organisation (universitaire, hospitalière ou étatique) s'inscrivent dans une logique interpersonnelle. Ces différentes entités ont toutes un lien singulier avec le statut paradoxal de l'interne. Certains processus relationnels ont, pour la plupart, déjà été étudiés chez les internes de manière spécifique^(8,12,13,38-40).

Cette figure a l'avantage de représenter de manière globale et simplifiée les différentes interactions décrites dans notre étude se déroulant dans le temps.

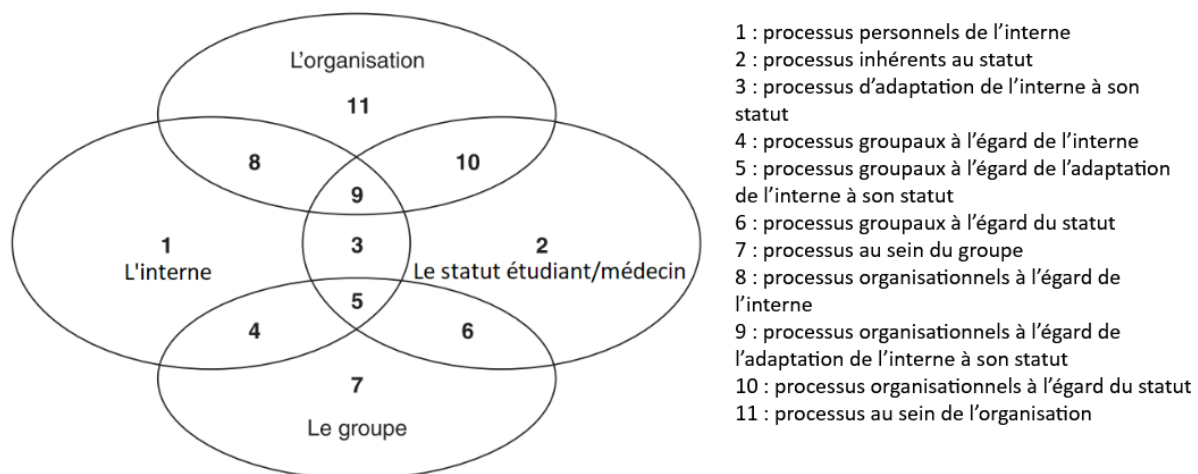


Figure 2. Présentation des différents processus relationnels entre l'interne et son statut selon le Modèle de Liège⁽³⁷⁾

Forces et limites : discussion sur la méthode

Notre étude qualitative présente l'originalité de s'intéresser au ressenti du statut de l'interniste en post-réforme du 3ème cycle à travers le prisme des sciences sociales.

Cependant, notre étude présente des limites.

Seulement onze entretiens ont été conduits mais la suffisance des données a été établie et a donc permis de proposer une théorie explicative.

Les caractéristiques initiales de l'échantillonnage ont été définies du fait de l'appartenance des chercheurs à la population d'intérêt. Néanmoins, les caractéristiques importent peu dans un échantillonnage raisonné théorique utilisé dans une approche inspirée de la théorisation ancrée. L'échantillonnage doit être orienté au fur et à mesure de l'émergence de la théorie. C'est ce qui a permis, au cours de notre analyse, l'apport de nouvelles caractéristiques et questions dans la trame d'entretien.

Parmi ces 11 participants, aucun n'avait de semestre invalidé, par refus de participation. Il est impossible d'affirmer que l'analyse d'une telle situation aurait modifié ou non les résultats.

Les entretiens ont été réalisés par des chercheurs novices, toutefois formés aux techniques d'entretien compte tenu de leur formation de médecine générale. L'accès à ce travail par les membres du DUMG a pu brider la parole de certains participants sur leur vécu universitaire. Néanmoins l'appartenance des chercheurs au groupe d'intérêt a permis de s'appuyer sur une expérience commune et d'assurer une certaine complicité. La durée des entretiens est un signe de l'obtention d'une liberté de parole.

Perspectives

Suite à notre étude et à sa comparaison avec la littérature existante, il en ressort plusieurs propositions de recherche et d'amélioration.

Notre population d'étude était les IMG pour deux raisons. Nous étions limités en termes de ressource humaine pour envisager un recueil de données par entretiens semi-dirigés auprès d'internes d'autres spécialités bien plus nombreux. De plus, L'internat de médecine générale présente des particularités par rapport aux autres spécialités :

- la présence de stages ambulatoires obligatoires,
- l'absence de stage obligatoire en CHU,
- la maquette en 3 ans contre 4 ans au minimum pour les autres spécialités,
- l'absence actuelle de Docteur Junior entraînant la possibilité de soutenir sa thèse dans les 6 ans suivants le début de l'internat contre 3 ans pour les autres spécialités.

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire chez les internes d'autres spécialités, également touchés par les problématiques de santé mentale.

En décembre 2022, l'ajout d'une 4ème année d'internat de MG a été adoptée et validée par le Conseil constitutionnel. Elle devrait être effective pour la promotion débutant leur internat en novembre 2023^(41,42). Dans ce contexte, une recherche semblable à la nôtre pourrait être conduite à l'avenir chez les internes concernés.

Nous nous sommes limités à la subdivision de Tours qui compte environ 100 internes par promotion. Cela a permis une comparaison au travail de recherche de 2018 et de favoriser les entretiens en présentiel. Chaque subdivision présente des spécificités telles que la taille géographique (celle de Tours compte parmi les plus étendues) et le fonctionnement du DUMG. La formation universitaire peut donc varier selon les moyens disponibles dans chaque faculté et l'ampleur du déficit médical de la région. La région Centre-Val-de-Loire est particulièrement touchée par cette problématique⁽⁴³⁾, limitant ainsi la disponibilité des terrains de stage et pouvant impacter le vécu des internes via le manque de moyen en stage. Réaliser une étude similaire sur d'autres subdivisions pourrait permettre une comparaison et renforcer les résultats retrouvés.

En accord avec la littérature existante, favoriser des espaces et des formations permettant à l'interne d'exprimer ses difficultés devrait rester une des priorités pour les années à venir⁽⁴⁴⁻⁴⁶⁾. Les internes interrogés dans notre étude évoquaient des axes d'amélioration tels qu'un accompagnement psychologique systématique ou encore l'organisation de groupes balint dès l'internat. Ils proposaient également des cours de simulation sur la communication avec le patient incluant la gestion de leurs émotions face aux situations difficiles.

Une formation des internes et des médecins formateurs axée sur la construction identitaire et les modèles qui la régissent semblerait pertinente. Elle permettrait une meilleure appréhension et un meilleur vécu du statut singulier de l'interne. Développer la parole dans l'environnement médical sur la santé mentale des soignants et sa prise en charge psychologique sont des points pouvant contribuer à une meilleure connaissance de soi.

Le statut de l'interne évolue : les lois favorisent la protection des internes sur leurs conditions de travail et le droit à une formation adaptée. Les internes exprimaient que les médecins formateurs et eux-mêmes n'étaient pas forcément renseignés ou sensibilisés à ces évolutions. Il serait intéressant de développer chez les internes et leurs formateurs une meilleure connaissance du statut de l'interne et ses limites, mais également de la responsabilité et des privilèges qu'il comprend. Cela favoriserait l'adaptation au statut paradoxal et le bon vécu de l'internat.

Le style motivationnel, l'encouragement personnel et l'engagement de l'enseignant sont des thèmes retrouvés dans la littérature renforçant l'idée qu'un compagnonnage bienveillant et favorisant l'autonomie serait nécessaire. L'internat, correspondant au 3^{ème} cycle des études de médecine, est donc une période d'apprentissage. Il pourrait être intéressant d'étudier l'impact du style motivationnel des médecins formateurs sur le profil motivationnel des internes. Cette étude apporterait des outils supplémentaires pour un meilleur accompagnement dans l'autonomisation et l'apprentissage de la spécialité.

L'origine de la différence de vision du double statut entre internes et seniors pourrait être intéressante à développer dans un autre travail de recherche. La formation du deuxième cycle est-elle suffisamment adaptée à une mise en autonomie future ?

La population ciblée n'étant pas la même et plus complexe que de jeunes élèves, il pourrait être intéressant d'étudier si le style motivationnel des médecins formateurs a un impact dans le profil motivationnel des internes.

Une étude explorant le point de vue des médecins seniors sur le statut de l'interne et la gestion de la relation senior-interne s'avérerait pertinente. Elle permettrait de croiser les résultats vers de nouvelles perspectives d'amélioration et de sensibilisation des médecins formateurs. Cela favoriserait une meilleure adaptation au statut par les internes. Il en est de même vis à vis de l'exploration du vécu des équipes paramédicales sur le statut de l'interne. Il serait également approprié d'ouvrir les recherches à une échelle institutionnelle et organisationnelle incluant le personnel non soignant gestionnaire de la formation des internes.

Devant une volonté de reconnaissance exprimée par les internes, il serait intéressant d'explorer spécifiquement à quoi tient ce sentiment et comment y répondre au sein des études de médecine.

La réalisation d'une étude à partir du modèle de Liège permettrait d'affiner la compréhension de l'interaction globale de l'interne à son statut au sein des différents niveaux d'une réalité sociale.

La notion de temporalité dans l'évolution du vécu du statut de l'interne n'a pas été étudiée spécifiquement dans notre recherche. Cela permettrait également d'approfondir les connaissances de la relation de l'interne à son statut vers de nouveaux axes d'amélioration. Cette temporalité pourrait être explorée spécifiquement à travers le récit de vie d'internes avec une approche par analyse interprétative phénoménologique.

MESSAGES CLÉS

Les internes s'adaptent différemment à leur statut paradoxal. Le vécu de l'internat est influencé par cette adaptation. À travers différents facteurs personnels, interpersonnels et environnementaux, l'adaptation est facilitée ou limitée.

Avec un cadre propice à la formation et une meilleure connaissance de soi, les internes se sentiraient plus à leur place entre le statut médecin et étudiant.

Continuer à comprendre l'interaction globale des différents facteurs et les besoins de l'interne semblent être une priorité pour favoriser une meilleure santé mentale des futurs médecins.

RÉFÉRENCES

1. Code de la santé publique. Statut des internes. Article R6153-2.
2. Tremeau E. Etudiant et médecin : Comment les internes gèrent leur statut ? [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2018.
3. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNCCA, ISNI. Enquête santé mentale jeunes médecins. 2017;12.
4. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! 2021;10.
5. Deshayes C. La santé mentales des internes en médecine en France, étude descriptive transversale de l'usage de médicaments psychotropes par automédication et auto-prescription. [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019.
6. Kernéis L. État de santé psychologique des étudiants de l'Université de Bretagne Occidentale pendant la crise COVID selon leur mode de vie. [Thèse d'exercice]. Université de Bretagne Occidentale; 2022.
7. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
8. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. Presse Médicale. avr 2014;43(4):358-62.
9. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. Acad Med. nov 1994;69(11):861.
10. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. Acad Med J Assoc Am Med Coll. avr 1998;73(4):403-7.
11. Sirot AM. En quoi les Internes de Medecine Generale ont-ils du mal à dire non à leur Senior ? [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2016.
12. Taillandier J. Comment les internes de médecine générale développent-ils leur professionnalisme en dehors du cursus facultaire? Éclairage sur les apprentissages informels et le curriculum caché. Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès des internes du DES de Clermont-Ferrand issus des promotions 2015 et 16 des ECN. [Thèse d'exercice]. Université Clermont Auvergne; 2021.
13. Galam É, Multon R. Désaccords entre internes de médecine générale et seniors sur les soins aux patients. Gestion et impacts sur le hidden curriculum. Étude qualitative de 37 situations en Île-de-France. Presse Médicale. 1 mars 2016;45(3):e39-50.
14. Milgram S, Molinié E. Soumission à l'autorité: un point de vue expérimental. Calmann-Lévy; 2004.

15. Good BJ, Gleize S. Comment faire de l'anthropologie médicale ? médecine, rationalité et vécu. Le Plessis-Robinson: Synthélabo; 1998.
16. Dejours C. Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale. Paris: Seuil; 1998. 197 p.
17. Fischer MA, Mazor KM, Baril J, Alper E, DeMarco D, Pugnaire M. Learning from mistakes. Factors that influence how students and residents learn from medical errors. J Gen Intern Med. mai 2006;21(5):419-23.
18. Mizrahi T. Managing medical mistakes: ideology, insularity and accountability among internists-in-training. Soc Sci Med 1982. 1984;19(2):135-46.
19. Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. 2 oct 2004;329(7469):770-3.
20. Hawkes L, Brécard F. Le grand livre de l'analyse transactionnelle. Paris: Eyrolles; 2008.
21. Lutenbacher L. L'influence du style motivationnel adopté par l'enseignant stagiaire sur l'engagement de ses élèves de cycle 2 en EPS et en français. [Mémoire]. Université de Rouen Normandie, 2017.
22. Duarte A, Bru S. Outil 28. La théorie de l'autodétermination. In: La boîte à outils de la gamification. Paris: Dunod; 2021. p. 88-9.
23. Brault-Labbé A, Dubé L. "Mieux comprendre l'engagement psychologique : revue théorique et proposition d'un modèle intégratif". Cah Int Psychol Soc. 2009;Numéro 81(1):115-31.
24. Reeve J. Self-determination theory applied to educational settings. In: Handbook of self-determination research. Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 2002. p. 183-203.
25. Deci EL, Ryan RM. Handbook of self-determination research. Rochester, NY, US: University of Rochester Press; 2002. x, 470 p.
26. Sarrazin P, Tessier D, Trouilloud D. Climat motivationnel instauré par l'enseignant et implication des élèves en classe : l'état des recherches. Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation. 1 déc 2006;(157):147-77.
27. Leroy N, Bressoux P, Sarrazin P, Trouilloud D. Un modèle sociocognitif des apprentissages scolaires : style motivationnel de l'enseignant, soutien perçu des élèves et processus motivationnels. Rev Fr Pédagogie Rech En Éducation. 28 août 2013;(182):71-92.
28. Sarrazin P, Escriva-Boulley G, Tessier D. L'engagement des élèves en EPS ; la motivation autodéterminée. 2018;67.

29. Bontemps S. Motivation et Écrans en éducation tertiaire. 2018.
30. Hachimi A, Adarmouch L, Ismail A, Hajjine A, Amine M, Bouskraoui M. Profil motivationnel des étudiants du premier cycle de la Faculté de médecine de Marrakech. *Pédagogie Médicale*. 2020;21(1):13-9.
31. Cosnefroy L. L'apprentissage autorégulé : perspectives en formation d'adultes. *Savoirs*. 2010;23(2):9-50.
32. Carré P. Chapitre 11. Albert Bandura et la théorie sociocognitive. In: *Psychologies pour la formation*. Paris: Dunod; 2019. p. 191-206.
33. Jorro A, Houot I. Reconnaissance professionnelle. In: *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2013. p. 253-7. (Hors collection).
34. Brun JP, Dugas N. La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*. 2005;30(2):79-88.
35. Jorro A. La construction de l'éthos professionnel en formation alternée. *Trav Apprentiss*. 2009;3(1):13-25.
36. Ardoino J, Maury RP, Mérigot JGP. Communications et relations humaines: esquisse d'un modèle d'intelligibilité des organisations. Bordeaux, France: Institut des entreprises de l'université de Bordeaux; 1966.
37. Faulx D, Detroz P. Harcèlement psychologique au travail : processus relationnels et profils de victimes. Approche processuelle, intégrative et dynamique d'un phénomène complexe. *Trav Hum*. 2009;72(2):155-84.
38. Hahusseau M. Les internes influencent-ils la pratique professionnelle de leurs maîtres de stage? [Thèse d'exercice]. Université de Tours; 2017.
39. Makovec T, Galam É. Positionnement des internes de médecine générale face aux problèmes de santé de leurs proches. *Médecine*. 1 févr 2019;15(2):72-9.
40. Bismuth S, Stillmunkés A, Bonel S, Bismuth M, Poutrain JC. Formation initiale à la relation médecin/patient. Enquête auprès d'internes en médecine générale. *Médecine*. 1 oct 2011;7(8):381-5.
41. SRP-IMG. PLFSS et 4ème année, les dernières informations. 2023.
42. Journal officiel. Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. 2022-1616 déc 23, 2022.

43. DRESS. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. 2020.
44. Fivel A. Ressentis des internes en première année d'internat: mise en évidence du curriculum caché [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2017.
45. Té P. Bientôt médecin: ressentis des internes de médecine générale, éclairages sur le hidden curriculum (cursus caché) [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.
46. Mahood SC. Formation médicale. Can Fam Physician. sept 2011;57(9):e313-5.

ANNEXES

Annexe 1. Fiche des données démographiques des participants

Nom :
Prénom :
Âge :
Sexe :
Semestre d'étude :
Situation familiale :
Externat à Tours :
Reconversion professionnelle ou droit au remord :
Nombre de stages invalidés :
Nombre de jours d'arrêt de travail :
Signature d'un CESP :
Caractère syndicaliste :
Nombre d'enfant :
Inscription aux DU ou FST :
Milieu familial médical :
Possession d'une voiture :
Niveau socio-économique des parents :
Nombre de déménagement :
Sentiment de soutien de l'entourage :
Sentiment de stabilité financière :
Prise d'un ou plusieurs semestres de disponibilité :

Annexe 2. Trame d'entretien finale

1. Est-ce que tu peux te présenter ? Est ce que tu peux m'expliquer comment tu en es arrivé là ? A être interne de MG à Tours ?
2. Est-ce que tu peux me parler de deux situations qui t'ont marquées, l'une par son vécu agréable, l'autre par son vécu difficile ou désagréable ? Tu peux débiter par celle que tu veux.
3. Comment définies-tu un interne en médecine générale ?
4. Qu'est-ce que ça fait d'être à la fois médecin et étudiant ? Est-ce que cette vision a toujours été la même au cours de ton internat ? Comment a été l'évolution de ton ressenti de ton statut durant l'internat ?
5. S'il y avait une ou des choses que tu aimerais améliorer dans le statut de l'interne, que choisirais-tu ?
6. Concrètement, je m'intéresse à la réaction des internes au paradoxe de leur statut. As-tu des choses à rajouter sur des choses non abordées ?
7. As-tu un nom en tête d'un interne qui aurait des choses à apporter à ce sujet, ou qui a vécu les choses différemment ? Qui pourrait apprécier s'exprimer sur le sujet ?

Annexe 3. Modèle de fiche de consentement

Je soussignée Mr ou Mme

- accepte de participer en tant que volontaire et anonyme à une étude sur le ressenti des internes au paradoxe de leur statut dans le cadre d'une thèse de médecine générale menée par Mme Cueff Clémence et Mr Le Helloco Thomas sous la direction du Dr Ettori-Ajasse Isabelle et du Dr Lebleu Mary.

- accepte que cet entretien individuel soit enregistré de façon auditive aux seules fins du présent projet et que ces données soient soumises *a posteriori* à une analyse par Mme Cueff Clémence et Mr Le Helloco Thomas pour effectuer ce travail.

Le caractère confidentiel et anonyme de ces données sera assuré par la codification des données et les enregistrements audio seront conservés en lieu sûr et sous clé durant une période de 36 mois avant destruction.

L'objectif de cette étude m'a bien été expliqué et je sais que je peux à tout moment arrêter de participer à cette étude. Cette étude n'a aucun intérêt financier et n'est sponsorisée par aucun laboratoire pharmaceutique.

Je déclare avoir reçu les informations nécessaires pour donner mon accord.

Fait à, le.....

Nom et Signature

Nom et Signature de l'intervieweur

Annexe 4. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ? <i>CC et TLH.</i>
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>DES Médecine générale 2ème année et Master 1 en Santé Publique pour TLH ; DES Médecine générale 3ème année et Master 1 en Neurosciences pour CC.</i>
3.	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ? <i>Interne pour TLH et médecin remplaçant pour CC.</i>
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ? <i>CC était une femme, TLH un homme.</i>
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ? <i>Novice dans la recherche qualitative.</i>
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ? <i>Pour certains participants, oui.</i>
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Statut d'interne de MG de Tours et chercheurs au sein de leur thèse.</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Objectif principal de la thèse.</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Approche inspirée de la théorisation ancrée.</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Échantillonnage raisonné théorique puis par effet boule de neige.</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par message.</i>

12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ? <i>11.</i>
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ? <i>1 participant n'a pas répondu à la prise de contact.</i>
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Domicile et lieu de travail.</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ? <i>Non.</i>
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>11 IMG inscrits à la faculté de Tours, de 25 à 40 ans, homme et femme, entre le 1er semestre et la 1ère année de thèse.</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ? <i>Oui. Le guide avait été testé au préalable par les deux chercheurs.</i>
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ? <i>Non. Un seul entretien pour chaque interne.</i>
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ? <i>Utilisation d'un enregistrement audio.</i>
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ? <i>Oui.</i>
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ? <i>Entre 27 minutes et 1 heure et 15 minutes.</i>
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ? <i>Oui.</i>
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? <i>Non.</i>

Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ? <i>2, les deux chercheurs.</i>
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ? <i>Non.</i>
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ? <i>Déterminés à partir des données.</i>
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ? <i>Nvivo version Release 1.7.1 (1534)[®].</i>
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ? <i>Non.</i>
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Oui.</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? <i>Oui.</i>
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? <i>Oui.</i>
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? <i>Oui.</i>

Annexe 5. Exploration des *a priori* des chercheurs par la Méthode des 7 questions

1. Quelle est ma question initiale ?
2. Comment en suis-je venu à me poser cette question ?
3. Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?
4. Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ?
5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?
6. Quelles réponses est-ce que je n'attends pas des participants ?
7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

Vu, les Directrices de Thèse

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Isabelle ETTORI', with a large, stylized loop at the end.

Isabelle ETTORI

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Mary LEBLEU', with a large, stylized loop at the end.

Mary LEBLEU

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de
Tours
Tours, le

CUEFF Clémence ET LE HELLOCO Thomas

56 pages – 1 tableau – 2 figures

Contexte : Par définition, l'interne est un professionnel en formation. Ce double statut peut générer un paradoxe source de mal-être. En 2017, 27% des étudiants en médecine français affirmaient avoir des idées suicidaires. Cette même année, les vecteurs de tension du statut paradoxal sont décrits chez les internes de médecine générale (IMG) de Tours. La réforme du 3^{ème} cycle des études de médecine réaffirme ce double statut de l'interne en insistant sur la part étudiante. La souffrance générale des internes se majore et questionne sur leur profil d'adaptation dans une logique sociologique des paradoxes.

Objectif : Explorer le ressenti des IMG sur le paradoxe de leur statut suite à la réforme du 3^{ème} cycle.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale de Tours. Le recrutement a été fait par effet boule de neige. L'analyse ouverte, axiale et sélective a été réalisée selon les principes de la théorisation ancrée, avec triangularisation des données.

Résultats : 11 entretiens ont été menés permettant d'obtenir une saturation théorique des données. Les internes s'adaptaient au paradoxe du double statut pour bien vivre leur internat, grâce à des facteurs favorisants. Les internes subissaient le paradoxe du fait de facteurs dépendants de leur environnement, engendrant des sentiments les menant à mal vivre leur internat. Ceux réussissant à se faire entendre pouvaient s'adapter au paradoxe. Les internes étaient désireux d'être experts dans leur domaine. Leur ressenti sur le paradoxe influençant cette volonté. Le ressenti du statut évoluait selon une temporalité singulière à chaque interne.

Discussion : Favoriser l'expression des difficultés, améliorer la préparation et l'accompagnement des internes dans leur formation permettrait de favoriser l'adaptation à leur statut. De nouveaux axes d'amélioration pourraient être recherchés à travers une compréhension multidimensionnelle, incluant leur volonté de reconnaissance, l'évolution pendant l'internat et même le vécu des médecins formateurs.

Conclusion : Avec une meilleure connaissance de soi et un cadre propice à la formation, notamment par le compagnonnage bienveillant, les internes se sentiraient plus à leur place entre le statut médecin et étudiant.

MOTS CLÉS : Mécanismes comportementaux, Interne en médecine, Sciences Sociales, Statut paradoxal

Jury :

Présidente du Jury : Professeur Clarisse DIBAO-DINA

Directrices de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE et Docteur Mary LEBLEU

Membres du Jury : Docteur Emeline TREMEAU
Docteur Romain CHANTEBEL

Date de soutenance : 30 juin 2023