Année 2023/2024 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État de Médecine Interne

par

Margot LECOMTE

Née le 28 janvier 1997 à Châtenay-Malabry (92)

TITRE

Construction de l'identité professionnelle en médecine interne durant le 3e cycle : une approche qualitative

---

Présentée et soutenue publiquement le **10 octobre 2024** devant un jury composé de :

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

Membres du Jury :
Docteur Jean-Philippe FOUQUET, Sociologie du Travail, Université François Rabelais – Tours
Docteur Isabelle ETTORI, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours
Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Liste des enseignants

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN
Pr David BAKHOS

ASSESSEURS
Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

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*
Pr Patrice DIOT – *2014-2024*

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. 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 – P. DUMONT – 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 – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUET 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
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
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
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
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
LE NAIL Louis-Romée.....Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno.....Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MOREL Baptiste.....Radiologie pédiatrique
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
PARE Arnaud.....Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....Neurologie
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
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....Génétique
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

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
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
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU 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 Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	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
BOUTIN Hervé.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....Directrice 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
GOMOT Marie.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale
BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale
LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie
BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....Orthophoniste
SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie
BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

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 consœurs
si j'y manque.

Résumé en français

Construction de l'identité professionnelle en médecine interne durant le 3ème cycles des études

Contexte : L'identité professionnelle se construit à travers un processus où l'individu « profane » devient professionnel, façonné par des tensions internes et externes qui influencent ses valeurs et comportements. La médecine interne, discipline historique, a évolué en parallèle des autres spécialités qu'elle a contribué à créer. La réforme du 3e cycle en 2017, avec la création de nouveaux DES soulève des questions sur les perspectives professionnelles et l'identité des futurs internistes pendant leur internat.

Objectif : Décrire comment les internes vivent la construction de leur identité professionnelle durant l'internat de médecine interne.

Méthode : Etude qualitative par 9 entretiens semi-directifs auprès d'inscrits au DES de médecine interne depuis 2017.L'analyse et l'interprétation ont été réalisées selon la méthode phénoméno-sémio-pragmatique.

Résultats : La diversité de la spécialité ne perturbait pas la construction de l'identité professionnelle des internes, marquée par des phases de rejet, d'acceptation et de négociation. Les contraintes académiques, l'inspiration de modèles de rôles et de seniors, l'adaptation à un fonctionnement hospitalier, les interactions avec les pairs et les expériences professionnelles jouaient un rôle clé dans cette évolution. Le premier stage de spécialisation en immunologie clinique marquait un tournant dans la formation professionnelle des internes.

Discussion : Au-delà de la distinction traditionnelle entre polyvalence et immunologie clinique, le DES se divisait en deux phases : le développement de compétences polyvalentes, puis spécialisation en maladies rares. Le décalage avec certains aspects de la profession n'entraînait pas forcément de difficulté dans la construction identitaire. Elle pouvait émerger lors de moments-clés identifiés dans l'étude, qu'il semble important de prendre en compte pour mieux accompagner la formation identitaire des internes.

Mots clés : Identité professionnelle, Médecine interne, Etude qualitative

Résumé en anglais

Professional identity formation in Internal Medicine during the residency: a qualitative approach

Introduction: Professional identity is formed through a process in which the "novice" individual becomes a professional, shaped by internal and external tensions that influence their values and behaviours. Internal medicine, a long-established discipline, has evolved alongside other specialities that it helped to create. The 2017 reform of the third cycle, with the disparition of DESCs and creation of new DES programs, raises questions about the professional prospects and identity of future internists during their residency. The objective of this study was to describe how internal medicine residents experienced the development of their professional identity during their residency

Method: A qualitative study of 9 semi-structured interviews with residents enrolled in the Internal Medicine DES since 2017. The analysis and interpretation were conducted using the phenomeno-semiotic-pragmatic method.

Results: The diversity of the speciality did not disrupt the resident’s professional identity formation, characterized by phases of rejection, acceptance, and compromise. Academic constraints, influences of roles models and senior doctors, integration into hospital system, peer interactions, and professional experiences had a key roles in this evolution. The first immunology specialization rotation was a turning point in the residents' professional development.

Discussion: Beyond the traditional distinction between generalist and immunology clinical training, the DES is divided into two phases: development of generalist skills followed by specialization in rare diseases. The misalignment with certain aspects of the profession did not necessarily cause difficulties in identity formation. However, identity challenges could arise during key moments identified in the study, which should be considered to better support residents in forming their professional identity.

Keywords: Professional identity, Internal medicine, Qualitative study

Remerciements

A mon président de Jury, Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau. Merci de juger ce travail, et de m'avoir accompagné par vos conseils et vos écrits tout au long de cette thèse.

A Mme Isabelle Ettori, Maître de Conférence Associée. Merci à mon exceptionnelle directrice de thèse, pour son soutien, son implication et sa disponibilité. Aux opportunités de la recherche qui vous ont mises sur mon chemin et cette découverte du qualitatif à vos côtés.

A Monsieur François Maillot, Professeur des université et praticien hospitalier. Merci d'avoir cru en moi, votre soutien était indispensable au courage qu'il m'a fallu pour retrouver du sens en médecine. Ce projet, si imparfait soit-il, y a fortement contribué. Aux prochains débats sur l'éthique d'un certain diagnostic, si ce n'est difficile mais du moins emblématique, réalisé en pratique courante dans notre beau service.

A Monsieur Jean-Philippe Fouquet, Docteur en sciences sociales qui est une discipline que j'admire, merci de me faire l'honneur de votre présence pour juger ce travail.

Je dédie tout d'abord cette thèse à mes collègues, copains, amis, rencontrés lors de cet interminable parcours.

Avec une pensée particulière au service de neuro-infectiologie du Kremlin Bicêtre et son équipe incroyable qui m'ont plongé dans l'univers complexe du VIH et des méandres de la neurologie. **A mes co-externes du service de Cardiologie** du Kremlin-Bicêtre (Minh Tao, Elane, Marine, Romain, Yacine, Camille) qui m'ont appris l'importance de la solidarité (plus que la rigueur de l'interprétation de l'ECG en tout cas c'est sûr). Au **service de réanimation de l'Institut Gustave-Roussy** pour sa bienveillance**, avec une mention particulière à l'inépuisable Dr Annabelle Stoclin** *« Les crépitants sont des bruits secs fins, égaux entre eux, provoqués par l'inspiration profonde. »*

A Roxanne, pour nos discussions sans fins, nos goûts catastrophiques (oui oui, c'était de toi l'idée du treillis militaire).La médecine et la vie dans le « Nord » de la France n'ont pas le même goût sans toi.

Aux copains de Surgères, des Contamines, la Réunion, des Açores, les « glaneurs » Vincent, Jade, Jérémie, Matthieu, Cléa, Kelly, Benoît, Baptiste, Vy, Sokim, Simon, Antoine, Thibault je ne pensais qu'on se suivrait mais je n'ai jamais été contente de me tromper à ce point. Merci pour votre bonne humeur et votre motivation à toutes épreuves, et surtout pour vos capacités d'organisations sans lesquelles, soulignons-le, il n'y aura pas eu la moitié de ces voyages.

A mes West Coast Girls, Elise, Elane et Juliette, à notre fine équipe jamais à bout de ressources pour combiner les bons plans apéros et les moins bons plans de voiture sans permis, ou sans batterie.

A Mathilde, sans toi probablement que je ne serais pas là où j'en suis. Merci pour tout. **(Merci également à Pierre**, aux moutons thérapeutiques, à votre accueil quel que soit les circonstances. Hâte de se friter sur nos habitudes alimentaires respectives)

A Alain, ta rencontre a changé à jamais ma manière de voire les choses et de comprendre le monde extérieur (et les êtres étranges qui s'y baladent).

Aux copains rencontrés à la Source (qui a surtout été la source d'innombrables fous rires, crêpes/raclette/toute nourriture partys et de réconfort) et particulièrement **à mes co-internes**

de la première heure PO et Alex, le temps passant ne diminuant pas la joie partagée de ces moments.

A Ariane et William, qui ont partagé mes premiers pas, mes premiers diagnostics, mes premiers (mais pas derniers) doutes d'interne. Puisse Maryse (et Hot Fuzz) être toujours avec nous.

A mes co-internes de Médecine interne : JM, Marion, Nico, et Mathilde qui m'ont impressionné par leurs connaissances, leur résilience, et ont ancré la solidarité dans mon ADN. Bon, et aussi beaucoup de bières. **Merci à Anaëlle.**

A Robin, de co-interne je suis heureuse te compter désormais parmi mes amis, c'est toujours avec plaisir que je retrouve ton entrain et ta bonne humeur autour d'un verre (ou trois).

Au service de Maladies Infectieuses du CHU de Tours. **A Marion Lacasse**, ton franc-parler n'a d'égal que ton incroyable sens diagnostic, les spondylodiscites fuient à ton approche (les orthopédistes aussi d'ailleurs), **à Simon Jamard** grâce à qui j'ai rejoint les rangs de la guilde Clindamycine pour aller casser des IOA, **au Dr Petit** pour ta précieuse expérience, **à François Coustillères** et au plaisir de célébrer ton anniversaire une fois de plus**, à Lobna, à Adrien Lemaignen** que nous avons vu courageusement relever le défi de la chefferie du service**, à Claudia et à Guillaume**. **Aux infirmiers exceptionnels que je recroise avec plaisir : Quentin, Thomas, Mylène, Adeline** et j'en oublie probablement. **Merci à mes co-internes pour ce semestre en roue libre** : Naomi(e), Paul, et Suz' pour tes coupes et tes remarques décoiffantes.

A Elise, qui est devenu ma néphrologue favorite et ma plus fidèle co-festivalière (entre autres). Heureuse de pouvoirs enfin t'appeler sur ton DECT sans craindre de tomber sur la gestion des lits.

Au service de Neurologie du CHU de Tours, à son équipe accueillante. **Merci à Marie-Jo, Clémence et Mégane**, fleurons de l'HDJ de neurologie, impressionnantes de patience, de compétences et de bienveillance. **Merci à Anne-Sophie Piegay et à Stéphane Beltran** pour nous avoir accompagnés dans l'aventure des PIDC, SLA, SEP et autres acronymes neurologiques. **Merci aux internes de neurologie** de m'avoir accepté dans votre grande

famille : **Mélissa, Clémence, David, Valentin, Margaux, Guillaume (et votre belle-famille : Julia, Diana et Clémence).** A nos raclettes et nos grimpettes, passées et à venir.

A Amélie, mon inséparable partenaire. Tu es de celle qui sont là dans les ascensions les plus folles comme dans les dégringolades parfois douloureuses. Ta détermination à toute épreuve, ton enthousiasme et ta capacité à m'accompagner dans le n'importe-quoi font de toi une personne rare, de celle que l'on ne rencontre qu'une fois. Merci.

Au service de Réanimation Médicale du CH(U) d'Orléans : à François Barbier, Maxime Desgrouas, May-Anh Nay, Jonathan Wong So, Céline Besnard, Marie Skarzynski, Dr Boulain j'ai appris auprès de chacun de vous à regagner confiance dans la pratique de la médecine. **A toute l'équipe paramédicale** pour cette ambiance incroyable, et notamment Mélanie. A mes réanimateurs en herbe **Elina, Paul T** (mention assez bien pour tes ventriculogrammes fins et les marbrures jusqu'à hautes cuisses), **Marveen/Arnaud** je ne sais plus avec tout ça**, Zazou, Laury, Oana, Pierre**. **Anne/Hélène** je t'attends pour la suite des aquarelles , avec **Etienne de Saint-Etienne.** A nos prochains repas. **A Paul**, quand tu t'impliques ce n'est jamais à moitié que ce soit pour les blagues (drôles ou non), les copains, les patients, merci pour ton rire bienfaiteur à mes remarques désastreuses. **A Claire**, merci de partager cette folie, à la danse comme ailleurs. Le coup de foudre n'était pas immédiat, mais je suis encore sous le choc (de tes défibrillateurs sous-cutanés). **A Piotr**, pour avoir réussi l'exploit de me senioriser, de m'inspirer et de me faire bien rigoler en même temps.

A mes chefs de médecine interne du CHU de Tours pour vos enseignements et vos manières bien à vous de les transmettre: **le Dr Anaëlle Boucaud, le Dr Chloé Giret, le Dr Marie-Charlotte Besse, le Dr Anne Murarasu, le Dr Nicolas Ferreira-Maldent, le Dr Adrien Bigot, le Dr Hélène Hénique, le Dr Elisabeth Diot, le Dr François Maillot**. A la formidable équipe paramédicale de médecine interne, et tout particulièrement **à Patricia, à Charles, à Jess, à Claire, à Saida, à Nadia et à Greg** (et bien plus), vous n'avez pas le choix que nous accompagner dans ces moments, mais ça fait toute la différence quand c'est vous. **Merci à Isabelle et Patricia** les formidables Catherine et Liliane du 3ème étage.

A mes co-internes de médecine interne que je n'ai pas eu encore le plaisir d'avoir en stage, et tout particulièrement **Claire**. Merci au congrès de Marseille d'avoir aligner les étoiles pour nous, et merci à toi de faire de chacun de nos échanges des étincelles.

Merci aux rencontres impromptues, et par là je veux dire évidemment **ma belle Irys** et son addiction à l'adrénaline sans laquelle je ne t'aurais pas croisée durant cette garde riche en anecdotes.

Merci à l'équipe de Soins Palliatifs (ou de « Soins de conforts » pour les plus audacieux) d'avoir pris soins de moi durant ce semestre. **A Catherine** et à nos réanimations végétales et nos envolées lyriques sur le DPP, **à Nicole** et ta finesse diagnostique, **à Sophie** pour ta sollicitude et ton humanité, **à François** pour son soutien et son écoute, **à Marion** et notre attrait partagé pour l'EDN, et bien-**sûr à Asma, à Mathilde, à Elise, à Camille, à Olivia**. Je suis triste d'avance de vous quitter.

A mes ami.e.s de tout temps

Julie, Juliette, Juliette, Lola nous avons grandi ensemble, sous le vent, des bancs du lycée aux chaises de l'Indiana Café. J'ai avec vous appris le courage et l'amitié avec un grand A (vous êtes et serez toujours mes A******), sans vous je ne serais pas vraiment moi.

Roro évidemment, au-delà de ta patience légendaire et ton amour démesuré malgré mes humeurs exécrables durant cette longue collocation, tu m'es exemplaire par ta persévérance, ton esprit libre et avant-gardiste. **A mes nanas de la Jugie évidemment Albane et Marine**, je ne me lasse pas de vous re-découvrir depuis nos 7 ans.

Merci à Jean, Marine, Camille, Adrien et pour notre amitié aussi forte qu'improbable**.** Je vous aime pour cette manière que nous avons d'accorder nos différences.

Merci à toi Matthieu, pour ton écoute, notre complicité à l'épreuve de tous les débats qui nous opposent, j'espère te garder dans ma vie bien longtemps encore.

Merci enfin à ma famille.

Merci ma maman de la danse Joëlle, tu es un soutien fidèle pendant ce moment inédit, tout comme tu l'étais pendant mes premiers pas sur scène. Parmi tant d'autres choses, tu m'as apprise à relever la tête.

Merci aux cousinades Lecomte (Matthieu, Anaïs, Emma, Trémeur, Jojo, Roxane et depuis peu Guillaume, Alice, Lucie), qui ont assisté de très (trop) près à la confection artisanale de cette thèse. Que les cousinades se suivent dans les années à venir. **Merci également à Patrick**

et Sylvette, Dominique et Nicole. **Merci à toi grand-père**, j'aurais voulu que tu me vois et me souris, car ton soutien silencieux vaut mieux que milles mots. **Une pensée, des pensées pour toi grand-mère.**

Merci à mes best Mathilde et Raphi (oui je fais une exception pour cette fois-ci, car vous êtes exceptionnels). Vous êtes la sœur et le frère que j'ai choisi, en plus des liens familiaux qui nous unissent déjà. **Merci à mon Tonton et à Cath** pour la confiance que vous m'avez toujours porté.

Merci à Carole, pour ta bienveillance, ton incroyable générosité, pour nous avoir accueillis avec **Valentine et Victoria** dans vos vies à grandes vitesses, entre Limours et Blagnac.

Merci à mes Pyloup et Myloup je ne saurais comment faire sans vous. Votre amour et votre soutien me donne des ailes qui me poussent toujours plus loin.

Merci à Jules. Nos pics maladroits me font parfois oublier ta gentillesse, ton dévouement, ton sens de la famille que j'admire. Je suis heureuse de te retrouver, même si l'on ne s'était pas vraiment perdu. Les aventures de Togram et Seluj ne font que commencer.

Merci à toi Papa, d'apprendre avec moi, de me soutenir quand je ne sais pas, de me donner ta confiance quand je ne l'ai plu, de me détromper quand je suis sûre que je ne peux pas.

Et enfin je te dédie cette thèse, tout comme tu m'as dédié la tienne. A l'amour que tu nous as porté en tant que maman, à ta générosité, ton humilité, ton intelligence en tant que femme et au sens professionnel et humain qui t'ont animé jusqu'aux derniers instants en tant que médecin. Puisses-tu encore me porter dans les épreuves à venir.

Table des matières

RÉSUMÉ EN ANGLAIS **9**

RESUME EN FRANÇAIS **8**

REMERCIEMENTS **10**

LISTE DES ABREVIATIONS **18**

I. INTRODUCTION **19**

II. MATERIEL ET METHODE **21**

1) POPULATION ETUDIEE 21
2) RECUEIL DES DONNEES 21
3) ANALYSE DES DONNEES 22
4) POPULATION 22

III. RESULTATS **24**

1) INFLUENCES DES MODELES DE ROLE ET DES SENIORS 24
a. Admiration pour des médecins inspirants *24*
b. Rejet de modèles négatifs *27*
c. Rôle des seniors dans l'apprentissage informel durant l'internat *28*
2) LE CURSUS MEDICAL DURANT L'INTERNAT 30
a. Interactions avec les responsables pédagogiques du 3e cycle *30*
Rôle dans la compréhension de la maquette 30
Représentations du soutien hiérarchique auprès de l'interne 31
b. Choix du sujet de thèse *32*
c. L'implication dans la formation théorique *32*
d. Découverte de la spécialité « médecine interne » *35*
e. Les phase(s) de consolidation(s) favorisaient leur flexibilité *36*
3) INTEGRATION DANS UNE COMMUNAUTE MEDICALE 37
a. Identification en tant qu'interniste par les autres spécialités *37*
b. Relations avec les pairs *39*
4) INTEGRATION DANS UN SYSTEME HOSPITALIER 40
a. Adaptation au fonctionnement d'équipe *40*
b. Le fonctionnement hospitalo-universitaire éprouvait leur résistance *41*
5) EXPERIENCES PROFESSIONNALISANTES 42
6) FORMATION IDENTITAIRE PROFESSIONNELLE AU COURS DE L'INTERNAT DE MEDECINE INTERNE 43
a. Un internat en deux temps *44*
b. Représentations de la médecine interne *44*

IV. DISCUSSION **47**

1) SYNTHESE DES RESULTATS 47
2) LES LIMITES 48
3) RETOURS SUR LA MAQUETTE DE L'INTERNAT 49
4) INTERETS D'UNE DEMARCHE REFLEXIVE DANS LA FORMATION IDENTITAIRE 51

V. BIBLIOGRAPHIE **53**

ANNEXE 1 ..... **57**

ANNEXE 2 ..... **58**
ANNEXE 3 ..... **58**

Liste des abréviations

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

ECN : Examen Classant National

MIIC : Médecine Interne et Immunologie Clinique

CVs : Contre-Visites

ISNI : Inter-Syndical des Internes

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

I. Introduction

L'identité reflète à la fois qui nous sommes et comment nous sommes perçus par les autres. Elle se construit en permanence et s'entrelace avec divers domaines régis par des institutions telles que la famille, l'école ou l'université. L'identité professionnelle en représente un aspect fondamental, que nous incorporons à nos identités préexistantes pour évoluer vers une profession.. La formation de cette identité est un processus qui peut être décrit comme la transformation d'un individu non initié, « profane », en professionnel. C'est un processus dynamique, pendant lequel se développe les valeurs, les croyances et les comportements professionnels de l'individu (1,2). Ce processus s'intensifie lors des périodes de transition, qui en représentent les phases les plus critiques (3).

L'apprentissage de la profession médicale est jalonné par de nombreuses étapes où l'étudiant apprends à « penser, agir et se sentir » comme un médecin (4). L'internat, ou 3ème cycle des études médicales, en est une. En France, l'internat s'est beaucoup transformé durant ces dernières décennies (5). Cette évolution est le reflet des connaissances médicales exponentielles et d'un service public s'adaptant à de nouvelles logiques économiques, culturelles et sociales. Un des dernières réformes en date est celle de 2017(6). Dans une optique d'amélioration de la formation théorique et pratique, elle a notamment divisé l'ensemble des Diplômes d'Etudes Spécialisés (DES) en 3 phases : socle, approfondissement et consolidation. De nouveaux DES ont fait leur apparition, comme celui de gériatrie, médecine d'urgence et d'infectiologie avec en miroir la disparition des Diplômes d'Etudes Spécialisés Complémentaires (DESC). Ceux-ci permettaient de se former dans des domaines complémentaires au DES initial.

La médecine interne est une spécialité à l'histoire ancienne (7–10), dont l'évolution est étroitement liée à celle des autres spécialités. Souvent méconnue du grand public comme du monde médical (11,12), les internistes formaient jusqu'alors un groupe hétérogène avec un exercice principalement hospitalier, situé au 2e voire 3e niveau de recours. La complexité était au cœur de leur expertise (13,14), permise notamment par la diversité de leurs stages et leurs possibilités de se former à l'infectiologie, la gériatrie, la réanimation médicale ou encore la médecine vasculaire (4,15,16). Comme l'illustre cette étude de 1993 où 84% des internes interrogés s'orientaient vers une activité liée à leur DESC en plus de celle d'interniste (17), ou encore celle-ci de 2011, où 70% des internistes étaient inscrits à un DESC (18). Cette réforme

vient donc interroger le futur mode d'exercice des internistes, où la médecine interne semble vaste et à contre-courant de cette tendance à « l'hyperspécialisation ».

Dans ce contexte, il semblait pertinent d'explorer le vécu des inscrits au DES de MIIC depuis la réforme et la manière dont ils intègrent ces nouvelles variables à leur identité professionnelle. Notre démarche était justifiée par les études rapportant des informations préoccupantes, incitant à s'interroger sur le vécu des étudiants en médecine en France (19,20), et notamment durant l'internat. Une étude de l'Intersyndicale Nationale des Internes (ISNI) en 2017 comparait les jeunes médecins à la population générale : la symptomatologie anxieuse et les symptômes dépressifs étaient respectivement 2,55 et 2,77 fois plus importante chez ceux-ci (21).

De fait, notre question de recherche était la suivante : « Comment les internes vivent-t-ils la construction de leur identité professionnelle durant l'internat de médecine interne ? »

Nous estimons qu'en mettant en évidence les processus complexes se jouant durant le 3e cycle entre l'interne et sa spécialité d'exercice, cela permettrait d'améliorer le vécu, parfois difficile de cette période. Il existe de nombreux articles sur les champs de compétences de l'interniste, qui questionnent leurs rôles dans la médecine moderne (13,14,22,23). Les études qualitatives sur les internes de médecine interne sont rares. On peut en noter deux principales qui évaluaient à l'aide de questionnaires le degré de satisfaction des internes concernant leur formation théorique et pratique en réponse aux objectifs ayant motivés la réforme (24,25). À notre connaissance, aucune étude qualitative n'a exploré le vécu des internes en médecine interne.

Notre démarche a donc été de mener une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs ayant pour but de décrire le vécu de la formation identitaire professionnelle des étudiants de 3e cycle de médecine interne.

II. Matériel et méthode

Ce travail de recherche est une étude qualitative, inspiré de la phénoménologie interprétative en réalisant des entretiens semi-directifs auprès d'étudiants de 3e cycle de médecine interne.

1) Population étudiée

Il a été réalisé un échantillonnage homogène constitué d'inscrits au DES de médecine interne depuis 2017 en France. Les critères d'inclusion étaient d'être (ou d'avoir été inscrit) en DES de médecine interne en France à partir de la promotion 2017, et d'accepter de participer à l'étude. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

2) Recueil des données

Le recrutement s'est fait par « boule de neige » et via une liste de diffusion de l'Association des Jeunes Internistes. Les participants étaient ensuite contactés par message privé pour leur donner les informations relatives aux modalités d'entretiens et expliquer la garantit de leur anonymat. Il a été réalisé jusqu'à l'obtention d'une suffisance des données, c'est-à-dire lorsque les nouveaux entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux aux catégories établies, grâce à la méthode utilisée dans l'analyse.

Le recueil des données s'est fait par entretiens compréhensifs semi-dirigés individuels (26,27). Deux ont été faits en présentiel, sept en visio-conférence. Un guide d'entretien évolutif **(Annexe 1)** a été rédigé, à partir de la bibliographie réalisée en amont. Les articles et autres supports nécessaires à la constitution du guide d'entretien et à l'enrichissement des connaissances sur le sujet du vécu de l'internat, l'internat de médecine interne et l'identité professionnelle sont recherchés sur Cairn.Info et PubMed.

L'ensemble des recherches est réalisé à l'aide de mots clés en lien avec l'identité professionnelle dans les études médicales.

Ce guide est testé dans un premier temps sur un interne en médecine interne permettant ainsi d'introduire des relances aux questions initiales. Cet entretien a été introduit dans l'analyse finale. Il est par la suite agrémenté au fil des entretiens avec les participants. Il se divisait en 3 parties, avec une question « brise-glace » concernant le déroulement du choix de spécialité du participant. Il abordait ensuite le vécu d'un ou plusieurs stages durant l'internat de médecine

interne, la description de moments marquant pour eux en tant que futur professionnel de santé, puis par la description d'un internat idéal par les participants. L'ordre des questions n'était pas strict. D'autres questions pouvaient être posées en fonction de l'évaluation que faisait l'investigateur de la pertinence que celles-ci pouvaient apporter au sujet de recherche.

La retranscription s'est faite intégralement et de manière anonymisée à partir d'enregistrements audios sur Word. Les pistes audio ont ensuite été détruites.

3) Analyse des données

Une analyse phénoméno-sémio-pragmatique a été conduite sur Word, s'inspirant de la phénoménologie selon Husserl, en utilisant le principe de catégories universelles décrites par Pierce (28–32). L'analyse s'inspirait des étapes décrites par A. Oude Engberink sur le "sentiment d'être prêt à exercer" chez les internes en médecine générale (31), détaillées dans l'annexe 2.

4) Population

9 entretiens ont été réalisés entre avril et juillet 2024. La suffisance des données a été obtenue au 7^{e} entretien et confirmée par les 2 suivants. La durée moyenne des entretiens était de 77 minutes, allant de 35 minutes à 113 minutes. Pour garantir leur anonymat tout en conservant l'aspect personnel des informations transmise, des prénoms ont été attribués aux participants. Les interrogés qui ont répondu venaient des villes d'Angers, Caen, Poitiers, Rennes et de Tours.55% des participants était des femmes et l'âge moyen était de 28 ans. Les stages en médecine interne étaient principalement réalisés en Centre-Hospitalo-Universitaires (68%, soit 17/25), dont 8% (soit 2/25) hors métropole (Guyane et Nouvelle Calédonie). Les spécialités choisies pour les stages libres étaient, par ordre de fréquence : Hématologie (7 stages), Néphrologie (6 stages), Rhumatologie (3 stages), la Gériatrie (6 stages), la médecine d'Urgences (1 stage), la Pneumologie (1 stage), la Neurologie (1 stage), la Bactériologie (1 stage).

	Durée d'entretien	Genre	Age	Niveau d'études	Positionnement semestres en médecine interne	Type d'activité en médecine interne	Stages libres
Edouard	79 minutes	H	30 ans	DJ – 10S	1●,6●, 9●, 10✱	HC, C	Maladies infectieuses Hématologie x2 Gériatrie Réanimation médicale Néphrologie
Théo	108 minutes	H	27 ans	M2 – 6S	2●, 6●	HC/HDS, HDJ, C	Maladies infectieuses Hématologie Néphrologie Réanimation médicale
Alizée	79 minutes	F	27 ans	4S	1✱, 2●	HC	Maladies infectieuses Urgences
Olympe	61 minutes	F	26 ans	M2-6S	1●,6●	HC	Maladies infectieuses Hématologie Néphrologie Rhumatologie
Zoé	113 minutes	F	25 ans	4S	1●,2✱	HC	Pneumologie Réanimation médicale
Jean	68 minutes	H	31 ans	PHC	1●,2✱,7●, 9✱,10●	HC, HDJ, C	Hématologie Néphrologie Gériatrie Réanimation Rhumatologie
Sarah	80 minutes	F	27 ans	6S	2●,6●	HC/HDS, HDJ	Maladies infectieuses Néphrologie Neurologie Hématologie
Marianne	73 minutes	F	31 ans	DJ – 10S	1●,8✱,9●, 10✱	HC, HDJ, C	Rhumatologie Maladies infectieuses x3 Réanimation Bactériologie Néphrologie
Jonathan	35 minutes	H	28 ans	5S	1✱, 3●	HC	Maladies infectieuses Hématologie Réanimation médicale

H – Homme, F-Femme, DJ – Docteur Junior, M2 : Master 2, S – Semestre, PHC – Praticien Hospitalier Contractuel,
+ - Semestres réalisés lors du Docteur Junior, ●- CHU, ✱- périphérie, HC – Hospitalisation complète,
HDS – Hôpital de Semaine, HDJ – Hôpital de jour, C – Consultations

Tableau 1. Tableau des participants et caractéristiques

III. Résultats

La construction identitaire professionnelle fait partie de la socialisation de l'individu, qui intègre son « identité professionnelle » à son « identité personnelle ».

Les discours des internes interrogés s'articulaient autour de moments-clés de leur formation identitaire professionnelle. On distinguait ceux qui relevaient de l'influence de modèles inspirants et des seniors, de leur progression dans le cursus médical, de leur insertion dans le milieu hospitalier, de leur intégration dans une nouvelle communauté médicale, et du récit d'expériences professionnalisantes.

1) Influences des modèles de rôle et des seniors

Ces rencontres étaient décrites comme des moments déterminants dans la formation de leur idéal professionnel, vers lequel ils tentaient se projeter en s'inspirant ou rejetant certains de leurs comportements. Ils marquaient les professionnels qu'ils étaient en train de devenir.

a. Admiration pour des médecins inspirants

Les internes décrivaient des professionnels rencontrés durant leur cursus qui étaient source d'inspiration pour eux. Leur rencontre avec ces médecins semblait les avoir marqués **sur le moment** *« je veux être : lui », » que t'as trop envie de devenir»*, et **se prolongeait dans le temps** *« parfois, j'y pense encore », « Et ce qui est déjà toujours le cas »* soulignant leur importance.

Leur façons d'être les distinguaient des autres médecins *« que j'ai pas forcément retrouvé chez d'autres médecins »*, et les inspiraient **sur le plan professionnel** et parfois même **personnel** *« ultra humble », « une présence », « charismatique », « drôle ».*

Leurs manières de faire permettaient aux participants de se représenter les médecins qu'ils voulaient devenir en mettant en avant **leurs compétences et connaissances en tant que médecin** *« bagage de connaissances euh qui déjà me semblait assez impressionnant », « incroyable, fin ultra forte », « hyper compétent », « bienveillance »* **et en tant que seniors** *« sa manière d'expliquer », « le dosage parfait entre l'encadrement et l'autonomie », « qui investissait beaucoup d'énergie pour encadrer les internes »*.

« Il est charismatique tout ça, il est drôle. Il est hyper compétent ça se sent à sa manière d'expliquer et de dérouler les choses. Et en fait je veux pas être interniste ou médecin plus tard je veux être : lui.» Zoé

« Incroyable, fin ultra forte. Ultra humble, euh ... fin vraiment le type de femme – souvent c'est les femmes qui sont comme ça – que t'as trop envie de devenir en fait. » Marianne

« Sur le fait que je serais pas interne toute ma vie et euh … et ça à forgé un peu le type de personne que j'avais envie euh … de devenir. C'étaient les assistants et les CCAs qu'on avait à ce moment-là quoi. » Marianne

« J'avais un bon senior euh … qui avait le dosage parfait entre l'encadrement et l'autonomie […]Il avait une présence, un charisme euh … que j'ai pas forcément retrouvé chez d'autres médecins […] C'est des choses factuelles, mais dites avec bienveillance. […] … parfois, j'y pense encore. « Qu'est-ce qu'il ferait dans cette situation ? Est-ce qu'il ferait comme ça ? » Edouard

« Et qui prenait, qui investissait beaucoup beaucoup d'énergie […] pour essayer de nous apprendre des choses, d'encadrer les internes … Et qui avait un bagage de connaissances euh qui déjà me semblait assez impressionnant quand … quand j'étais petite . Et ce qui est déjà toujours le cas bah maintenant que je suis plus grande. » Olympe

D'autres médecins étaient décrits comme jouant un rôle particulièrement important dans l'internat, comme dans le parcours de Sarah et de Jean.

Sarah décrivait la rencontre avec un senior qui était devenu un mentor pour elle. Il l'avait aidé directement sur le plan professionnel par **en l'impliquant dans des projets significatifs** *« j'ai rencontré mon maître de thèse », « on a fait un poster ensemble »* et **en lui partageant son réseau professionnel***, « il a direct envoyé un mail, fin il a appelé son pote à Marseille pour moi ».* Ce qui était **motivant** *« c'est plutôt motivant », « toujours en train d'encourager »* et **rassurant** *« pris sous son aile ».*

Elle admirait sa **compétence en tant que médecin** *« trop fort », « assez fort »* **et sa capacité à réformer des pratiques de service** *« il est en train de chambouler le service de médecine interne »*. C'était un **exemple de réussite académique** *« Il a été classé 300 à l'ECN », « déjà 1er auteur […] en 2-3e semestre »* ce qui mettait d'autant plus en valeur *« et en même temps »* **son humilité** *« super humble »* **et sa bienveillance** *« super sympa », « jamais en train de relever les défauts ».*

« Bah, … au troisième semestre j'ai rencontré mon maître de stage – de stage – de thèse. […] Qui m'a un peu pris sous son aile. Et euh …il m'a mis dans plein de projets. On a fait un poster ensemble, fin bref c'était cool et euh … et voilà et … c'est plutôt motivant et fin c'est bien, de

l'avoir rencontré je pense. […] Donc je voulais faire un inter CHU (Centre Hospitalo-Universitaire) à Marseille. Du coup il a direct envoyé un mail, fin il a appelé son pote à Marseille pour moi ».Sarah

« Parce qu'en plus c'est un peu un gars trop fort qui vient de Paris […] il est en train de chambouler le service de médecine interne du (Centre hospitalier de périphérie) … fin bref il est assez fort […] il était déjà 1er auteur dans des articles quand il était je sais pas – en 2-3ème semestre […] Il a été classé 300 à l'ECN je crois. […] Et en même temps il est super humble, il est super sympa, il est toujours en train d'encourager, jamais en train de relever les défauts » Sarah

Dans ces différents extraits, Jean décrivait ses deux premiers mois d'internat qui étaient fortement marqués par la relation de travail avec son chef. Il rapportait **un vécu plutôt négatif de la séniorisation par ce médecin** *« qui me l'a bien fait ressentir », « Je l'ai vraiment mal vécu »*. Le comportement **rigide** *« sévère », « demandeur »* de son senior était en **inadéquation** avec ses **propres capacités d'anticipation et de gestion de tâches multiples** *« J'avais pas l'anticipation pour », « très très demandeur en missions ».* Il soulignait **l'absence de reconnaissance de ses difficultés** par ce senior *« Et il vient me voir à 16h en me disant « ça y est, t'as fait toutes tes missions ? », « vu qu'il m'en demandait beaucoup et qu'il m'aidait pas tant que ça »*. Cette expérience était responsable **d'une rancœur** *« Je lui en ai vraiment voulu pendant 2 ou 3 ans »*, proportionnelle **à la souffrance ressentie** à ce moment-là *« de ce qu'il m'avait fait subir pendant ces 2 premiers mois ».*

« Les 2 premiers mois, je suis tombé avec un chef qui euh est très sévère, qui me l'a bien fait ressentir … mais qui est euh … extrêmement, extrêmement extrêmement compétent. » Jean

« Ça je l'ai assez mal vécu parce qu'il est très demandeur, très très demandeur en missions […] Il me faisait des listes de courses euh … la feuille, elle était blindée, et là il retournait la feuille et il continuait à écrire.[…] Il prévoyait souvent euh des sorties le matin même pour le jour J […] J'avais pas l'anticipation pour voir ça et faire les courriers en avance. […] Et il vient me voir à 16h en me disant « ça y est, t'as fait toutes tes missions ? […] Donc euh … à l'époque, vu qu'il m'en demandait beaucoup et qu'il m'aidait pas tant que ça […] Je lui en ai vraiment voulu pendant euh … 2-3 ans euh de m'avoir fait subir pendant ces 2 premiers mois. » Jean

La suite de son parcours lui permettait **de réaliser les compétences qu'il avait acquis grâce à ce senior** *« Et c'est devenu des réflexes ».* **: notamment la rigueur et l'exhaustivité** *« grâce à cette rigueur » « exhaustif dans sa prise en charge ».* Elles lui permettaient d'avoir la sensation de faire un **bon travail en tant que médecin** *« que je suis devenu un médecin comme maintenant. », « j'ai l'impression de bien faire mon boulot aujourd'hui ».* **Son souhait de**

généralisation cette *« excellente prise en charge »* marquait une **intégration dans son idéal professionnel.**

> *« Mais c'est grâce à cette rigueur qu'il m'a imposé que, je pense, que je suis devenu un médecin euh … comme maintenant. […] le fait qu'il soit exhaustif dans sa prise en charge, qui m'inspire maintenant aujourd'hui. Au final, même si je l'ai mal vécu euh c'est …, j'ai l'impression de bien faire mon boulot aujourd'hui. Et c'est devenu des réflexes, et je trouve qu'il a une excellente prise en charge qu'on devrait faire … limite partout. » Jean*

Il adoptait cependant **une réflexion critique sur cette expérieuce source de souffrance et de ressentiment** *« Mais je pense pas qu'il soit nécessaire de souffrir pour ça »*, qui lui permettait **d'adapter en conséquence son mode de séniorisation** *« je m'en inspire maintenant avec moins de … plus de flexibilité », « plus fluide »*. Il y avait donc une **certaine ambivalence** dans le rôle qu'a joué ce médecin dans la formation identitaire professionnelle de Jean, avec à la fois une influence positive et négative, lui permettant de définir ses propres valeurs de médecin senior.

> *« En tout cas je m'en inspire maintenant avec moins de … avec plus de flexibilité je dirais. […]Mais je pense pas qu'il soit nécessaire de souffrir pour ça, et si les chefs aussi arrivent à rendre ça plus fluide […]. » Jean*

b. Rejet de modèles négatifs

Les participants construisaient leur identité professionnelle en opposition à certains comportements qu'ils observaient chez certains médecins.

Ils percevaient parfois **un désintérêt** *« t'as l'impression que tu l'as fait vraiment chier quand elle vient », « ça la fait chier d'être là quoi »* qui **entachait négativement la perception de compétence du médecin** *« C'est pas qu'elle s'en fout du patient mais », « même si en soit elle seniorise ».*

> *« T'as l'impression que tu l'as fait vraiment chier quand elle vient. C'est pas qu'elle s'en fout du patient, mais c'est que ça la fait chier d'être là quoi, même si en soit elle seniorise. […]. Jonathan*

Certaines situations étaient sources de tensions pour l'interne comme **un désaccord avec la démarche médicale***, «pas du tout d'accord avec ses prises en charge », « Et je l'ai assez mal vécu », « On marchais un peu sur la tête ».* L'interrogée l'illustrait d'exemples qui lui paraissaient en **décalage avec sa vision de la pratique médicale** *« un bilan d'entrée ultra-large »,*

« systématique, peu importe le patient hein » « contact très particulier avec les patients » qui traduisait une volonté **d'une prise en charge adaptée, et centrée sur le patient.**

> *« J'étais pas du tout d'accord avec ses prises en charge, il (médecin senior) avait un contact très particulier avec les patients. Et je l'ai assez mal vécu […] Bah euh par exemple une patiente en … en hypernatrémie qui avait pas une déshydratation globale, il lui a foutu du NacL (Chlorure de Sodium). […] Euh … il avait un bilan d'entrée ultra-large […] systématique, peu importe le patient hein, [...] On marchais un peu sur la tête quoi. » Alizée*

L'ingérence et manque de communications avec le senior *« modifier tes prescriptions sans que tu sois au courant »* pouvait être *« frustrant voir un peu blessant »*, permettait d'identifier des **conduites que l'interne ne voulait pas reproduire** *« si j'ai un interne sous mes ordres, je sais que je ferais pas comme ça ».*

> *« C'est un peu le style à modifier tes prescriptions sans que tu sois au courant, ce genre de choses. […] Mais tu vois, ça m'inspire dans le sens où l'an prochain quand, si j'ai un interne sous mes ordres, je sais que je ferais pas comme ça. Parce que je sais que ça peut être, ouais, frustrant voir un peu blessant, … ce genre de choses» Edouard.*

La différence perçue avec des seniors de médecine interne *«mais moi ça me paraissait genre – là-haut »* en **termes d'âge**, de **situation personnelle** *«qui ont tous une famille »* et de **valeurs professionnelles** *«c'était un peu un OVNI », « son poil dans la main tout le temps »* a été un obstacle pour l'interrogée dans **sa projection professionnelle dans le métier d'interniste** « Si […] peut-être que […] ».

> *« Je me voyais dans aucun des seniors (de médecine interne) en fait, tu vois […] Donc euh, … pour moi c'était un peu un OVNI. Je me voyais …. Je me voyais pas non plus en lui (médecin senior1) tu vois, euh…et le (médecin senior2) avec son poil dans la main tout le temps franchement je … […] t'es plus proche en termes d'âge – fin tu vois à part avec ta CCA tu vois – qu'avec tes chefs, qui ont tous une famille et tout ça … mais moi ça me paraissait genre – là-haut (fais un geste) tu vois » Marianne*

> *« Donc en soit, tu vois j'aurais … donc probablement si je m'étais plus entendue et plus … Retrouvée à travers les chefs de médecine interne peut être que je serais restée (en médecine interne). » Marianne*

c. Rôle des seniors dans l'apprentissage informel durant l'internat

La présence d'un encadrement de qualité par certains seniors, mettait en avant certaines valeurs professionnelles qui étaient importantes pour les interviewés.

Les internes mettaient en avant certains comportement, comme **l'implication collective dans la prise en charge du patient** *« une implication des séniors », « on les impliquait » « Non mais on réfléchissait en plus tous ensemble donc »,* **ou encore la sollicitude de leurs chefs** *« ils ont été super gentils » « prenez soin de vous surtout » « Hésitez pas si vous avez besoin »*

> *« Vraiment en fait t'avais une implication des séniors […]Il y avait une super ambiance aussi avec les externes aussi où en fait on les impliquait pour plein de trucs […] Non mais on réfléchissait en plus tous ensemble donc » Jonathan*

> *« bah avec les chefs ils ont été super gentils, je leur ai envoyé un arrêt de travail par mail. Et ils m'ont dit « Bah prenez soin de vous surtout, reposez-vous bien euh … Hésitez pas à prolonger votre arrêt si vous en avez besoin » Alizée*

L'absence *« fantôme » « j'avais personne », « personne »,* ou **la présence insuffisante** *« juste d'un jour »* **étaient ici connotés négativement**. Cela signait pour eux **l'importance de l'implication** dans leurs valeurs professionnelles.

> *« Et après (médecin senior du service). qui était un fantôme. » Jonathan*

> *«Et en fait j'avais personne, à ce moment-là, les premiers jours pour m'aider. Personne. […] Si je me souviens juste d'un jour d'un (médecin senior) qui s'est posée, pour m'expliquer …comment changer les insulines des patients » Marianne*

A l'opposé, une absence d'encadrement pouvait aussi **renforcer leur sentiment d'autonomie** *« donc », « et du coup »* lorsqu'ils progressaient dans leur internat.

> *« Là, par contre, tu avais moins de visites. Et puis, j'étais un peu plus vieux aussi, donc j'ai un peu plus d'autonomie. » Edouard*

> *« . C'était un vraiment un moment de l'internat où j'ai commencé à me sentir à l'aise, tu vois […] J'avais clairement de l'autonomie (rires) et du coup ça s'est super bien passé. » Jonathan*

Des **prises en charge contradictoires** sont ainsi décrites par Jonathan *« avec souvent des prises en charge qui pouvait s'opposer,[…] des CVs (Contre-Visites) qui sont faites en speed «* qui traduisaient **une envie de clarté** et **d'implication** dans la prise en charge, voir **une aide pour certaines tâches** « ils géraient pas trop les problèmes quoi » « il y avait pas de répartition des tâches ».

> *« Et après en termes de chefs, et bien je trouvais que c'était assez chaotique […] avec souvent des prises en charge qui pouvait s'opposer […] des CV (contre-visites) qui sont faites en speed « parce que truc », « Ah non enfaite pas de CV, je suis chez le kiné. », des visites qui n'étaient*

pas forcément très claires. […] fin de temps en temps les seniorisations c'était « What's the fuck »Jonathan

« Fin en gros on faisait la contre-visite à 15h et globalement euh … bah ils géraient pas trop les problèmes quoi. […] Donc ça c'était un peu compliqué et euh … » Sarah

« Ils m'aidaient pas du tout, il y avait pas de répartition des tâches. » Alizée

2) Le cursus médical durant l'internat

a. Interactions avec les responsables pédagogiques du 3e cycle

A la différence des modèles de rôles, les encadrants pédagogiques étaient incontournables sur le parcours médical. Leurs influences étaient multiples sur les participants.

Rôle dans la compréhension de la maquette

Les interactions avec les responsables pédagogiques **guidaient la compréhension du parcours que l'interne avait de sa maquette.** Ces rencontres permettaient aux internes un apprentissage informel de **certaines « normes » de leur cursus médical** *« ils sont dans une optique » « Fin nous ce qu'on nous dit c'est que »,* ce qui était généralement **apprécié** par les internes *« ça a le mérite d'être un peu honnête ».*

L'intervention des encadrants impactait certains parcours, en permettant **la transformation de l'hésitation «** initialement j'étais mi-figue mi-raisin » **en motivation «**grave chaud » **à s'engager dans une formation**.

« Et eux (responsables du DES de médecine interne) ils sont dans une optique où en fait, tu apprends les autres spés pendant ton internat et tu apprends la médecine interne euh … après l'internat […] Bah, ils te l'expliquent un peu quand t'arrives en premier semestre. » Edouard

*« Fin nous ce qu'on nous dit à **ville du CHU** c'est qu'on peut pas nous dire ce qu'on fera plus tard. […] Donc ils sont … c'est pas forcément très rassurant comme discours mais ça a le mérite d'être un peu honnête quoi. » Olympe*

« Alors, initialement j'étais mi-figue mi-raisin […] Donc elle (responsable de DES) me fait « D'ailleurs tu veux faire un master toi ? » Et je fais « Ouais bah ouais, grave chaud. » Jonathan

Représentations du soutien hiérarchique auprès de l'interne

Ils relatent notamment **des entretiens individuels pédagogiques obligatoires**, intégrés dans leur formation depuis 2017 (6)

Les entretiens étaient le lieu **d'échanges d'informations importantes pour leur cursus** *« Bah qu'est-ce que tu veux faire ?»*, *« à la fin du premier semestre».* Ils étaient décrits ici **comme décevant** *« hyper négatif », « peu la flemme » « « pas le temps de vraiment de prendre tout ça en charge »* **par rapport à ce que les internes en attendaient** *« pas du tout aidant » « Sans vraiment donner trop de pistes »*. Marianne décrivait ici un **isolement** *« toute seule »*, le manque de soutien de sa hiérarchie renforçait son auto-détermination *« si il faut que je persévère ce sera toute seule. Ok. ».*

> *« C'était à la fin du premier semestre, tu sais là **le sorte d'entretien** […] **où t'établit ton contrat** de chez je sais pas là […] Et en fait il avait été hyper négatif (responsable du DES de médecine interne), tu vois […] pas du tout aidant, fin vraiment euh … en mode, si il fallait que je persévère fin ce serait toute seule quoi. Ok. » Marianne*

> *« Fin chaque fois **les entretiens individuels** c'est vraiment « Bah qu'est-ce que tu veux faire ? » Sans vraiment donner trop de pistes, fin tu sens qu'il a un peu la flemme, qu'il a pas le temps quoi … pas le temps de vraiment de prendre tout ça en charge. » Sarah*

Il s'agissait également **d'échanges informels**, réalisés selon les besoins des encadrants ou ceux de l'interne. Ils permettaient aux internes de **réfléchir à leur orientation professionnelle** *« droit aux remords »,* par **des questions directes** *« si jamais vous voulez venir », « Est-ce que t'es sûre de vouloir faire cette spé ? Est-ce que t'es sûre de vouloir faire médecine ? ».* La deuxième participante décrivait *« se sentir soutenue »* grâce **à la validation de ses capacités par ses chefs**, ce qui soulignait son importance pour elle.

> *« Il (responsable DES d'infectiologie) nous avait approché nous les internistes de **(CHU)** pour nous dire enfaite « Là il y a un droit aux remords en malinf' […] Et euh bah moi j'ai besoin d'un interne, si jamais vous voulez venir euh... » Marianne*

> *« Je me suis sentie soutenu parce que je leur ai texto demandé si ils pensaient que j'en étais capable. Ils m'ont dit oui. […] Après j'avoue que quand ils m'ont dit « Est-ce que t'es sûre de vouloir faire cette spé ? Est-ce que t'es sûre de vouloir faire médecine ? » Euh j'avoue que je l'ai un peu euh … mal pris.» Alizée*

b. Choix du sujet de thèse

L'attribution d'un sujet de thèse était souvent évoquée spontanément par les internes. **L'absence d'implication** *« occupés à autre chose » « c'est pas du tout organisé »* que décrivait certains internes donnait lieu à des frustrations *« Et ça casse les couilles »,* montrant l'importance pour les internes **de se sentir soutenus et accompagnés** dans cette étape.

> *« Et puis qu'on donne des sujets de thèse hein, que les universitaires soient organisés de ce côté c'est pas du tout organisé. Et ça casse les couilles.» Jonathan*

> *« et je suis contente parce qu'à (CHU) ils sont pas au niveau thèse … fin ils ont tous l'air un peu occupés à autre chose. » Sarah*

Le sujet de thèse pouvait aussi être en lui-même un élément clé de l'orientation professionnelle, ou mettre en difficulté l'interne. Il marquait **un tournant** *« il y a le moment où » « Ah ouais »* pour Marianne **dans son engagement vers une spécialité différente**. **Le manque d'attrait** envers un sujet de thèse *« pas trop inspiré par le sujet »* **pouvait être difficile à vivre** *« je me prends la tête » , « c'est difficile ».*

> *« Il y a le moment où on m'a proposé mon sujet de thèse en malinf où je me suis dit « Ah ouais » Marianne*

> *« ...Je viens de finir le recueil là mais … je suis quand même pas trop inspiré par le sujet. […] Et puis euh … ouah c'est difficile … mais bon euh je sais pas … après c'est pas grand-chose, c'est une thèse quoi, je me prends la tête. » Sarah*

c. L'implication dans la formation théorique

Ils évoquaient notamment **le manque d'informations claires** *« De l'informations pour les formations » « c'est pas du tout clair »***,** et souhaitaient plus de **formation théorique** *« c'est vrai qu'on manque un peu », « on a peut-être plus besoin de euh … cours, tout simplement magistraux »* hors DU, pour **compenser l'insuffisance de pratique de la médecine interne** *« on les voit peu finalement »*

Théo soulignait ici le **paradoxe de se définir comme spécialiste** dans une discipline en **y étant si peu confrontés en pratique** *« c'est l'exception de les (patients) voir malades de la maladie dont on se prétends être spécialiste »*

« De l'informations pour les formations. Par exemple pour les DU (Diplômes Inter-Universitaire) tu vois, je trouve que c'est pas du tout clair. C'est pas claire du tout, tout le monde galère, c'est du bouche à oreilles. » Jonathan

« Mais c'est vrai qu'on manque un peu, à part grâce au DU où je connais un peu les choses mais on manque de … » Sarah

« Parce qu'on a … une spécialité où euh […] … on les voit peu finalement. […] on a peut-être plus besoin de euh … cours, tout simplement magistraux au début de l'internat peut-être que d'autres spés. […] Mais finalement c'est l'exception de les (patients) voir malades de la maladie dont on se prétends être spécialiste et ouais … ça va pas » Théo

Les internes adoptaient différentes stratégies pour compenser ce manque de pratique comme **la réalisation d'inter-CHU** dans des services comportant un hospitalisation complète.

« Ouais moi je veux faire un inter-CHU pour ça. Ouais ouais, je suis d'accord. Si on veut densifier la formation en immuno euh […] parce qu'il y a une salle d'hospit' complète avec que de l'immuno. » Théo

Le choix de s'investir ou non dans des DUs montrait **une recherche** *d'expertise « orienté maladies infectieuses »* **et d'ouverture** *« regarder ce qui se faisait ailleurs »* . La **prise de distance** *« c'est pas pour autant que je me suis inscrite »* **avec certains standards** *« indispensables »* de la spécialité pouvait être **signe d'un éloignement des intérêts professionnels.**

« J'ai fait trois DUs en comptant celui que je suis en train de faire […] orienté Maladies infectieuses.[…]Mais j'avais voulu regarder ce qui se faisait ailleurs. » Marianne

« C'est pas pour autant que je me suis inscrite à un DU d'immuno, c'est pas pour autant que je ferais un DU de rhumatologie, que mes co-internes – plusieurs de mes co-internes plus vieux – estiment comme indispensables. » Zoé

La participation aux congrès de médecine interne présentait des avantages et suscitaient des réactions différentes en fonction des internes.

La variété des thématiques abordées *« t'a vraiment à boire et à manger là-bas» « Il y a de tout dans les congrès »* était un moyen de **raviver l'intérêt de la spécialité** *« tu as cette émulation autour de la spécialité »*, ou un **frein à la bonne compréhension** *« C'est difficile de suivre à chaque fois »*. La rencontre avec **différentes spécialités** *« tu croises des gens qui sont pas forcément internistes » « présentation sur les thrombopathies »* **cultivait leur curiosité** *« qui ont la fibre de vouloir juste explorer le truc à fond » « Et si je me penchais un petit peu dessus »*, ce qu'ils **appréciaient** *« je trouve ça fascinant », « c'est cool » « tant mieux quoi ».* Ils considéraient les

congrès **utiles à leur formation** *« Je trouve qu'en fait tu formes progressivement là-dessus quoi », « j'étais un petit peu moins bête ».*

C'était pour Sarah également un **moyen gérer la pression en stage** *« Puis ce qui est bien c'est d'être en pause aussi ».*

> *« Les congrès de médecine interne je trouve, t'as vraiment à boire et à manger là-bas. Je trouve qu'en fait tu te formes progressivement là-dessus quoi […] Je crois que j'ai croisé peu de médecine interne. […] Mais vraiment je trouve qu'en congrès tu as cette émulation autour de la spécialité, et je trouve ça fascinant quoi. […] tu croises des gens qui sont pas forcément internistes, mais qui ont la fibre de vouloir juste explorer le truc à fond. » Jonathan*

> *« Quand je voyais cette présentation sur les thrombopathies euh […] j'étais là « Ah bah tiens, c'est cool. Et si je me penchais un petit peu dessus. » Et puis à la fin de la soirée j'ai lu une revue, et puis à la fin j'étais un petit peu moins bête et puis euh … tant mieux quoi. » Théo*

> *« C'est difficile de suivre à chaque fois ... Il y a de tout dans les congrès donc euh … Non c'est quand même bien les congrès. Puis ce qui est bien c'est d'être en pause aussi. » Sarah*

L'inscription à un congrès permettait également à une participante de se rendre compte de **son intérêt restreint** *« que les seuls topos qui m'intéressaient »* **à certaines thématiques**, lui faisant **prendre conscience qu'elle ne souhaitait pas devenir interniste** *« j'ai quand même eu vraiment eu le …. Le déclic comme quoi je voulais pas être interniste »* ce qui marque un moment fort pour elle.

> *« Et effectivement pendant le congrès en fait je me suis rendu compte que les seuls topos qui m'intéressaient […] j'ai quand même eu vraiment eu le …. Le déclic comme quoi je voulais pas être interniste » Zoé*

L'exposition aux avancées scientifiques *« avancées prodigieuses » « nouvelle entité »,* mettait en évidence leurs attraits pour certains aspects de leur profession.

La présentation sur les Car T cells comme possibilité de traitement de certaines pathologies auto-immunes, pouvant se compliquer sur le plan infectieux était vécue comme **une possibilité d'ouverture vers l'infectiologie** par Zoé *« il y a peut-être un truc à faire vis-à-vis de l'immuno ou ce genre de choses »*. Jean exprimait **son enthousiasme** *« vraiment trop stylé » « c'est plaisant »* face **aux perspectives nouvelles en médecine interne** *« où on a pas encore tous découvert. » « champs d'études qui est euh extrêmement vaste »* qui **renforçait son attachement à la spécialité** *« putain on a une spé ».*

«Pourtant il y a des avancées prodigieuses : les Car-T-cells. [...]. Parce que je me suis dit, si les Car T-cells ça devient ça : il y a peut-être un truc à faire vis-à-vis de l'immuno ou ce genre de choses. » Zoé

« Et c'est plaisant d'avoir un… d'avoir un champ d'études qui est euh extrêmement vaste, tu vois […] Nous il y a pas longtemps il y a le VEXAS qui est sorti bah… nouvelle entité, quoi. Et tu te dis c'est vraiment trop stylé, putain on a une spé où on a pas encore tous découvert. » Jean

d. Découverte de la spécialité « médecine interne »

Les participants parlaient de « médecine interne » souvent pour **souligner la faible proportion** *« c'est trop rare » « J'ai quasiment pas eu » de situations de « médecine interne »* auxquelles ils étaient confrontés comparés à d'autres situations. Ils associaient principalement le terme *« vraie médecine interne »* **à l'immunologie clinique et l'auto-immunité** *« l'immunologie clinique et l'auto-immun » « patients d'immuno »*. Ils s'y confrontaient majoritairement **lors d'un stage en médecine interne au CHU**, en gérant l'hospitalisation de jour ou de semaine, et en réalisant leurs premières consultations.

«Tu vois, moi j'aime bien la médecine interne tu vois, l'immunologie clinique et l'auto-immun je trouve ça – c'est fascinant. Donc de l'observer en stage c'est trop cool, mais c'est trop rare. » Jonathan

« J'ai quasiment pas eu de patients d'immuno. » Marianne

« En fait nous on a très peu de patients « médecine interne médecine interne » Olympe

C'était **un tournant** *« là »* pour **la découverte de leur spécialité** *« là je découvre un peu » « débarquer dans ta spécialité »*. Leur avancement dans l'internat *« vieille semestre »* pouvait **limiter le soutien** reçu *« bah personne ne vient m'expliquer quoi que ce soit ».* La sensation d'être *«pourvoyeur de services » et non pas de soins « je me sens pas trop dans le soin »* révélait une préférence dans **la prise en charge active** *« participer activement »* et **une responsabilité plus importante** *« j'ai l'impression que ça pourrait se faire sans moi* ».

« La vraie médecine interne ça se voit : en HDJ, ça se voit en consult' euh … et ça se voit très peu en hospit'. » Jean

« Et ouais là je découvre un peu la médecine interne. Ça fait bizarre de débarquer dans ta spécialité. […] fin là on est en HDJ et vu que je suis considérée comme vieille … fin vieille semestre, bah personne ne vient m'expliquer quoi que ce soit » Sarah

« Par rapport à l'HDJ (Hospitalisation De Jour) où on peut avoir le feeling d'être pourvoyeur de services[…] Boh là je me sens pas trop dans le soin fin […] fin j'ai l'impression que ça pourrait se faire sans moi. J'ai pas l'impression de participer activement euh … par rapport au service d'hospitalisation.» Théo

La **progression perçue dans les compétences professionnelles durant les consultations** était appréciée par les internes *« Mais là maintenant c'est beaucoup plus fluide » « c'était super dur »* (utilisation du passé). Ils mettaient en avant **l'importance d'une relation de qualité avec le patient** *« Il y a moins de blanc avec le patient » « je trouve qu'on peut beaucoup plus prendre le temps avec le patient »*, et de **la démarche diagnostique** *« le challenge de diagnostic « , il y a un temps dédié et que euh … de recherche diagnostique en consultations »* dans leur profession.

« Parce que je trouve qu'on peut beaucoup plus prendre le temps avec le patient et que… […] y a un temps dédié et que euh … de recherche diagnostique en consultations et ça j'adore[…]. Et ça j'avoue j'ai trouvé ça : à la fois très dur et euh en même temps super intéressant tu vois le truc. » Théo

« Ouais, bah j'aimais bien le challenge de diagnostic. C'était intéressant […] Alors, ouais, j'ai apprécié, mais c'était très difficile dans le sens où euh … tu sais pas trop ou te placer […] Mais là maintenant c'est beaucoup plus fluide. […] . Il y a moins de blanc avec le patient. » Edouard

e. Les phase(s) de consolidation(s) favorisaient leur flexibilité

Il est décrit dans le discours des participants de multiples transitions qui marquaient les changement de stage. Elles sont en partie spécifiques de la maquette de médecine interne, qui est l'un des DES comportant le plus de stages libres (33), leur permettant de réaliser de nombreux stages hors-spécialités.

La répétition *« c'est pareil », «c'est toujours la même chose »* **de leurs confrontations aux situations nouvelles** *« Il faut apprendre à poser des cathés, à régler le ventilateur », « un nouveau logiciel, fin une nouvelle organisation » « j'avais jamais touché à une VNI »* **étaient plus ou moins difficiles** *« elles sont bien passées » « c'était très dur, c'était vraiment très dur »* bien vécues, et généraient parfois **une certaine frustration** *«je sors moins … moins sûre de moi en néphro que ce que j'aurais aimé ».*

« T'arrives en réa, c'est pareil. Il faut apprendre à poser des cathés, à régler le ventilateur. […] Moi, à chaque fois, mes transitions, elles sont bien passées » Edouard

« Avec tu vois tout à re-découvrir : un nouveau logiciel, fin une nouvelle organisation etc… Et du coup c'était très dur, c'était vraiment très dur. […] Et fin franchement moi, bah j'avais jamais touché à une VNI tu vois. » Zoé

« Fin c'est toujours la même chose, c'est que j'ai fait le maximum de néphro que je pouvais quoi, et c'est moins que ce que j'aurais aimé faire, je sors moins … moins sûre de moi en néphro que ce que j'aurais aimé mais bon. » Olympe

« On arrive on sait pas faire tu vois. » Théo

La **flexibilité acquise** *« grande adaptabilité, d'une grande flexibilité » par le passage « dans plusieurs spés »* était vue comme **indispensable à leur profession** *« , c'est nécessaire », « ça me semble indispensable » « Parce qu'en tant qu'interniste »* pour **acquérir un panel varié de connaissances** *« cet aspect on va dire polyvalent et global »,* mais **aussi pour gérer l'incertitude** *« en permanence à prendre en charge des choses sur lesquelles on peut être pas trop à l'aise » « où on arrive euh à identifier les situations où on sait pas du tout. »*

« Mais, c'est nécessaire parce que dans notre métier, en tant qu'interniste on a besoin d'une grande adaptabilité, d'une grande flexibilité. Parce qu'en tant qu'interniste on a en permanence à prendre en charge des choses sur lesquelles on peut être pas trop à l'aise » Jean

« Et avoir cet aspect on va dire polyvalent et global pendant l'internat, je trouve que c'est bien. Donc, passer dans plusieurs spés pour moi, ça me semble indispensable. » Edouard

« Et on a quand même ce truc dans l'internat de médecine interne, où on arrive euh à identifier les situations où on sait pas du tout. […] » Théo

3) Intégration dans une communauté médicale

a. Identification en tant qu'interniste par les autres spécialités

Lors des nombreux passages dans les stages hors filière, les internistes se confrontaient aussi à l'image qu'avait les autres de leurs spécialités.

Ce qui ressortait du discours était **notamment la gestion de problématique inhabituelle** *« c'est pas une problématique de leur organe »* , **nécessitant une certaine curiosité** *«… à chaque fois qu'il y avait une hyponatrémie on venait me chercher » « Mais vous vous êtes curieux , ça va vous intéresser ».*

« Bah en tout cas mon expérience ça a été euh … à chaque fois qu'il y avait une hyponatrémie on venait me chercher.» Théo

« Parfois on a peu le « Mais vous vous êtes curieux , ça va vous intéresser.» Edouard.

« Pendant l'internat, ce sentiment bah tu l'avais quand … tu passes dans une spé et que euh … bah euh la problématique qu'ils ont, c'est pas une problématique de leur organe.» Jean

Cela se traduisait aussi par des **attentes différentes des seniors** en comparaison aux autres internes, avec des **explications et des exigences** parfois plus poussées.

« Je pense qu'ils me proposaient plus d'explications quand j'avais des questions » Olympe

« Mon chef me disait « Bah non, faut que tu cherches, t'es interniste » euh … » Théo

Les internes rapportent **une vision plutôt positive par les autres services** *« et les services » « aux urgences » ,* avec **une confiance** *« t'as le chef qui soupire et qui fait « Cool. », « ils sont toujours saucés » « « bien gérée »* **dans les internistes en général** *« quel que soit ton semestre » « toujours ».*

« Quand t'arrive aux urgences, quel que soit ton semestre et que tu dis que t'es interniste, t'as le chef qui soupire et qui fait « Cool. ». Olympe

« Et les services ils sont toujours saucés de savoir qu'il y a un interniste qui va gérer la salle. Parce qu'ils savent que la salle elle va être bien gérée. » Jean

Une certitude « parce qu'on le fera de toute manière toujours le travail » qui permettait parfois **un déplacement de certaines responsabilités** *« tendance à se dédouaner des patients » « quand les spés ne peuvent pas prendre leurs patients »* sur la médecine interne. Les réactions allaient du **sentiment de manque de reconnaissance de leurs compétences** *« poubelle » « C'est trop dur d'entendre ça » « pas forcément de … de considération pour l'essentiel de notre spécialité » « ça pourrait aller à tout le monde en fait »*, **une résignation** *« mais du coup tu fais avec »* à l'**intégration dans les missions de la spécialité** *« j'ai envie de dire oui ».* Cela signifiait pour chacun les limites de l'exercice de la polyvalence dans leurs pratiques professionnelles.

« Le nombre de fois où j'ai entendu : « Ouais bah on les met dans les services poubelles. » C'est trop dur d'entendre ça. Fin … Effectivement on récupère plein de choses ! Mais tu vois ça veut bien dire que euh … qu'il y a pas forcément de … de considération pour l'essentiel de notre spécialité parce qu'on le fera de toute manière toujours le travail, et un travail bien fait. » Zoé

« Le côté polyvalent les gens ont tendance à le prendre […] quand on sait pas trop quoi faire on va le mettre là-bas même si il y a rien, même si il y a rien à faire, il y a juste à attendre quoi. Fin je pense pas que ce soit … fin je… je sais pas si c'est le souci de notre service mais les autres services ont tendance à se dédouaner des patients en disant que ça peut aller pour nous. Alors qu'en fait ça pourrait aller à tout le monde en fait. » Olympe

« fin je sais pas si la médecine polyvalente c'est quand les spés ne peuvent pas prendre leurs patients parce qu'on avait quand même beaucoup de ça. […] . Ca je trouve que c'est quand même un peu… bon limite mais du coup tu fais avec. » Sarah

« À (ville CHU), j'ai envie de dire oui parce que souvent, c'est un peu le seul (service) qui s'en occupe.» Edouard

b. Relations avec les pairs

Le soutien *« Bah viens on va prendre un café », « pour que ça retombe pas sur nous »***de la part de co-internes** *« les vieux internes »* était **important** *«ils ont été géniaux »* d'autant plus dans **les situations difficiles** *«les petits nouveaux qu'étions déjà sous l'eau » « qui des fois m'ont retrouvé en pleurs euh dans le bureau »*

« Et du coup les vieux internes ce sont arrangés pour que ça retombe pas sur nous, les petits nouveaux qu'étions déjà sous l'eau avec le secteur court, des patients moins lourds donc eux ils ont pris le tarif à fonds mais vraiment incroyable, ils ont été géniaux » Zoé

« Ouais bah avec mes co-internes déjà, qui des fois m'ont retrouvé en pleurs euh dans le bureau euh… qui m'ont dit « Bah viens on va prendre un café, on va discuter. » Alizée

L'absence de soutien *« qui nous a laissé »,* **voir le dénigrement** *« j'étais qu'une glandeuse »* **figurait parmi les moments affectant le plus les internes** *« j'avais un peu un syndrome de persécution » « je m'étais même posé la question d'arrêter médecine ».*

« J'avais un peu un syndrome de persécution où les jeunes chefs, fin notamment la Dr Junior qui était là à ce moment-là qui a un peu … fin c'est clairement elle qui nous a laissé en bas avec 12 patients » Sarah

« En gros euh ils m'ont dit texto hein, en face to face euh que j'étais qu'une glandeuse euh, que je faisais exprès partir plus tôt euh … qu'en gros j'y mettais de la mauvaise volonté et tout et euh … et ouais, c'était super dur ce semestre. [...] , et tu vois je m'étais même posé la question d'arrêter médecine tu vois en fait» Zoé

Les interactions avec les co-internes de médecine interne était décrites comme **plus rares mais précieuses** *« informations utiles »* , tant sur **la transmission d'informations pratiques** qui pouvaient modifier leur trajectoire professionnelle *« Ça m'a … fait éviter certain stage » « des retours d'expérience sur la thèse, quand faire un DU tu vois, quand claquer sa dispo »* que **le soutien** «soutien moral ». Pour Jonathan cela renforcait son sentiment d'appartenance à une communauté « Donc je pense que j'aimerais bien, avoir plus de cohésion ».

« Donc je pense que j'aimerais bien, avoir plus de cohésion […] (Pour rajouter) Et bien du soutien moral. […] Et pour les informations utiles quoi. Tu sais par exemple des retours d'expérience sur la thèse, quand faire un DU tu vois, quand claquer sa dispo, tu vois. » Jonathan

« Et après, tu as plus de discussions un peu informelles avec les internes plus vieux, le référent de la spé […] Ça m'a … fait éviter certain stage.» Edouard

Certaines interactions pouvaient être également l'occasion de **développer une démarche diagnostique commune** ,**voir être l'occasion de la construction d'un projet professionnel.** Cela contribuait à **renforcer leur identité professionnelle.**

« En fait on a commencé à taffer les dossiers […] Et en fait on réfléchissait ensemble » Jonathan

« Souvent, j'ai demandé des petits avis, des petits tips […] C'était assez pratique. Et après, ensemble sur la réflexion diagnostic, ouais, c'était cool » Edouard

*« Et le projet de notre Docteur junior c'était justement de remonter ce service […] Quand le service s'est cassé la gueule on (avec sa co-docteure junior) aimait tous les deux le service de **(périph1)** et du coup on s'est dit « Ah, pourquoi on le remonterait pas ? » Jean*

4) Intégration dans un système hospitalier

a. Adaptation au fonctionnement d'équipe

La collaboration interdisciplinaire *« avec plein d'acteurs différents »* permettait le développement de leur vision de la *« prise en charge globale »* et de la médecine. Ce qui relevait de l'**adaptation du lieu de vie** du patient s'intégrait dans sa vision globale, particulièrement dans le cadre d'un exercice polyvalent *« cet aspect de la polypath ».* **La collaboration avec** *« l'équipe paramed » « les équipes » « les infirmiers et les aides-soignants » « mais enfaite on est une équipe quoi »,* était **indispensable à leur exercice** *« je suis rien sans » « Il y a le contact avec les équipes aussi »* et à un **environnement de travail de qualité** *« avec qui je m'entendais bien » « ça me paraissait essentiel de tisser des liens » « bon feeling avec les équipes ».* Cela marquait leur identité professionnelle *« en général », « moi je considère que ».*

« Où en plus tu as cet aspect de la polypath où tu vas parler avec plein d'acteurs différents que ce soit l'ergo, le kiné, l'assistante sociale pour organiser la suite. Du coup une prise en charge globale du patient » Jonathan

« Je suis retourné dans le même secteur, donc j'ai retrouvé l'équipe paramed euh … avec qui je m'entendais bien, d'ailleurs. » Edouard

« Il y a le contact avec les équipes aussi. En général j'ai un bon … j'ai un bon feeling avec les équipes. » Alizée

« Mais aussi parce que je considère que je suis rien sans les infirmiers et les aides-soignants en fait./ Je leur dis quoi faire et tout mais enfaite on est une équipe quoi, donc ça me paraissait essentiel de tisser des liens » Marianne

La collaboration entre les chefs favorisait la projection dans un fonctionnement de service et dans leur futur professionnel.

« C'est là où j'ai commencé à me projeter sur l'après internat aussi tu vois. […] Vraiment ça fonctionnait hyper bien tous les quatre (chefs) quoi fin vraiment … » Marianne

La collaboration avec les autres spécialités s'intégrait dans une certaine vision du rôle dans le système de soins en tant que (futur) professionnel.

« Alors qu'en fait on redirige beaucoup […] D'un autre côté c'est notre taff et c'est ça qui moi me fait plaisir maintenant »

« Moi je sais où est la place des internistes euh … mais l'interniste ne sais pas tout hein. Mais euh bon… on sait des choses, que les autres ne savent pas. Et inversement. […] On est tous complémentaires les uns des autres. » Jean

b. Le fonctionnement hospitalo-universitaire éprouvait leur résistance

Le fonctionnement hospitalo-universitaire, où les participants passaient une grande partie de ses stages dans l'internat de médecine interne *(cf description des caractéristiques)* était synonyme pour la plupart **d'une charge de travail importante.** Les raisons multiples évoqués de cette charge n'ont pas été développés ici, mais plutôt les réactions des internes à celle-ci.

Elle pouvait être **intégrée avec une certaine résilience à leur fonctionnement**, ou **rejetée.**

« Depuis le premier semestre, ça va un peu mieux, mais euh …. j'ai toujours fait des gros horaires et ça m'a jamais trop dérangé. » Edouard

« Finir de taper des dossiers à 23h […] et tu te dis « Putain c'est le troisième mois, est-ce que je ferais pas un doit au remord ? » Jonathan

« que c'est des cas beaucoup plus lourds, beaucoup plus compliqués donc j'ai pas du tout envie d'y être et euh … et euh … et ça me stresse plus qu'autre chose. » Alizée

Le CHU était parfois le lieu d'une **certaine culture** *« dans ce genre d'ambiance » «comme milieu. »* **, qu'ils estimaient incompatible avec leur bon fonctionnement professionnel** *« dysfonctionnels » « je m'étais même posé la question d'arrêter médecine » « c'est toxique en fait ».*

« Mais les gens qui restent au CHU dans ce genre d'ambiance soit c'est parce que déjà ils sont… euh dysfonctionnels, à un certain point ou alors ils le deviennent pour survivre tu vois » Marianne

« Et tu vois je m'étais même posé la question d'arrêter médecine tu vois en fait je me suis dit « Ah ouais, ça peut être ça ? Bah moi en fait c'est mort, c'est toxique en fait comme milieu. » Zoé

5) Expériences professionnalisantes

Ce sont des moments marquant que les internes racontaient qui permettait de **définir certaines limites de leur futur rôle de professionnel de santé**, et donc avaient leurs places dans leur formation identitaire.

Via une collaboration interprofessionnelle, durant la période Covid pour Marianne qui lui permet de réaliser l'importance du collectif et de la reconnaissance des compétences et de l'autonomie par ses collègues dans sa vie professionnelle, et **durant un stage en inter-CHU en territoire d'outre-mer pour Edouard** qui mettait en valeur l'importance des relations amicales avec ses collègues, et la valorisation du savoir-faire pratique.

*« Moi c'est ce moment là où j'ai réalisé à quel point c'était important de travailler dans des équipes qui fonctionnait ensemble **[…]** Et du coup, bah enfaite on était vraiment d'égal à égal, on était des alliées tu sais […] Donc là je me suis vraiment sentie à ma place. » Marianne*

« Euh … et travailler dans une petite équipe, avec des gens que t'apprécies en dehors, euh ça m'a bien plu. […] La seule chose, c'était que le TEP, tu l'avais, mais en Australie […] ça nous poussait à être peu plus pointu dans ton examen clinique, euh … dans ton raisonnement, tout ça » Edouard

Via des situations de soins, où l'interne était au cœur **de la résolution diagnostique** permettant d'être à l'initiative d'une action concrète diagnostique ou thérapeutique

« Donc moi j'ai juste observé le machin (un rash cutané) […] Et dans ma tête c'était « Bah il faut qu'on biopsie ! » […] Donc bim on a biopsié, et bim diagnostic de lymphome T cutané […] Et de me rendre compte que c'est le taf que j'ai envie de faire tu sais, c'est vraiment d'être diagnosticien. » Jonathan

« j'ai fait un diagnostic d'un syndrome parkinsonien chez un patient qu'avait un Covid absolument grave et ça m'avait marqué parce que bah … Bah déjà c'est cool de faire un diagnostic dans tes premières semaines d'internat […] et bah la sanction thérapeutique, bah tu connais c'est la lune de miel chez les parkinsoniens, c'était vraiment cool. […] c'est un truc où je me suis dit : ouais j'ai cherché et j'ai trouvé, et je trouve que c'était un truc qui correspondait un peu à ce que je me disais de ma spé à ce moment-là. » Théo

Ou encore lors de **situations cliniques complexes** comme celle décrite par Alizée, avec **l'annonce d'une limitation des thérapeutiques actives à l'entourage d'un patient** était synonyme d'un certain malaise dans le rôle de soignant. Elle décrivait son **incompréhension de la prise en charge médicale**, responsable d'**une sensation d'impuissance** qui ont impacté **sa perception de compétences à prendre en charge des patients, à être médecin.**

> *« On a eu un décès que j'ai assez mal vécu, ce qui a fait qu'ils m'ont changé de chef. […] Moi je me suis sentie nulle à ce moment-là, et incapable de prendre en charge les patients. Et il l'a mise en soins pal, et moi j'ai juste, j'étais juste là pour sa famille. Elle qui euh, qui comprenais pas trop pourquoi elle était morte quoi. Donc j'ai pas su quoi leur dire. » Alizée*

6) Formation identitaire professionnelle au cours de l'internat de médecine interne

La période de l'internat offrait l'opportunité aux internes de se développer et d'affronter de nouveaux aspects de leur identité professionnelle. Des moments similaires étaient évoqués par les internes, appelés ici « moments-clé ».

Nous les considérions significatifs quand ils étaient cités spontanément par l'interne sans orientation par l'investigateur. Nous prenions également en compte certains éléments si ils apparaissaient à plusieurs reprises dans le discours de l'interne ou une fois dans plusieurs entretiens, si l'interne en soulignait l'importance de lui-même, où exprimait des sentiments forts associés (comme le ressentiment, la joie, la frustration, …). Nous retracions également lorsqu'était explicitement cité l'adéquation, la négociation ou le rejet de valeurs professionnelles durant ces moments.

Cela permettait de considérer ces moments comme clés, car semblant impacter le vécu de leur construction de l'identité professionnelle du participant. Des éléments n'ayant pas directement lieu durant l'internat (comme certaines représentations de la médecine interne *a priori*) étaient cités seulement si l'interne en faisait le rappel durant le récit du vécu de son internat, ou qu'il marquait un changement de position.

On propose ici un schéma récapitulatif imageant ces principaux moments-clés **(Annexe 3)**

a. Un internat en deux temps

Au fur et à mesure des entretiens s'était dégagé une notion nouvelle, celle d'un internat de médecine **interne divisé en 2 temps**. Il y aurait une **première partie tournée vers la polyvalence**, intégrant les multiples phases d'adaptations nécessaires lors des stages libres, qui préparerait **une deuxième partie formant à la gestion des maladies rares**.

> *« Et que t'étais … déjà dans une phase euh d'apprendre d'abord à être interne, avant d'apprendre à être interniste. Et euh … On est obligés de passer par cette phase-là : de polyvalence, de faire plein de spés différentes pour acquérir euh une vision d'ensemble plus large » Jean*

Le moment de transition entre ces deux stades se situait lors **du premier stage en médecine interne,** qui incluait la gestion d'hospitalisations de jour ou de semaine, la réalisation de consultations, ainsi que la gestion des appels pour des avis *(Cf. découverte de la spécialité « médecine interne »)*.La position de ce stage dans le parcours d'internat variait selon les participants, se situant entre le 6e semestre et le premier stage en tant que Docteur Junior. Il marquait le début d'une seconde phase de l'apprentissage de la médecine interne, dont l'approfondissement se poursuivait durant le post-internat.

> *« La vraie médecine interne ça se voit : en HDJ, ça se voit en consult' euh … et ça se voit très peu en hospit'. » Jean*

> *« Et hm … Les seuls regrets je dirais que j'ai c'est qu'on a pas du tout euh …. On a pas de passage en hôpital de jour, où avec le téléphone d'avis fin vraiment on fait que de la salle en fait pendant l'internat à (CHU) […] j'aurais bien aimé avoir un petit peu… de voir autres choses juste de ma spécialité avant d'arriver au DJ quoi. » Olympe*

> *« Et eux ils sont dans une optique où en fait, tu apprends les autres spés pendant ton internat et tu apprends la médecine interne euh … après l'internat. Pendant ton clinicat ou ton assistanat. » Edouard*

b. Représentations de la médecine interne

En considérant les différents rapports entretenus avec la spécialité un spectre continu se dégageait entre la gestion des patients polypathologiques et l'expertise en maladies multi systémiques. Les internes envisageaient pour la plupart un exercice se situant à la croisée de ces deux aspects, avec trois des participants qui cependant envisageaient faire une autre spécialité.

« qu'il y avait tout ce qui me plaisait donc à la fois des cas complètements chelous où il fallait trouver ce qu'ils avaient et puis de la polypath sympa » Jonathan

« Mais moi je t'avoue j'aime les deux. J'aime euh … j'aime la médecine générale à l'hôpital, La médecine polyvalente. Et j'aime euh … l'immuno. […] Parce que j'aime aussi cette complexité physiopath, ces différentes atteintes. Et puis il y a quelque chose de stylé, dans les maladies du système immunitaire c'est que, bah elles touchent tous les organes » Jean

« Euh … j'ai pas de préférences. J'adore la médecine polyvalente, j'adore l'immuno » Théo

« Après, fin je m'imagine comme quelqu'un qui fait … quand même à terme, plutôt de la médecine tout-venante. » Edouard

« Et t'essaye de trouver l'intérêt dans toute la med po, et je pense que j'ai … et les chefs là-dessus sont très aidants. […] . Où parfois pour les avis quand on a un peu de temps ils nous enmènent pour qu'on se fasse notre avis, ils nous donnent le petit truc quoi, qu'on ai l'impression de … d'avoir le versant immuno. » Olympe

Des mots se rattachant à chacun des aspects ont été utilisés pour illustrer les principales notions que les internes associaient à chacune d'entre elles.

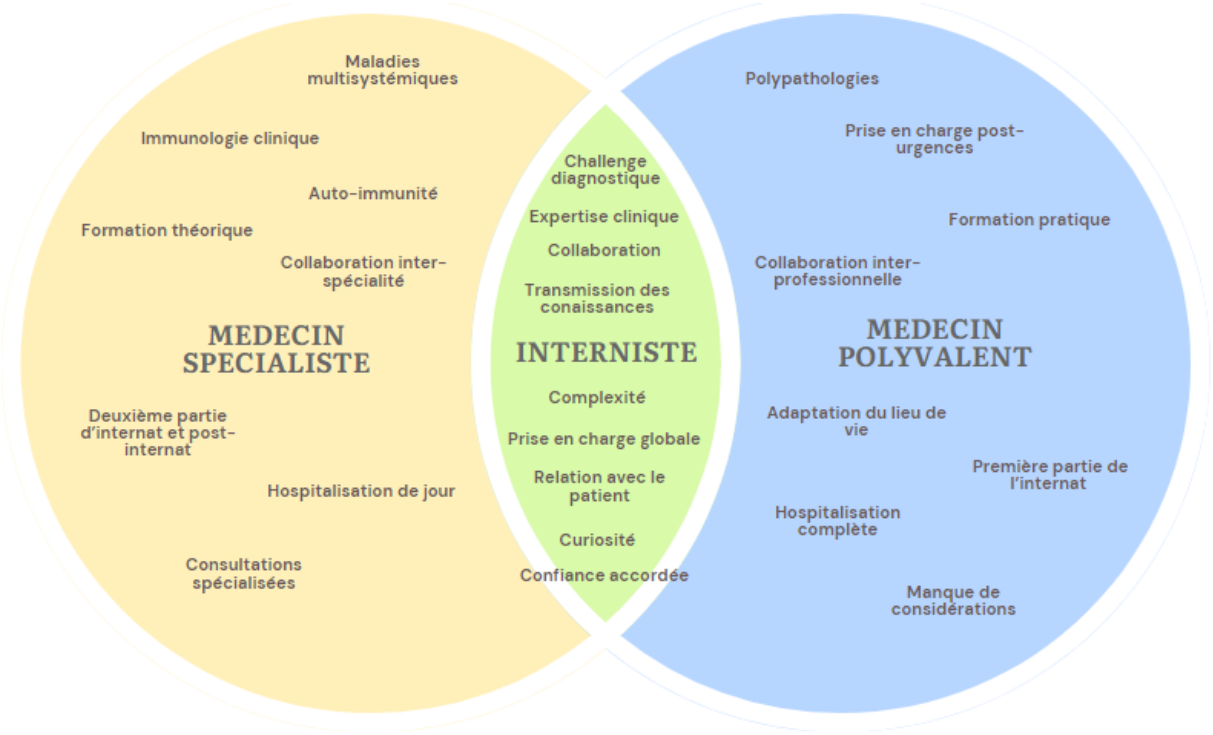

Figure 3 – Diagramme de Venn : Représentation intégrative de la médecine interne

IV. Discussion

1) Synthèse des résultats

Cette étude avait pour objectif de décrire, pour mieux comprendre, la formation de l'identité professionnelle durant l'internant de médecine interne.

Notre travail mettait en évidence des éléments fondateurs de l'identité professionnelle que l'on décrivait sous forme de moment-clés. Ils étaient déjà abordés dans la littérature existante, à l'exception des particularités spécifiques à l'internat de médecine interne (4,15,16) dans la littérature déjà existante, à l'exception des particularités spécifiques à l'internat de médecine interne. Les participants mettaient en avant les influences positives et négatives de modèles inspirants, ainsi que de leurs chefs. Les étapes du cursus académique étaient décrites comme des moments symboliques de questionnement identitaire : comme le choix à l'ECN, les entretiens avec les responsables du DES, le choix du sujet de thèse et de son directeur ainsi que leur avancée dans la maquette de l'internat. Cette maquette était divisée en deux étapes, l'une complémentaire de l'autre. Ils décrivaient un « stage de spécialisation en médecine interne » qui marquait l'entrée dans un phase de leur formation professionnelle axée sur la « spécialisation en immunologie ». Leurs rapports à leur formation théorique étaient déterminants au vu de l'absence de formation pratique à « la vraie médecine interne ». Leurs formations prenaient des formes et des orientations variées en fonction des compétences que les participants jugeaient essentielles pour leur pratique professionnelle. Leurs récits étaient également marqués par l'assimilation plus ou moins importante d'une certaine culture hospitalo-universitaire à leur identité professionnelle. Les interactions avec les spécialités différentes permettaient de s'identifier, ou non, aux représentations qu'avaient leurs pairs de la médecine interne. Les relations avec leurs pairs étaient particulièrement marquantes, surtout lorsqu'elles étaient vécues négativement. Enfin, certaines expériences en stage appelées ici les expériences professionnalisantes, permettaient également d'identifier des valeurs centrales pour les interrogés.

Ces récits partagés au cours des entretiens permettaient de dégager une représentation de la médecine interne via les caractéristiques communes retrouvées dans le discours des participants. Il ne s'agissait pas là d'un objectif de cette recherche, mais établir les normes et un vocabulaire relatif à l'interniste et la médecine interne permettaient aux interrogés de s'en

éloigner ou de s'en rapprocher. Les internes y associaient des caractéristiques particulières, notamment via les moments clés évoqués ci-dessus. Plus il se représentait clairement les compétences à acquérir pour leur futur profession, plus il était facile pour eux de s'imaginer en tant que professionnel. Comme le décrit ici une des participantes, dans le cadre d'un entretien avec des chefs de médecine interne lorsqu'elle était externe : « Qui expliquait plutôt bien que l'internat de médecine interne ça allait être très chouette mais qu'il fallait être prête à faire beaucoup de salle après, et que c'était pas forcément des internats de haut vol avec des maladies rares » Olympe. L'évocation du futur en tant que professionnel de santé en était facilitée.

La visualisation d'un internat en deux parties était commune aux récits identitaires professionnels des participants. Dans un premier temps, les internes accumulaient des expériences à travers des stages dans diverses spécialités. Cela était perçu comme « indispensable » pour développer leur polyvalence. La gestion d'une HDJ ou d'une HDS et les premières consultations, marquait le début d'une deuxième phase. Les participants pouvaient anticiper la venue de ce changement avec enthousiasme et motivation, sauf ceux qui questionnaient leur intérêt pour l'immunologie clinique. Ceux qui s'imaginait devenir interniste, prévoyaient que cette acquisition de compétences en immunologie se poursuive après l'internat.

2) Les limites

Les entretiens et l'analyse des résultats étaient réalisés par un seul investigateur. L'appartenance de l'investigateur à la population étudiée pouvait limiter la réflexivité nécessité par l'analyse. Une triangulation de l'analyse permettrait d'affiner celle-ci et d'augmenter la réflexivité. L'apport par un ou plusieurs investigateurs indépendants de la spécialité, voire de la profession médicale semblerait pertinent.

D'autre part les réponses des participants étaient marquées par un biais de rappel, avec parfois des évènements remontant à plusieurs années. On pouvait remarquer que leurs impressions actuelles s'intercalaient dans leurs récits, ce qu'il était parfois difficile de mettre en évidence(34). La réalisation d'entretien en personne (parfois en visio-conférence) pouvait diminuer ce biais, comme le mentionne cette étude publiée en 2015 concernant (35) Les événements émotionnellement marquants renforçaient leur capacité de mémorisation,

particulièrement ceux vécus difficilement (36). Ceux dont les valeurs personnelles étaient déjà alignées avec celles de la profession au début de leur internat semblaient mieux le vivre et axaient leurs récits sur les moments « positifs ».

En tant qu'étude axée sur la socialisation pendant l'internat sous l'angle de l'identité professionnelle, il semble important d'apporter des nuances sur le plan sociologique. Comme le rapportait une méta-analyse publiée en 2019 (37), d'études sur la formation de l'identité professionnelle dans les études médicales, infirmières et les études de psychologies, seulement 10 études sur les 92 étudiées prenaient en compte les données socio-culturels dans leurs analyses (telle que le genre, l'ethnicité, la catégorie socio-économique …). Il est pourtant montré qu'ils influencent de manière importante notre profession(38,39). On pourrait imaginer en ce sens un complément d'études avec les mêmes participants ou en réalisant d'autres entretiens.

A noter également que la méthode de recrutement, et la réalisation d'entretien pouvait également représenter un biais de sélection. Le fait d'avoir obtenu un entretien via la liste des inscrits à l'Association des Jeunes Internistes (AJI) pouvait induire un biais : un interne ne se projetant pas dans la poursuite de ses études en médecine interne étant moins susceptibles de s'inscrire à l'association. La méthode « boule de neige », méthode d'échantillonnage piloté par les répondants, avait pour but de limiter cet écueil. Mais elle s'expose à d'autres biais potentiels: la tendance à conseiller des personnes similaires issues d'un même groupe, à adapter en fonction de la relation établie entre l'investigateur et l'interviewé, la nature des échanges durant l'entretien ou encore la manière de formuler la demande (40). Dans l'étude, le sujet était abordé en fin d'entretien, dont la longueur allait de 35 minutes à presque deux heures ce qui pouvait favoriser la construction d'une relation de confiance avec les participants. Les garanties d'anonymats rappelées et détaillées au début et à la fin de chaque entretien pouvaient également renforcer ce fait. Dans l'objectif de réaliser des entretiens compréhensifs(26), l'investigateur pouvait partager ses propres expériences ce qui favorisait les échanges.

3) Retours sur la maquette de l'internat

Ce parcours d'internat de médecine interne était apprécié par les internes. Il leur était de plus possible d'orienter leurs choix de stage pour se destiner à un exercice différent de la médecine

interne comme l'infectiologie, ou la médecine d'urgences si un droit aux remords s'avérait impossible.

Les retours faits par les interrogés semblent en accord avec les résultats des quelques études réalisées en ce sens depuis l'établissement du DES de médecine interne (25,41–43). La liberté des stages permettant un champ vaste d'exploration, répondant à l'exigence de polyvalence.

Les répondants avaient tendance à éluder les moments vécus difficilement *« Fin il y a des moments compliqués comme tous les stages quoi mais … »,* avec l'utilisation de figures d'atténuation comme la litote *« ça m'avait un peu dégoûté », voire des euphémismes « l'ambiance a pas été hyper euh … bienveillante »*. L'utilisation d'ellipses était également fréquente, pour évoquer une idée sans la formuler complétement. Cela traduisait une forme de résilience par rapport aux épreuves de leurs internat, que l'on retrouve dans l'ensemble des discours des répondants. Il nous semblait pertinent de mettre en lumière les différentes phases de transition qui mettaient à l'épreuve cette résilience, peut-être plus que dans d'autres parcours d'internat. Certains pouvaient rapporter explicitement l'angoisse anticipatoire générée par ces étapes, mais ce n'était pas prédominant dans le discours des internes . Cette capacité était intégrée dans leur cursus médical et, plus largement, dans une culture médicale où cette aptitude semble essentielle à l'exercice de la profession (44–46).

Certains participants considéraient que l'internat les préparait surtout à la gestion de patients en hospitalisation complète *« Parce qu'en fait un interniste en fin de formation ça gère bien une salle ».* D'autres se rendaient compte que les internistes avaient tendance à s'orienter vers d'autres domaines, en emportant avec eux le bagage fourni par la formation d'interniste *« Et il n'y a eu aucun droit aux remords, il y en avait quand même pas mal qui quittaient la spé. C'est-à-dire qu'ils faisaient le DES médecine interne, mais après ils devenaient je ne sais pas, réanimateurs, infectiologues ou euh … rhumatologues même. »* Cela semble s'inscrire dans la longue histoire de la médecine interne, et faisait écho à cette étude en 2011, où 70% des internistes s'inscrivaient à des DESC (dont 68% en infectiologie ou en gériatrie). Ou encore celle-ci, où les internes s'orientaient plutôt vers une activité de DESC (67/79) en plus de celle d'interniste, voir exclusivement pour une partie (11/67)

Certains éléments évoqués se retrouvaient dans l'étude de Martin Sievert (46), qui avait notamment identifié des groupes de personnalités, dont le groupe « Investigateur », parmi 169

internes américains du Midwest. Ce groupe comportait une part significative d'internistes (43%), où il se dégageait notamment un fort esprit de coopération (selon les échelles du *Temperament and Character Inventory TCI*). Celle-ci était au cœur de nombreux moment-clés dans cette étude.

Dans le discours des interrogés, le terme « médecine interne » était associée à l'immunologie clinique. Les maladies génétiques, les maladies métaboliques et des troubles somatoformes (qui représentent 5% des consultations de médecine interne (22)) n'était pas cités spontanément par les internes. La pratique de leur spécialité durant l'internat était essentiellement « polyvalente », avec une activité d'immunologie clinique considérée comme rare.(47). Cette activité suscitait parfois un sentiment de manque de reconnaissance de la part des autres spécialités. Les états généraux de la médecine interne qui se sont tenus en 2023 donnaient des pistes quant à l'intérêt de l'implication des internistes dans les recherches en médecine polyvalente pour revaloriser ces compétences auprès de la communauté médicale

Promouvoir cette ouverture représenterait une occasion de redynamiser cette spécialité aux yeux des futurs internes (-13 places au classement des spécialités l'année 2023/2024 (48)).

4) Intérêts d'une démarche réflexive dans la formation identitaire

Le récit de certaines expériences, et les questions posées invitaient les participants à une réflexion active sur leurs parcours. La réflexion est décrite dans cet article (49) comme l'exploration active et intentionnelle de la manière dont les expériences et les insights offrent de nouvelles compréhensions de son propre développement. Elle participe en ce sens à la construction identitaire(4). Le fait d'élaborer et de raconter permet de donner du sens à son expérience, d'y insuffler une certaine cohérence ou une perspective nouvelle. Cela se manifestait, par exemple, dans notre étude par l'expression de souhaits des participants visant à améliorer leur internat : comme l'organisation de rencontre entre pairs de la spécialité pour renforcer la cohésion, favoriser les rencontres informelles avec les chefs ou encore le souhait de pouvoir construire un encadrement personnalisé en collaborant avec leurs chefs.

> *« Donc euh, par exemple pour des CV : Un point par jour, avec des chefs qui te font confiance ça pourrait complètement m'aller » Jonathan*

La réalisation de l'étude pouvait ainsi s’inscrire dans cette « démarche réflexive », participant elle aussi à la formation identitaire des participants comme de l’investigateur.

V. Bibliographie

1. Holden M, and al *Professional Identity Formation in Medical Education: The Convergence of Multiple Domains.* HEC Forum. 2012

2. Cruess RL, and al *A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators*. Acad Med. 2015

3. Kilminster S, and al *Preparedness is not enough: understanding transitions as critically intensive learning periods.* Med Educ. 2011

4. Moseley LE, and al. *Exploring the evolution of professional identity formation in health professions education.* New Dir Teach Learn. 2021

5. Barbotin B, and al. *Réforme du 3e cycle des études médicales : à la recherche du temps perdu.* Inf Psychiatr. 2015

6. DGESIP. *Reforme 3e cycle des études de médecine*. Présentation presented at; 2017

7. Holubar K. and al *Origin of the term internal medicine*. Journal of the American Academy of Dermatology. 1984

8. De la Blanchardière A. *Histoire de la médecine interne*. La Revue de Médecine Interne. 1994

9. *The Inner History of Internal Medicine*. [consulté le 6/08/2024]. Available from: https://www.degruyter.com/document/doi/10.9783/9781512804294006/pdf?licenseType=restricted

10. Fitz R and al, *The Rise of the Practice of Internal Medicine as a Specialty*. The New England Journal of Medicine, 1950

11. Salerno SM, and al. *Patient perceptions of the capabilities of internists: a multi-center survey*. 2001

12. Romaní-Romaní F and al. *Knowledge and perception of users on roles of internal medicine specialty and medical internists.* La Referancia, 2009

13. Pottier P, and al. *Analyse des pratiques des spécialistes de médecine interne : une enquête transversale descriptive nationale*. Rev Médecine Interne. 2004

14. Pottier P. *Analyse des pratiques de l'interniste : complexité de la décision*. Rev Médecine Interne. 2005

15. Monrouxe LV. *Identity, identification and medical education: why should we care?* Med Educ. 2010

16. Jarvis-Selinger S,and al. *Understanding Professional Identity Formation in Early Clerkship: A Novel Framework*. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2019 .

17. Schmidt J, et al. *Le DES de médecine interne 10 ans après sa création. Résultats de l'enquête réalisée par l'Association des jeunes internistes.* Rev Médecine Interne. 1993

18. Roux X, Puyade M, Aumaître O. *La formation en médecine interne vue par les jeunes internistes*. Rev Médecine Interne. 2011

19. Diot P. *Etudes de médecine en France : comment sortir d'un si profond malaise?* La Presse Médicale. 2017

20. Diot P, Arnault E. *La qualité de vie des étudiants en santé : un enjeu majeurs pour les universités.* La Presse Médicale. 2019;

21. H, magazine de l'ISNI, *Dossier : Résultats de l'enquête sur la santé mentale.* 2017;17:p17–21.

22. Sève P, Mouthon L. *États généraux de la médecine interne : pour une meilleure connaissance et reconnaissance de notre spécialité.* Rev Médecine Interne. 2023 Dec 1;44(12):629–31.

23. Boinet JP, Pierru F. *Plaidoyer pour la médecine interne. Regards croisés d'un sociologue et d'un interniste sur l'avenir de la médecine interne.* Rev Médecine Interne. 2010 Nov;31(11):788–91.

24. Samson M, et al *État des lieux de l'enseignement théorique et pratique de 3 e cycle de médecine interne en France : résultats d'une enquête nationale*. Rev Médecine Interne. 2017 May;38(5):300–6.

25. Grange L, Chevalier K, Azoyan L. *Premiers Docteurs Juniors : état des lieux à un an de la mise en place de la phase de consolidation au sein du DES de médecine interne et immunologie clinique*. Rev Médecine Interne. 2022 Dec 1;43:A342–3.

26. Kaufmann JC. *L'entretien compréhensif,* Armand Colin; 2016

27. Lebeau JP, Aubin-Auger I et al. *Initiation à la recherche qualitative en santé,* CNGE, Global Média Santé.

28. Oude Engberink A, and al *La méthode phénoméno-pragmatique: Une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé*. Exercer. 2013 Jan 1;105:4–11.

29. Bourrel G. *La phénoménologie sémiopragmatique en recherche qualitative. L'analyse de verbatim en sciences humaines de la santé.* Recherches qualitatives.2023;27:7-23

30. Oude-Engberink A, Bourrel G. *En quoi la méthode phénoméno-sémiopragmatique inspirée de CS Peirce apporte des réponses à la tension entre rigueur scientifique et créativité?* Recherches qualitatives.2016;20:472-486

31. Oude Engberink A,and al. *Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes.* Pédagogie Médicale. 2011 Nov;12(4):199–212.

32. Bourrel G. *Analyse phénoménologique d'une étude sur le surpoids en médecine générale. L'apport de la pragmatique.* Recherches qualitative. 2008;6:87-103

33. AJI. Médecine interne et immunologie clinique, ISNI. 2020 [consulté le 20/07/2024]. http://www.futur-interne.com/guide/medecine-interne-et-immunologie-clinique/

34. Calvillo DP. *Working memory and the memory distortion component of hindsight bias. Memory.* 2012 Nov 1;20(8):891–8.

35. Brusco NK, Watts JJ. *Empirical evidence of recall bias for primary health care visits*. BMC Health Serv Res. 2015 Sep 15;15(1):381.

36. Berntsen D. *Tunnel memories for autobiographical events: Central details are remembered more frequently from shocking than from happy experiences*. Mem Cognit. 2002 Oct 1;30(7):1010–20.

37. Volpe RL, and al. *Is research on professional identity formation biased? Early insights from a scoping review and metasynthesis*. Med Educ. 2019;53(2):119–32.

38. Brown MEL, and al. '*Too male, too pale, too stale': a qualitative exploration of student experiences of gender bias within medical education.* BMJ Open. 2020 Aug;10(8):e039092.

39. Arnoux S. *The impact of gendered experiences on the career choice of swiss medical students: A qualitative study protocol*. PLOS one. 2024

40. Navarrete MS, and al. *Respondent-driven sampling: Advantages and disadvantages from a sampling method.* Medwave. 2022 Feb 23;22(01):e002528–e002528.

41. Mouthon L. *La réforme du troisième cycle des études médicales : quelle évolution pour la médecine interne ?* Rev Médecine Interne. 2017 Jun;38(6):355–7.

42. Chevalier K, et al. *Attractivité du DES de médecine interne et immunologie clinique en France : évolution et constats.* Rev Médecine Interne. 2024 Jun 1;45:A99–100.

43. Carlsson Y, and al. *Junior doctors' experiences of the medical internship: a qualitative study.* Int J Med Educ. 2022 Mar 23;13:66–73.

44. Robertson HD, et al. *Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review*. Br J Gen Pract. 2016 Jun;66(647):e423–33.

45. Howe A, and al. *Towards an understanding of resilience and its relevance to medical training.* Med Educ. 2012;46(4):349–56.

46. Sievert M, and al *The influence of temperament and character profiles on specialty choice and well-being in medical residents.* PeerJ. 2016 Sep 6;4:e2319.

47. Roeser A, et al. *Place des internistes dans la prise en charge hospitalière de la médecine adulte non programmée : enquête auprès des internistes en formation et en exercice.* Rev Médecine Interne. 2022 Sep 1;43(9):524–7.

48. Classement des spécialités | What's Up Doc [Internet]. [25/09/2024]. Available from: http://www.whatsupdoc-lemag.fr/classement/specialites/2024

49. Mann K, and al. *Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review.* Adv Health Sci Educ. 2009 Oct;14(4):595–621.

Annexe 1

Guide d'entretien (version évolutive)

Présentation de la recherche

1. **Peux-tu te présenter s'il te plaît ?**

- *Relance*: nombre de stages, formations, lieu d'internat, lieu d'externat

2. **Est-ce que tu peux me raconter comment s'est passé ton choix de spécialité** ?

- *Relance* : As-tu fait un stage en médecine interne avant ?
- **Ajout 1** : As-tu eu des personnes qui t'ont inspiré ? En quoi ?

3. **Comment s'est passé ton dernier stage de médecine interne ?**

- *Relance* : Questions concernant l'organisation (nombre de lits, type d'activité, nombre d'internes …)
- **Ajout 2** : Par rapport à ton premier stage en médecine interne, qu'est ce qui a changé ?
- **Ajout 3** : Qu'est-ce qu'un patient de médecine interne pour toi ? Qu'est-ce qu'un patient « polypathologique » ? Quel patient ne relève pas d'un service de médecine interne ?

4. **Est-ce que tu saurais me raconter des moments qui ont apportés quelque chose dans ta formation ? Comme ça s'est passé ?**

- **Ajout 5** : Est – ce que tu te souviens de moments où on t'a parlé/identifié en tant qu'interniste ? Qu'on attend des choses différentes de toi en tant qu'interniste ?

5. **Quel est pour toi l'internat idéal ?**

- **Ajout 4** : Qu'est-ce que tu modifierais dans ton internat ?

6. **Est- ce qu'il y a des choses que l'on n'a pas abordées dont tu voudrais parler ?**

7. **Est-ce que tu aurais des personnes à me conseiller à qui je pourrais proposer un entretien ?**

Annexe 2

Étapes de la démarche	Contenus procéduraux
Recueil de matériau	Transcription mot à mot des enregistrements (matériau verbal et non-verbal)
Lecture globale (relectures)	Approche intuitive, puis focalisée ; permet de commencer à colliger des notes, à repérer des indices
Découpage en unités de sens	Séquences de texte délimitant chacune des fragments autonomes idéellement
Repérage des éléments signifiants (indices)	Indices linguistiques et contextuels dont la mise en lien conduit à des catégories de 1er ordre
Caractérisation sémiotique selon C.S. Peirce et ordonnancement logique	Désignation des catégories selon 1-2-3 et repérage des liens de subordination qu'elles entretiennent. Catégorisation de 2e ordre
Restitution du sens	Écriture d'un énoncé ou texte synthétique restituant le sens global

Figure 1 - Les étapes de la démarche analytique utilisée, selon A.Oude Engeberink (31)

CATÉGORIES	SIGNES	NATURE DES PHÉNOMÈNES
Priméité	Qualité (Qualisigne)	**Perçus**
		sentiments, émotions, représentations, vécus, tons, esquisses, styles...
Secondéité	Fait (Sinsigne)	**Vécus**
		expériences, constats, mises en acte, mises à l'épreuve, prises de conscience, relations, réflexivité
Tiercéité	Loi (Légisigne)	**Théorisés, institués, interprétés**
		principes, concepts, pensées, habitus, théories, schémas subjectifs

Figure 2 – Catégories universelles selon Pierce (31)

Annexe 3

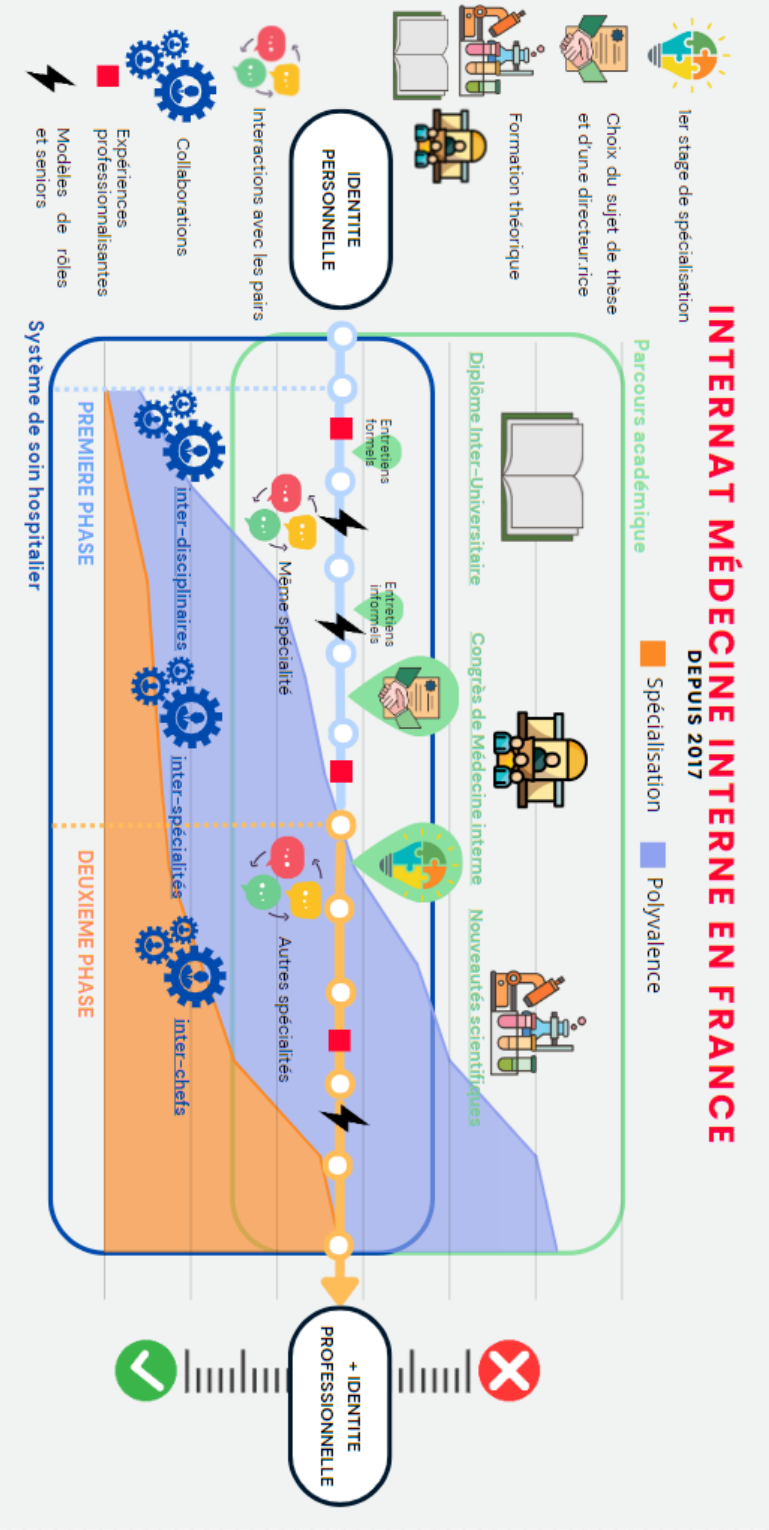

Figure 3 – Formation de l'identité professionnelle durant l'internat de médecine interne

Vu, les Directeurs de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours Tours, le

Lecomte Margot

61 pages – 1 tableau – 4 figures

Résumé :

Contexte : L'identité professionnelle se construit à travers un processus où l'individu « profane » devient professionnel, façonné par des tensions internes et externes qui influencent ses valeurs et comportements. La médecine interne, discipline historique, a évolué en parallèle des autres spécialités qu'elle a contribué à créer. La réforme du 3e cycle en 2017, avec la création de nouveaux DES issus du DES de médecine interne via les DESCs, soulève des questions sur les perspectives professionnelles et l'identité des futurs internistes pendant leur internat.

Objectif : Décrire comment les internes vivent la construction de leur identité professionnelle durant l'internat de médecine interne.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'inscrits au DES de médecine interne depuis 2017. L'analyse et l'interprétation ont été réalisées selon la méthode phénoméno-sémio-pragmatique.

Résultats : La diversité de la spécialité ne perturbait pas la construction de l'identité professionnelle des internes, marquée par des phases de rejet, d'acceptation et de négociation. Les contraintes académiques, l'inspiration de modèles de rôles et de seniors, l'adaptation à un fonctionnement hospitalier, les interactions avec les pairs et les expériences professionnelles jouaient un rôle clé dans cette évolution. Le premier stage de spécialisation en immunologie clinique marquait un tournant dans la formation professionnelle des internes.

Discussion : Au-delà de la distinction traditionnelle entre polyvalence et immunologie clinique, le DES se divisait en deux phases : le développement de compétences polyvalentes, puis spécialisation en maladies rares. Le décalage avec certains aspects de la profession n'entraînait pas forcément de difficulté dans la construction identitaire. Elle pouvait émerger lors de moments-clés identifiés dans l'étude, qu'il semble important de prendre en compte pour mieux accompagner la formation identitaire des internes.

Mots clés : Identité professionnelle, Médecine interne, Etude qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU
Directeur de thèse : Docteur Isabelle ETTORI-AJASSE
Professeur François MAILLOT
Membre du Jury : Docteur Jean-Philippe FOUQUET
Date de soutenance : 10 octobre 2024