

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 124

THÈSE  
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat  
Mention Médecine Générale

Par  
Mme MASQUELEZ Margot Marie Anne  
Née le 16/06/1994, à Lille

**Le droit au remords, un questionnement personnel et professionnel  
pour les internes étant ou ayant été en médecine générale, à la  
recherche de leur identité professionnelle**

Étude qualitative réalisée dans la subdivision de Strasbourg

Président de thèse : Pr BERTSCHY, Professeur des Universités

Directrice de thèse : Dr FRAIH Elise, Médecin Généraliste

Co directrice de thèse : Dr MOOG Stéphanie, Médecin Généraliste

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 124

THÈSE  
PRESENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat  
Mention Médecine Générale

Par  
Mme MASQUELEZ Margot Marie Anne  
Née le 16/06/1994, à Lille

**Le droit au remords, un questionnement personnel et professionnel  
pour les internes étant ou ayant été en médecine générale, à la  
recherche de leur identité professionnelle**

Étude qualitative réalisée dans la subdivision de Strasbourg

Président de thèse : Pr BERTSCHY, Professeur des Universités

Directrice de thèse : Dr FRAIH Elise, Médecin Généraliste

Co directrice de thèse : Dr MOOG Stéphanie, Médecin Généraliste



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Édition SEPTEMBRE 2022  
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Premier Vice Doyen de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBILIA Jean  
M. DERUELLE Philippe  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUGES Bertrand  
M. VICEVITE Gilbert  
M. STEEDMANN Geoffroy



HÔPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général : M. BALLY Michaël

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïmak      Immunologie biologique  
DOLFIUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil national des universités
ADAM Philippe	NRPO CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADOS Cherif	NRPO CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel	RDPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRPO NCS	• Pôle Tête et Cou-CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRPO	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRPO NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RDPO CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïmak	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRPO CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-antérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUXIEUX Rémy	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BECKEUR François	NRPO NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	NRPO CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	RDPO CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BERRY Guillaume	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Rascal	RDPO CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRPO NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BORWEHANS Laurent	NRPO NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRPO CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRPO NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMD - Service d'ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patricia	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-CHUMANNI Sophie	NRP0 NCS	- Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAMPE Nabil	NRP0 CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHABROT Anne	NRP0 NCS	- Pôle Tête et cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHEVARD-NEU Marie-Pierre	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANNE Olivier	NRP0 NCS	- Pôle d'Anesthésie / Réanimations Chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
COLLONBUER Nicolas	NRP0 NCS	- Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	- Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de BAIX Frédéric	RP0 CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	- Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale- option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Réine	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	- Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut de Virologie / PTM HUS et Faculté)	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
-FAITOT François	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP0 NCS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit	NCS	- IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
BAHQI Afshin	RP0 CS	- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	- Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BAUCHER David	NRP0 NCS	- Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
OBRY Bernard	NRP0 CS	- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 NCS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
BROQUEL Philippe	NRP0 CS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BOUCHOT Bernard	NRP0 CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme BONZALEZ Maria	NRP0 CS	- Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
DOTTENBERG Jacques-Eric	NRPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital HautePierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRPO CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRPO NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRPO NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de HautePierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBET Marie-Eve	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAILHAC Benoît	NRPO CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUG et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIER Nathalie	NRPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JEBEL-MOREL Laurence	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Roberteau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRPO NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORDANQW Anne-Sophie	NRPO CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRPO CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRPO CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRPO CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LAND Hervé	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUDEL Vincent	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de HautePierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRPO NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRPO NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HautePierre	52.00 Sciences Biologiques et Pharmacie
LISKER Dan	NRPO NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-venéréologie
LIVERNEUX Philippe	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de HautePierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRPO NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (Option : Cancérologie)
MARK Manuel	NRPO NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IISMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRPO NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRPO NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHELIN Carole	NRPO CS	• Pôle de Gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.05 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVELUX Laurent	NRPO CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de HautePierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion (Option Hématologie Biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTTELI Jean-Philippe	NRD0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRD0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/ITM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTZI Paul-Michel	RRD0 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRD0 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRD0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRD0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MOMASNIER Laurent	NRD0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac.	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRD0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRD0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RRD0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRD0 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRD0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRD0 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickaël	NRD0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RRD0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRD0 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme RAILLARD Catherine	NRD0 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie II / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
DELACIA Thierry	NRD0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgence
Mme PERRETTA Silvana	NRD0 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
RESSAUX Patrick	NRD0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRD0 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
ROTTECHER Julien	NRD0 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRD0 ACS	• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRD0 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Dr RAUL Jean-Sébastien	NRD0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRD0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRD0 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IISMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRD0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRD0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRD0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRD0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SAMANES Nicolas	NRD0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPO NCS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	35.02 Ophtalmologie
SAULLEAU Erik-André	NRPO NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RP6 CS	- Pôle d'urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	35.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPO NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Franck	NRPO CS	- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHROEDER Carmen	NRPO CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPO NCS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Service d'oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	35.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPO CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBLIA Jean	NRPO NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNEC) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPO CS	- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPO CS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Franck	NRPO CS	- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPO NCS	- Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil - Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VEYTER Denis	NRPO NCS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNEC) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre	NRPO CS	- Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPO NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOIGEL Thomas	NRPO CS	- Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Roberteau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPO CS	- Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine interne
WOLF Philippe	NRPO NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPO CS	- Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC - Nouvel Hôpital Civil - PTM - Plateau technique de microbiologie

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Capi : Chef de service par intérim - CSg : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

PO : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPO CS	- Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	- Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	- Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

## B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIH Arnaud		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme Ayme-Dietrich Estelle		- Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilies		- Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.05 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		- Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme BRU Valérie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		- Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAVITO Raphaël		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A intervenonnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERAILINE Jocelyn		- Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IOBMC	47.02 Cancérologie ; radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		- Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Irradiation / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		- Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		- Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		- Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELORME Jean-Baptiste		- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Vera		- Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IOBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		- Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FLIBETTI Denis	CS	- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
BARTNER Pierre		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
GIANNINI Margherita		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
DIES Vincent		- Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)



NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARIAN-BASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IOBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clemenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique : gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENGRMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MILLET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Histologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schilshheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MILLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologique (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREACH Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLIEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROBUE Patrick (ct. AZ)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'histologie biologique / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie : transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDCKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SOBDET Christelle		- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MERNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALABRAND-RESOUL Emilie		- Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
TALHA Samy		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schillingheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Océane		- Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac.	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAH Christian D0164	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	----	---

## B3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMS / Faculté de Médecine	69	Neurosciences
Mme MIRALLES Cécilia	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Épistémologie des sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72	Épistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pr<sup>e</sup> Ass. DUMAS Claire  
 Pr Ass. ORIES Jean-Luc  
 Pr<sup>e</sup> Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. OUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUBERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELME Anne-Elisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP</li> </ul>
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie</li> <li>- Service d'Oncologie Médicale / ICANS</li> </ul>
Mme Dre OURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pharmacie-pharmacologie</li> <li>- Service de Pharmacie-Sterilisation / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gériatrie</li> <li>- Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau</li> </ul>
Dr LEPEVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMC)</li> <li>- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Santé Publique et Santé au travail</li> <li>- Service de Santé Publique - SAM / Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMC)</li> <li>- UCSA</li> </ul>
Dr PIRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO</li> </ul>
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMC</li> <li>- "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Locomax</li> <li>- Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique</li> <li>- Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC</li> </ul>
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie</li> <li>- Service des Urgences Médico-chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation</li> <li>- SAMU</li> </ul>

### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**
  - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
  - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 ou 31 août 2023)**
  - BELLOUQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
  - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
  - DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
  - SRUOKER Daniel (Physique biologique)
  - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
  - KOPPERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
  - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
  - ROUL Géraud (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 ou 31 août 2024)**
  - DANON Anne (Pédo-psychiatrie, addictologie)
  - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
  - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
  - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 ou 31 août 2025)**
  - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLEN Luc : CNU-31 IRCAD

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Mr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Rascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELU Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Mme ROMBIÈRES Catherine	(2019-2020)

## 61 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.06.84	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
SALDUFF Jean-Jacques (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.11	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.88
SARDES Pierre (Cardiologie) / 01.09.11	LAMBER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
SAZENGHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.88	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
SAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.08.30	LORESDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGOTAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MARLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BENITZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et Biol. moléculaire) / 01.08.13
BLOGLÉ Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	MARTEL Jean-Louis (Séniologie) / 01.09.18
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.88	MARTEL Patrick (Médecine Légale) / 01.12.14
BLOHM-BURDET Hedy (Histologie) / 01.09.20	MARESCON Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOUTIAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCON Jacques (Chirurgie digestive) / 01.08.18
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.18	MARX Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.00
BROCHENMACHE Claude (Cardiologie) / 01.07.89	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTE Jean-Philippe (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BROUARD Guy (Neurologie) / 01.10.88	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.08.30
BURSTEIN Claude (Pneumologie) / 01.09.18	MONTES Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEL Alain (Médecine et santé au travail) / 01.09.11	MOSCARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.08
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.11	MUARD Isabelle (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.10
CHAMPY Mathine (Dermatologie) / 01.10.85	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	RASQUAL Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.11
CHÉLIVY Jemalédine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	RATIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.11
CHOUKLEBE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Reine PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 15.10.16	RINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REVE Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.38
DRETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RYTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.01
DOFFOL Michel (Gastro-entérologie) / 01.09.17	RUMLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-hépatologie) / 01.09.19	SANDRET Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPONCHOT Michel (Centre Paul Strauss) / 01.09.18	SALBER Philippe (Pharmacie médicale) / 01.09.20
DUPUYON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Géné. Chir.) / 01.09.11	SALVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
ESSENHANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.30	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et hématologie) / 01.09.01	SCHLENGER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	ECK Henri (Anatomie normale) / 01.09.00
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.11	STEB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUY Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIEBL Jean-Luc (Biol.) / 01.09.10
HASSZMANN Michel (Pharmacie médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Généraliste) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.11
HEID Emman (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
HELD Jean (Médecine interne) / 01.09.08	TERRE Jean-Daniel (Pharmacie médicale) / 01.09.00
JACOBIN Didier (Urologie) / 09.09.17	TOMISO Jean (Radiologie) / 01.09.01
JACK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VALTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.11
JESSE Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Henri (Anatomie pathologique) / 01.09.11
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie pathologique) / 01.09.09
KERF Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEBER Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.11
KESMER Michel / 01.09.88	WELZ André (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.11
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.11
KREISER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GAMB Benita (Anatomie) / 01.09.08
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine ; A, rue Hirschlager - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.85.35.20 - Fax : 03.88.85.35.18 ou 03.88.85.34.67

## MONTAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (MUS) :

- IHC : **Nouvel Hôpital Civil** 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67081 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HD : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Hoffers - B.P. 49 - F - 67088 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Nimmeric - F - 67013 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Éclair** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

ICARS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 88 76 67 67

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Diagnostical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67503 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.85.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 98 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. - Etablissement Français du Sang - Alace : 10, rue Spielmann - BP 4736 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.31.25.23

URC - Institut Universitaire de Réadaptation Clémenceau - CHU de Strasbourg et UOCCOM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 65 boulevard Clémenceau - 67081 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

## Remerciements

### **Aux membres du jury,**

Au Professeur BERTSCHY, merci d'avoir accepté la présidence de mon jury et de l'intérêt porté à ma thèse. Merci pour votre intégrité et votre disponibilité.

À ma directrice de thèse, le Docteur Elise FRAIH. Merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse et d'avoir suivi mon travail pendant presque 3 ans.

À ma co-directrice de thèse, le Docteur Stéphanie MOOG. Merci d'être venue me soutenir en cette fin de travail de thèse.

À Docteur Claire DUMAS, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de ton accompagnement durant mes trois années d'internat. Merci de ton écoute tout au long de mon parcours.

### **Aux 15 internes ayant accepté de réaliser ces entretiens avec moi autour de ce sujet,**

Cela a été une source d'inspiration et d'admiration d'écouter l'histoire de chacun d'entre vous. Sans vous mon travail n'aurait pas été possible. Alors soyez fiers de vous, de votre parcours et surtout des docteurs que vous êtes en train de devenir.

### **À ma famille,**

À mes parents, merci de m'avoir permis de devenir la femme et la médecin que je suis aujourd'hui. Merci d'être présents, soutenant dans chacun des moments de ma vie et de me pousser à réaliser mes rêves.

À mon papa, merci de ton écoute et de ta bienveillance. Tu as toujours les bons mots pour m'apaiser et me remotiver. Ta présence à mes côtés, tes conseils et ton soutien sont inestimables. Ton dicton « Quand tu as deux solutions, choisis la troisième » m'accompagne à chaque instant. Alors tout simplement Merci. Je t'aime.

À ma maman, inspirante et forte. Merci de l'amour que tu me portes quotidiennement et de ton soutien infaillible. Merci d'être toi et d'être là. Je ne me laisserais jamais de tes bisous casse-tout-dents et tes câlins casse-tout-cœurs. Je t'aime.

À ma sœur, Aubane. Ma petite baroudeuse tête en l'air, que dire, à part merci ! Merci de me soutenir et d'être à mes côtés. J'admire la femme que tu es devenue aujourd'hui, vraiment ! Merci d'avoir cru en moi depuis toujours.

À mon frère, Nathan. Je suis fière de l'homme que tu es en train de devenir. Du haut de tes 23 ans, merci pour tous ces échanges remplis de sincérité. Tu es mon p'tit frère, mon p'tit rayon de soleil. Merci pour ta joie de vivre et ta créativité dans tes folles animations comme le Pékin express.

À notre trio qui me fait grandir, je suis fière d'avoir une fratrie si soudée à mes côtés. Je vous aime !

À Cassandra, ma filleule. Tu vois quand on y croit et avec un peu de persévérance, tout est possible.

À Robin et Gauthier. Je suis heureuse d'avoir croisé de nouveau votre chemin à cette cousinade il y a quelques années. Merci pour ces moments au lac du Bourget et ces vacances ensemble.

À mes grands-parents et au reste de la famille, merci de votre soutien tout au long de mes études. Tout particulièrement à Papy Michel, j'aurai aimé que tu sois présent aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui, alors Merci !

Sans vous rien de tout cela n'aurait été possible. Merci pour votre immense soutien et vos mots.

### **À mes amies,**

À ma Mathilde, mon petit chat, aucun mot ne suffira pour te remercier. Tu es mon pilier, ma deuxième famille, ma confidente. Merci de me comprendre, de m'aimer pour qui je suis avec mes expressions qui ne veulent rien dire, mon accent anglais catastrophique et mes émotions décuplées ahaha ! À nos fous rires, nos aventures, nos « bon... » et à notre amitié qui je sais, sera encore plus belle dans les années qui arrivent. Merci de faire partie de ma vie. Je t'aime.

À Audrey, je suis tellement heureuse de t'avoir redécouverte cette année ! Je suis honorée de t'avoir dans mon cercle d'amie proche. Tu es tellement bienveillante et à l'écoute ! Merci de me rassurer, de faire attention à moi et de m'encourager comme tu le fais. Tu n'imagines pas à quel point ton soutien et ta présence sont importants pour moi. #SORORITE

« De toute façon on reste en contact » comme tu le dis si bien ma Audrey ! Je t'aime.

À ma Lisa, mon amie qui me ressemble le plus, merci pour toutes nos conversations qui n'en finissent plus, merci de ton écoute et de me connaître par cœur. Malgré la distance, on est toujours là l'une pour l'autre ! Je suis fière de t'avoir à mes côtés depuis tant d'années et pour encore de nombreuses années j'en suis persuadée. Je t'aime.

À Cécilia, ma plus vieille amie, malgré la distance rien ne change. Merci de ta fidélité et de ton soutien depuis le lycée. De nos années lycées, en passant par la P1, les vacances et Roland Garros, que de souvenirs avec toi ! Merci pour tout cela ! Je t'attends à la Réunion pour encore en créer pleins d'autres ensemble.

À Joanna, merci ton sourire au quotidien et ta bonne humeur qui rayonne. Mon coup de cœur de gynécologie. On en a vécu dans ce stage hein ! Merci pour ton franc parlé que j'adore avec ta clairvoyance dans les situations de « crises ».

À Florence, merci pour tous les moments passés avec toi de Strasbourg à la Martinique ! Je t'accueille avec plaisir à la Réunion dans quelques mois. Merci de ton soutien sur le chemin de la réalisation de cette thèse.

À Aude, merci pour nos soirées mamies et nos soirées au NIC. À tous nos moments passés ensemble aux différentes gravières autour de Strasbourg ou durant nos randonnées.

À Daphnée, ma rencontre du SAIA. Merci pour toutes nos soirées, vacances et échanges autour d'un verre de vin.

À Léa, ma sportive Strasbourgeoise. À toute tes péripéties qui me font rire, et à ton sourire communicatif ! Merci pour ta bonne humeur.

À Anaïs, ma directrice secrète de l'ombre, merci pour ces après-midi café/tisane dans les Hôtels 4 \*\*\*\* de Strasbourg, pour bosser cette thèse mais aussi beaucoup de fou rire. Merci de ton soutien et de tes conseils lors de la relecture de ma thèse.

À Maëlys, Laura, Fanny et Elsa, merci pour ces moments hors du temps à Strasbourg. Ce petit groupe m'a permis de souffler et de me ressourcer, souvent autour d'un verre j'avoue ahah.

À mes rencontres Strasbourgeoises, Valentine D, Lisa M, Marie L, Julie D, Chloé, Bérénice, Ophélie, Pauline, Camille D... Heureuse d'avoir croisé votre chemin durant cet internat, et merci pour tous les moments passés ensemble.



**À mes co-internes et mes collègues,**

Merci à l'équipe des urgences de Haguenau. Vous m'avez vu grandir et évoluer tout au long de mon internat et post-internat au sein de votre incroyable équipe médicale et para médicale. Merci pour votre bienveillance et votre écoute. #TeamCOVID

À Gilles N, Stéphanie M et Melissa, merci de m'avoir accompagné durant mon internat et maintenant pendant mes remplacements. Merci de me faire confiance et de permettre de m'épanouir au sein de votre cabinet médical.

À mes co-internes des Urgences, de Médecine interne, de Gynécologie, de Pédiatrie et mes collègues de tutorat : à toutes nos galères et nos fous rires durant cet internat. J'espère vous voir rapidement autour d'un verre !

Aux médecins qui m'ont inspiré pendant mon parcours notamment les urgentistes de Haguenau (Lucie, Julie, Mathieu, Guillemette, Xavier, Nico...) qui ont réveillé l'urgentiste en moi, à Docteur Henon qui m'a fait rêver de devenir chirurgienne un jour (et finalement non ahah), et à toutes les personnes que j'ai croisé dans mon cursus et qui m'ont beaucoup appris sur moi-même en me permettant progressivement de créer ma médecine. Merci pour tout !

**À mes voisines,**

Merci à Câline, Paola et Mathilde pour ce soutien et cette présence. Vous êtes des voisines incroyables. À nos soirées vins, tisanes et chocolats !

**À mes rencontres de l'UCPA,**

À Pauline, ma surfeuse. Honnêtement, tu as été ma plus belle rencontre de l'UCPA. Il ne suffit parfois d'un rien pour créer une incroyable amitié. Tu m'inspires énormément et tu es une femme incroyablement fabuleuse, je suis persuadée que de belles choses arrivent pour toi ! Merci d'être à mes côtés.

À Charline, ma colocataire de chambre à l'UCPA. Merci pour cette complicité et ces fous rires sur le bord de plage et durant nos soirées. À nos vocaux et nos potins qui n'en finissent plus. Merci pour ta spontanéité et ton sourire. De Lacanau en passant par Strasbourg jusqu'à la Réunion, on est ensemble !

**À tous les autres, notamment,**

À Antoine, merci de m'avoir dit cette petite phrase il y a maintenant plus de 12 ans qui m'a permis de me lancer dans cette aventure et de devenir le Docteur que je suis aujourd'hui !

À Elsa V et Nathalie M, merci de m'accompagner dans mon développement personnel et de m'aider m'épanouir en tant que femme.

À tous et à ceux que j'ai oublié, merci d'être présents pour moi et de m'avoir soutenue durant tout ce parcours semé d'embûches ! Je vous exprime tout ma gratitude.

Et pour finir, à la petite Margot, qui avait écrit sur le mur de sa chambre d'enfant : « Ne rêve pas ta vie, vis tes rêves » : Regarde le chemin parcouru depuis toutes ces années ! La petite fille timide et stressée (oui quand même un peu ahah) est maintenant Docteur ! On y est arrivé !

## Abréviations

AAEMS : Association Amicale des Etudiants en Médecine de Strasbourg

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine France

ARS : Agence Régionale de Santé

CER : Comité d’Ethique Régional

CHU : Centres Hospitaliers Universitaires

CNA : Centre National d’Appui

CNAES : Coordination Nationale d’Accompagnement des Etudiants et des Etudiantes en Santé

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

DES : Diplômes d’Etudes Spécialisées

DESC : Diplômes d’Etudes Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques

DMG : Département de Médecine Générale

DU : Diplômes Universitaires

ECN : Epreuves Classantes Nationales

EDN : Epreuves Dématérialisées Nationales

ETP : Equivalent Temps Plein

GEAP : Groupe d’Echanges et d’Analyse de Pratique

HAD : l’échelle Hospital Anxiété and Dépression

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

ISNI : InterSyndicale National des Internes

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

MSU : Maitre de Stage des Universités

PACES : Première Année Commune aux Études de Santé

PU-PH : Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

RSCA : Récits de Situation Complexe et Authentique

ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

SAIA : Syndicat Autonome des Internes d’Alsace

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SNEMG : Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale

## Liste des figures et des tableaux

<b>Figure 1</b> : Processus de renforcement ou d'atténuation des préjugés et du conditionnement d'un étudiant en médecine.....	39
<b>Figure 2</b> : Ce que je PEUX faire VS Ce que je VEUX faire.....	43
<b>Figure 3</b> : Cheminement de la construction de l'identité professionnelle.....	72
<b>Figure 4</b> : Facteurs entrant en compte dans la réflexion du droit au remords.....	73
<b>Figure 5</b> Aides trouvées par les étudiants durant le processus de changement.....	75
<b>Figure 6</b> : Processus décisionnel d'un interne de médecine générale se posant la question du droit au remords.....	82
<b>Figure 7</b> : Boucle d'incertitude des internes en médecine générale se posant la question du droit au remords .....	85
<b>Figure 8</b> : Facteurs et besoins de la motivation, durant le processus du droit au remords.....	97-98
<b>Figure 9</b> : Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 – DRESS – Selon Anguis, et Al, 2021.....	115
<b>Figure 10</b> : La courbe de KUBLER ROSS – La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation - David Autissier.....	125
<b>Figure 11</b> : Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice - Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée – DREES .....	128
<b>Figure 12</b> : Risques psycho-sociaux – SAIA.....	130
<b>Figure 13</b> : Carré de White - The Ecology of Medical Care – White Kerr.....	132
<b>Figure 14</b> : Marguerite des compétences de la spécialité de médecine générale - CNGE.....	133
<b>Figure 15</b> : Effet Dunning Kruger – Selon Dunning et Kruger.....	137
<b>Tableau 1</b> : Caractéristiques des médecins interrogés.....	35-36
<b>Tableau 2</b> : Verbatims reflétant les éléments anxio-dépressifs chez les internes.....	89
<b>Tableau 3</b> : Caractéristiques des bons modèles de rôle - Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique – Chamberland Martine.....	134

## Table des matières

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>14</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>15</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>18</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....</b>	<b>19</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>23</b>
<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>28</b>
I) TYPE D'ETUDE .....	28
II) POPULATION ETUDIEE .....	28
III) RECRUTEMENT .....	29
IV) RECUEILS DES DONNEES ET ARCHIVAGE .....	30
V) ANALYSE DES DONNEES .....	31
VI) RISQUES PREVISIBLES DE L'ETUDE ET SOLUTIONS APORTEES .....	31
VII) ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES .....	32
A. <i>Consentement éclairé</i> .....	32
B. <i>Confidentialité et anonymisation</i> .....	32
C. <i>Les autorisations réglementaires</i> .....	33
a. Commission Nationale de l'information et des libertés (CNIL) .....	33
b. Comité d'éthique.....	33
<b>RESULTATS.....</b>	<b>34</b>
I) ENTRETIENS .....	34
A. <i>Durée des entretiens</i> .....	34
B. <i>Description de la population</i> .....	34
II) DECOUVRIR LA MEDECINE.....	37
A. <i>De la P1 à L'externat</i> .....	37
a. <i>Figures d'exemples ou expériences fortes durant ce début de parcours</i> .....	38
b. <i>L'influence de l'environnement extérieur tel que l'entourage</i> .....	39
c. <i>Parcours atypique</i> .....	41
B. <i>Représentations, conditionnements, stéréotypes et préjugés</i> .....	42
a. <i>Culture de concours, de la performance. Système élitiste et méritoire de la médecine</i> .....	44
b. <i>Conditionnement de l'étudiant sur la performance et la réussite à travers le discours facultaire : la hiérarchie des spécialités entraîne un retentissement sur la construction de l'identité de l'interne</i> .....	44
c. <i>Culture de l'échec</i> .....	47
d. <i>Syndrome de l'imposteur vécu par les internes et la difficulté à être fier de soi</i> .....	48
e. <i>Complexe du fainéant</i> .....	50
C. <i>Choix ECN</i> .....	51
III) DECOUVERTE DE LA SPECIALITE D'INTERNAT : LA MEDECINE GENERALE .....	55
A. <i>Stages et incertitude médicale en médecine générale</i> .....	55
B. <i>Modèle de rôle</i> .....	61
a. <i>Modèle de rôle positif durant l'internat</i> .....	61
b. <i>Modèle de rôle négatif durant l'internat</i> .....	62
C. <i>Formation et écoute du DMG</i> .....	65
a. <i>L'écoute du DMG</i> .....	65
b. <i>Formations théorique et pratique</i> .....	67

IV) L'INDECISION ET L'INSATISFACTION QUI DEBUTE PUIS QUI PERSISTE : LE PROCESSUS DECISIONNEL DU DOUTE SUR DROIT AU REMORDS .....	70
A. Construction de l'identité professionnelle, personnalisation de SA médecine.....	70
B. Remise en question de la vie personnelle et professionnelle .....	72
C. Aides et avis extérieurs lors de ce cheminement .....	75
D. Avis des internes sur la réforme de 2017 et impact sur leur choix.....	78
E. Processus décisionnel.....	81
V) SENSATION D'ENFERMEMENT DANS LA MEDECINE LIBERALE .....	82
VI) CHERCHER « UNE PORTE DE SORTIE » : LE PROCESSUS REFLEXIF AVEC L'INDECISION ET L'AMBIVALENCE AVEC LA BOUCLE D'INCERTITUDE.....	84
VII) CONSEQUENCE NEGATIVE SUR LA SANTE PSYCHIQUE : LE PROCESSUS EMOTIONNEL ET LA COURBE DU CHANGEMENT .....	88
VIII) LE DROIT AU REMORDS : UN TABOU ?.....	94
IX) LES SOLUTIONS POUR SORTIR DE CE CHEMINEMENT .....	96
X) APAISEMENT DE L'INTERNE .....	99
A. Apaisement.....	99
B. Vision post décision .....	100
C. Regrets, remords et doutes après la prise de décision.....	101
D. Fierté de son parcours .....	102
E. Conseils.....	102
XI) RESENTI DE L'EXPRESSION « DROIT AU REMORDS » .....	104
XII) PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS PAR LES PERSONNES INTERVIEWEES .....	105
A. Sur la formation durant le cursus de médecine générale .....	105
B. Sur le cursus universitaire et le cursus médical.....	106
C. Sur le droit au remords .....	107
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>109</b>
I) FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE .....	109
A. Forces.....	109
B. Limites.....	110
II) COMPARAISON A LA LITTERATURE ET REFLEXION AUTOUR DE L'ETUDE .....	113
A. Comparaison à la littérature et points d'amélioration proposés.....	113
a. Le droit au remords.....	113
i. Processus décisionnel, réflexif et émotionnel du droit au remords .....	113
ii. Le droit au remords, peu abordé dans le cursus médical par les instances .....	114
b. 2 <sup>ème</sup> cycle et choix aux ECN .....	120
i. Importance de la présentation objective des spécialités aux externes .....	120
ii. Vécu du 2 <sup>ème</sup> cycle par les étudiants en médecine et choix aux ECN .....	122
c. Mal-être des internes durant le 3 <sup>ème</sup> cycle.....	125
i. La courbe du changement .....	125
ii. Ambivalence, croyances limitantes et dissonance cognitive.....	127
iii. Structure de prise en charge du mal-être actuel à Strasbourg et au niveau national .....	129
d. Construction de l'identité professionnelle.....	131
i. Importance des compétences de la Marguerite du médecin généraliste et du Carre de White dans la création de l'identité professionnelle .....	131
ii. Importance des modèles de rôle dans la création de l'identité professionnelle.....	134
iii. Découverte de l'incertitude en médecine générale durant la création de leur identité professionnelle ..	135
iv. Présence importante du syndrome de l'imposteur dans la population des internes.....	136
B. Perspectives .....	138

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>139</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>143</b>
I.    ANNEXE 1 : GRILLE D'ANALYSE METHODIQUE SELON LES LIGNES DIRECTRICES COREQ.....	143
II.   ANNEXE 2 : NOTICE D'INFORMATION .....	145
III.  ANNEXE 3 : GRILLE D'ENTRETIEN .....	146
IV.  ANNEXE 4 : LETTRE DE CONSENTEMENT POUR CHAQUE PARTICIPANT.....	148
V.   ANNEXE 5 : AVIS POSITIF DU COMITE D'ETHIQUE UNISTRA DE STRASBOURG .....	149
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>150</b>

## Introduction

Le cursus médical est long et complexe. En 2009, la création de la Première Année Commune aux Études de Santé (PACES), a permis le regroupement de 5 professions de santé que sont la médecine, la maïeutique, l'odontologie, la kinésithérapie et la pharmacie (1). Cette première année de médecine très sélective et compétitive peut donc être source de stress et d'angoisse qui se poursuivent pendant les études. Ce milieu compétitif, cette culture du concours et du travail sont expliqués par l'histoire de l'internat. Le concours de l'externat et de l'internat sont créés en 1802. Dès cette époque, pour accéder à l'internat, les concours que les étudiants doivent passer en amont sont très sélectifs et se basent sur la persévérance et le mérite (2). Pour rappel, le numérus clausus en 1<sup>ère</sup> année de médecine, qui est un nombre fixe d'étudiants admis en 2<sup>ème</sup> année de santé chaque année, a été instauré pour la première fois en 1971. Il avait pour but de limiter et de stabiliser le nombre d'inscription des bacheliers en étude de médecine qui augmentait considérablement à l'époque dû à la suppression du concours de l'externat en 1969 (3).

La création des ECN en 2004 (4), remplaçant le concours de l'internat qui existait jusque-là, permet à chaque étudiant en 6<sup>ème</sup> année de choisir sa spécialité et sa région en fonction de son classement aux ECN. Les préjugés et le conditionnement sur la représentation et la valorisation de certaines spécialités auprès des étudiants sont aussi expliqués par l'histoire de l'internat (2). En effet, en 1979 deux cursus distincts se créent : les médecins généralistes qui sont résidents des hôpitaux durant 2 ans, et les spécialistes, passant le concours de l'internat leur permettant par la suite l'accessibilité aux spécialités avec réalisation de l'internat en 4 à 5 ans. Une dichotomie se crée entre les deux types de filières. Les spécialités sont donc plus valorisées et plus considérées que la médecine générale. Cet historique explique donc la culture du concours et de la performance ainsi que le système élitiste et méritocratique que l'on retrouve encore de nos jours en médecine comme nous le montrent certaines interviews de médecins telle que celle du Figaro en 2022 (5). Nous pouvons y trouver ce type de propos : « *La norme européenne de plafonner à quarante-huit heures par semaine le temps de travail des internes est une hérésie* » ou « *À l'hôpital, il y a beaucoup plus de tire-au-flanc qu'avant* ». Par ailleurs,

ces représentations sur la dévalorisation de la médecine générale ont été explorées en 2015 et sont encore bien présentes dans la population d'étudiants (6). En effet, cet article montre que les externes, avant de passer en stage ambulatoire, avaient peu de connaissances réelles de la pratique du métier de médecin généraliste et beaucoup de préjugés sur la spécialité en elle-même. Les idées prédominantes dans les représentations exprimées par les étudiants montraient que le médecin généraliste avait la réputation d'être peu compétent lié à la diversité des connaissances à acquérir. De plus, les étudiants pouvaient être considérés comme mauvais s'ils choisissaient la médecine générale aux ECN.

En 2017, la réforme des ECN et du 3<sup>ème</sup> cycle des études de médecine (7,8), a permis la création de 7 nouveaux Diplômes d'Etudes Spécialisées (DES). L'un des changements majeurs a été la séparation en différents DES de la médecine d'urgence et de la gériatrie, initialement rattachés à la médecine générale. Ce changement et cette filiarisation ont engendré un mal-être pour certains internes de médecine générale. En effet, cela a pu entraîner un questionnement sur leur cursus, leur orientation, leur future spécialité et parfois un sentiment de fermeture d'horizons. Certains internes n'ont plus l'impression de pouvoir choisir leur propre manière d'exercer ou d'avoir l'opportunité de changer de métier comme le mentionne Donata Marra dans son rapport de 2019 (9), consacré à la qualité de vie des étudiants en santé. En effet, celle-ci souligne notamment une désillusion de la spécialité choisie qui est souvent peu connue lors du deuxième cycle (10,11). Un changement de spécialité peut alors être envisagé depuis 2004 grâce au droit au remords. L'enquête de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) publiée en 2021 sur les flux d'internes de médecine entre 2013 et 2018 (12) montre une augmentation de 3 à 5% du droit au remords entre avant et après la réforme de 2017.

Le droit au remords classique (13) est une démarche qui est encadrée par l'Article R632-21 du Code de l'éducation (14). Il décrit la démarche qui permet à un interne de changer de spécialité dans sa subdivision avant son quatrième semestre, avec son rang initial de classement des ECN. Cette demande



de changement doit se réaliser dans la subdivision dans laquelle il a été affecté lors de la procédure nationale des choix des ECN. Elle est définitive et ne s'effectue qu'une seule fois au cours du 3<sup>ème</sup> cycle.

Plusieurs thèses ont été réalisées sur le droit au remords des internes. On retrouve notamment celles de Camille Marchand en 2015 (15) ayant donné lieu à un article dans la revue *Exercer* en 2020 (16) et de Séverine Gauthier en 2017 (11), qui se sont intéressées au droit au remords vers la médecine générale. Elles le décrivent comme un processus décisionnel complexe où interviennent de nombreux facteurs, tels que la personnalité de l'interne, l'entourage, l'image des différentes disciplines véhiculée par la faculté, et la représentation antérieure de la médecine générale.

- La personnalité de l'interne c'est-à-dire sa manière de voir la médecine et de l'exercer, à savoir la création de son identité professionnelle qui n'était pas en accord avec la spécialité choisie au départ et ses valeurs.
- L'entourage : L'avis de la famille, des amis, des collègues peut influencer le choix de départ ainsi que le choix de changement de spécialité. En effet, l'environnement extérieur peut influencer la prise de décision de l'étudiant.
- L'image des différentes disciplines véhiculée par la faculté avec un discours plus ou moins élitiste et une valorisation de certaines spécialités par rapport à la médecine générale.
- Les représentations, préjugés et conditionnements de la médecine générale alors qu'ils étaient externes : le rôle de suivi et de prise en charge globale du médecin traitant, pouvant faire peur sur la quantité de connaissance à avoir, associées aux conditions d'exercices parfois difficiles (exercice parfois seul, en désert médical, charge de travail importante...) pouvait agir sur leur choix.

Cependant, ces travaux n'ont pas exploré les motivations des internes ayant quitté la médecine générale pour une autre spécialité.

Dans sa thèse (17), Claire Vignon s'est intéressée en 2019 aux motivations d'un droit au remords de la médecine générale vers une autre spécialité. La méconnaissance de l'exercice libéral tel que la

diversité des pathologies traitées, la prédominance de l'aspect social et des tâches administratives comme la comptabilité ou la gestion du cabinet ainsi que l'isolement étaient les principales raisons mentionnées.

En 2020, une réforme crée le droit au remords élargi qui est autorisé par l'arrêté du 2 septembre 2020, article 7, Alinéa IV (18). Après une décision de l'ouverture des postes vacants (postes non pourvus lors des ECN de chaque année ou après un droit au remords classique qui libère un poste dans chaque subdivision et chaque spécialité) par l'ARS et de leur publication officielle, les internes de 3<sup>ème</sup> cycle peuvent postuler pour changer de spécialité. Ce droit au remords élargi permet aux internes d'accéder à des spécialités auxquelles ils ne pouvaient pas prétendre au moment de leur choix ECN. En fonction du nombre de demandes reçues, les demandes sont examinées par rang de classement ECN dans chaque subdivision (19). Les conditions en matière de temps et d'endroit sont inchangées par rapport au droit au remords classique énoncées plus haut.

La création de ce droit au remords élargi en 2020 ne nous permet pas d'avoir beaucoup d'informations, ni de bibliographie concrète au vu de la sortie récente de cette réforme. Cependant, il semble tout de même qu'il présente un risque de rendre tabou le droit au remords. En effet, les internes étant en concurrence pour leur futur poste de spécialité, ils risquent donc consciemment ou inconsciemment diminuer leurs interactions, ce qui pourrait rendre le sujet progressivement tabou. Cela peut entraîner un mal-être général pour certains internes, pour qui la discussion et les échanges entre co-internes sont primordiaux dans cette période de doute.

Par ailleurs, comme l'a montré l'enquête de 2021 menée par les deux principaux syndicats nationaux d'internes l'ISNI et l'ISNAR-IMG (20), les internes en médecine sont à haut risque de syndrome dépressif, de syndrome anxieux, de burnout et de suicide : 75% des 11 754 étudiants en médecine interrogés en 2021 présentaient des symptômes anxieux et 39% des symptômes dépressifs avec un seuil de l'échelle Hospital Anxiété and Dépression (HAD) >7. L'état de santé des internes en médecine se dégrade en comparaison à l'enquête de 2017 réalisée aussi par l'ISNI et l'ISNAR (21). En effet, le

seuil de symptômes anxieux était à 62,2% et de symptômes dépressifs à 27,7% toujours avec un seuil HAD > 7. Le taux de réponse à cette époque était cependant deux fois plus élevé qu'en 2021 (21 768 réponses en 2017). Comme l'exprime Donata Marra dans son rapport de 2019 (9) : « *Les étudiants en médecine peuvent avoir le sentiment d'être dans un tunnel ininterrompu du premier cycle au troisième cycle* », cela met en avant l'urgence d'agir et la nécessité de développer une « *véritable politique facultaire, favorisant le bien être des étudiants et leur réussite personnelle.* »

Face à ces constatations, le département de médecine générale de Strasbourg a mis en place le groupe bien-être (22). Ce groupe a pour mission « *l'écoute des étudiants qui sont dans une situation complexe* » et est régulièrement sollicité par les étudiants pour les aider dans leur orientation. Nous savons, à travers les anciennes thèses mentionnées précédemment (11,15,17) que la période de doute et d'indécision à propos du cursus n'est pas une période évidente et que cela a un impact sur le bien-être de l'interne. La médecine générale est une spécialité pouvant être remise en question mais aussi poursuivie malgré des moments de doute parfois difficiles à vivre.

Il semble donc pertinent, à la fois pour les étudiants et leurs équipes pédagogiques encadrantes, d'interroger les internes étant ou ayant été en médecine générale à Strasbourg et ayant envisagé un droit au remords. Cela permettra d'apprendre à déceler cette indécision qui n'est pas forcément verbalisée par l'interne lui-même et de lui proposer un accompagnement approprié dans cette période charnière de sa carrière.

L'objectif principal de ce travail, à la lumière de la réforme permettant le droit au remords élargi, est ainsi de décrire le processus décisionnel, réflexif et émotionnel des internes étant ou ayant été en médecine générale se posant la question d'un droit au remords.

L'objectif secondaire de ce travail, est de pouvoir donner des clés d'accompagnement aux équipes pédagogiques concernées (DMG, tuteurs, MSU, encadrants de stage, professionnels de la faculté) pour le soutien d'un étudiant dans un processus de réflexion sur le droit au remords.

## Méthodologie

### I) Type d'étude

Pour répondre à cet objectif, une étude qualitative (23) par des entretiens semi-dirigés compréhensifs a été menée. Nous avons utilisé une approche par **Analyse Interprétative Phénoménologique** (IPA) qui permet d'explorer la manière dont une expérience de vie a été ressentie et comprise par la personne qui l'a vécue (24). Cette approche a été développée par Smith dans les années 90 en Grande Bretagne dans le domaine de la psychologie (25). Cette analyse a permis de recueillir le ressenti des médecins ayant envisagé ou réalisé un droit au remords, concernant leur manière de vivre le cheminement de ce doute en s'intéressant à leur processus décisionnel, réflexif et émotionnel. Elle a permis d'explorer également leurs ressentis sur la formation théorique et pratique, leur relation à la spécialité de médecine générale et aux autres spécialités.

Cette méthode est la plus adaptée pour recueillir des ressentis, des processus cognitifs et réflexifs (24). Elle permet également d'être attentif à l'émotion durant l'entretien et d'en tenir compte. Elle semble donc pertinente pour notre recherche.

Les critères de recherche COREQ (26) ont été pris en compte dans cette étude qualitative. Une analyse de notre étude COREQ est présente en Annexe 1.

### II) Population étudiée

Nous avons réalisé un échantillonnage de médecins **sur les critères d'inclusions** suivants :

- Femme et Homme
- Internes étant ou ayant été en médecine générale à Strasbourg
- Ayant passé leur ECN entre 2017 et 2020
- S'étant posé la question du droit au remords classique ou élargi (à partir des ECN 2019) lors de leur cursus universitaire.

Pour rappel, depuis septembre 2020, le droit au remords élargi est envisageable. Les internes ayant passé leur ECN à partir de 2019 sont donc concernés par cette démarche. Il était pertinent de prendre en compte ce type de population car le droit au remords élargi implique un cheminement plus complexe et une démarche davantage proactive que le droit au remords classique, l'interne pouvant avoir accès à des spécialités qu'il n'aurait pas pu avoir avec son classement aux ECN.

Nous avons exclu les internes de spécialité médicale et chirurgicale qui n'ont pas réalisé le DES de médecine générale à Strasbourg lors de leur cursus universitaire. En effet, ce travail ne concerne que les internes de médecine générale ou les internes étant passés dans cette spécialité pour permettre une amélioration de la prise en charge et du suivi du droit au remords par l'équipe pédagogique de la médecine générale à Strasbourg.

### III) Recrutement

Le recrutement de la population est constitué **d'un échantillon raisonné<sup>1</sup> et homogène** dans son vécu d'une expérience commune. En effet dans l'IPA (23–25), le recrutement se concentre sur des personnes ayant vécu le phénomène étudié : ici le doute pour un droit au remords. Cependant, conformément aux recommandations, nous avons diversifié la population sur d'autres caractéristiques comme le sexe, l'année de passage des ECN, le doute pour un droit au remords classique ou élargi ou sur la spécialité vers laquelle ils veulent se tourner. L'ensemble de ces facteurs pouvaient, en effet, modifier le vécu du doute concernant droit au remords.

Le recrutement a été effectué par effet « boule de neige » suite à des discussions entre internes ayant choisi la ville de Strasbourg à l'issue des ECN. Le bouche à oreille sur la présence d'un doute chez certains internes sur leur spécialité de médecine générale a permis la réalisation d'un échantillonnage raisonné homogène. Cet échantillonnage a permis d'explorer tous les aspects possibles d'un processus où un interne envisage le droit au remords. Les coordonnées des participants ont été collectées via les

---

<sup>1</sup> Échantillonnage raisonné : procédure d'échantillonnage consistant à sélectionner des participants considérés comme typique de la population cible, cette procédure étant destinée à garantir la validité externe des résultats.

réseaux sociaux tels que Facebook et Messenger. Ils ont été contactés puis recrutés suite à une explication de l'objectif de l'étude ainsi que des modalités de l'entretien. Une notice d'information a été conçue et donnée à chaque participant (Annexe 2).

#### IV) Recueils des données et archivage

Les données ont été recueillies par **entretiens semi-dirigés individuels**. Les entretiens ont été effectués du 15 décembre 2021 au 31 mai 2022. Par ailleurs, nous avons fait le choix de réaliser chaque entretien en face à face de façon individuelle pour permettre un recueil des informations non verbales et émotionnelles des personnes interviewées. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu neutre et calme. Le choix de ce lieu a été décidé par l'interrogé lui-même : L'Université de Médecine de Strasbourg, ou le logement personnel.

Le nombre de participants n'a pas été défini en amont de la réalisation des entretiens. L'objectif était d'atteindre la suffisance des données permettant une analyse et un raisonnement corrects. Cette suffisance des données est atteinte lorsqu'il n'y a pas d'éléments nouveaux dans au moins deux entretiens consécutifs.

Une grille d'entretien a été réalisée pour guider ces entretiens auprès des médecins. Cette grille d'entretien, présentée en Annexe 3, comporte un maximum de questions ouvertes permettant aux participants de s'exprimer plus librement et ouvertement. Elle a été testée durant les deux premiers entretiens et remaniée par la suite avec l'ajout de questions selon les verbatims ayant émergé lors des deux premiers entretiens. Chaque entretien a été enregistré via un dictaphone puis retranscrit intégralement de façon anonyme. Aucune donnée n'a été perdue.

L'archivage des données a été réalisé via un document Word sécurisé par un mot de passe. Ces données seront conservées pendant 3 ans, temps nécessaire à la retranscription des entretiens et de leur analyse.

## V) Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par la chercheuse et sa directrice de thèse. Les entretiens ont été codés en double lecture, de manière indépendante avec un codage ouvert initialement.

Par la suite, l'analyse et la synthèse ont été réalisées de manière manuscrite. Cela a permis l'émergence dans un premier temps de thèmes puis de thèmes superordonnés. Dans un second temps, une articulation entre les thèmes a permis l'émergence d'une explication du phénomène en lien avec le vécu de ce doute envers la spécialité de médecine générale. Cette explication du phénomène a été permise grâce à l'émergence de concepts provenant des différents entretiens.

## VI) Risques prévisibles de l'étude et solutions apportées

Certaines questions pouvaient mettre mal à l'aise les participants en évoquant leurs souvenirs et leurs doutes quant au choix de leur spécialité et leurs ressentis durant ce processus de réflexion autour du droit au remords. La méthodologie utilisée lors de cette étude est l'entretien semi-dirigé. À ce titre, la chercheuse pouvait, à tout moment, interrompre l'entretien si elle sentait que la personne interrogée semblait mal à l'aise. De plus, chaque participant avait été prévenu dès le début de l'entretien qu'il n'était pas obligé de répondre à toutes les questions.

Par ailleurs, des expériences personnelles pouvaient être racontées pendant l'entretien. Afin de protéger ce type de données, un avis auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) a été demandé et reçu. Le consentement écrit des participants a été recueilli. Ceux-ci ont été informés que leur consentement pouvait être retiré à tout moment.

À la fin de chaque entretien, les coordonnées du Syndicat Autonome des Internes d'Alsace (SAIA) ainsi que celui du groupe bien être du Département de Médecine Générale (DMG) ont été fournies à la personne interrogée, de façon à ce qu'elle puisse se tourner vers eux si l'entretien avait ravivé des doutes ou des interrogations par rapport à son parcours professionnel.

## VII) Aspects éthiques et réglementaires

### A. Consentement éclairé

Le consentement oral et écrit a été recueilli auprès de chaque participant via la réalisation d'une notice d'information et d'une lettre de consentement à signer par chacun (Annexe 4). Chaque entretien retranscrit est resté à disposition des participants. Il a été rappelé à chaque participant qu'il dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données, ainsi que de la possibilité de retirer leur consentement, à tout moment pendant la durée de l'étude, sans avoir à donner de justification.

### B. Confidentialité et anonymisation

Cette étude comportait un recueil de données à caractère personnel tel que : l'identité, le sexe, le parcours professionnel ou encore certains lieux ou noms de maîtres de stage, lors des entretiens. La chercheuse a ensuite retranscrit l'entretien en anonymisant ces éléments, en attribuant des prénoms de substitutions à chaque personne interrogée. Les caractéristiques des participants présentées dans le travail ne feront mention ni du nom, ni de données permettant leur identification.

La directrice de thèse, qui a réalisé la double lecture et qui a été cheffe de clinique au DMG de Strasbourg (donc à même de connaître certains internes ou médecins mentionnés), n'a pas eu connaissance du nom ni du prénom du médecin interrogé, et n'a eu accès qu'aux verbatims anonymisés. La seconde directrice de thèse qui a relu l'ensemble du travail, est maître de stage. Elle ne fait pas parti du DMG, ce qui a permis de trianguler davantage les données de manière objective, de façon à limiter le biais d'interprétation.

Seule la chercheuse est à même de faire correspondre les coordonnées de la personne, les données associées et le prénom de substitution aléatoirement attribué qui est présent dans un tableau de correspondance. Ce tableau de correspondance ne sera pas publié dans le travail.



## C. Les autorisations réglementaires

### *a. Commission Nationale de l'information et des libertés (CNIL)*

La recherche de notre étude est hors champ de la loi Jardé puisqu'elle est basée sur des données déclaratives uniquement. Un avis auprès de la Commission National de l'information et des libertés (CNIL) a donc été pris et peut être retrouvé sur ce lien : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-528>

### *b. Comité d'éthique*

Par ailleurs, un avis auprès Comité d'Éthique de Recherche – Unistra (CER Unistra) de l'Université de Strasbourg a été demandé. Le comité d'éthique pour la recherche Unistra a donné son accord suite à un examen éthique du projet le 6 décembre 2021. Il est enregistré sous le numéro d'accréditation ci-dessous : Unistra/CER/2021-32.

## Résultats

### I) Entretiens

#### A. Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 26 minutes et 131 minutes avec une durée moyenne de 64 minutes.

#### B. Description de la population

Nous avons réalisé 15 entretiens. Nous avons recruté 15 personnes comme suit :

- 6 personnes ayant fait leur droit au remords dont 2 ayant fait un droit au remords élargi
- 7 personnes ayant décidé de ne pas réaliser leur droit au remords
- 2 personnes étant encore dans le doute

Ce recrutement a permis **d'explorer au mieux tous les aspects possibles du processus d'un interne qui envisage le droit au remords.**

**Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés**

Entretiens	Durée de l'entretien (en min)	Faculté d'externat	Sexe	Environnement	Année ECN	Situation professionnelle actuelle	Doute vers quelle spécialité	Début de la période de remise en question	Décision	Type de droit au remords
1. Lucas	131 min	Strasbourg	H	Parents médecins	2019	Interne en 4 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Vers Psychiatrie	2 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
2. Marine	72 min	Strasbourg	F	Pas d'entourage médical	2019	Interne en 3 <sup>ème</sup> semestre de Médecine d'Urgence	Vers Urgences	1 <sup>er</sup> semestre de Médecine Générale	Urgences	Classique
3. Louis	26 min	Strasbourg	H	Pas d'entourage médical	2019	Interne en 4 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Vers Urgences	2 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
4. Claire	81 min	Strasbourg	F	Famille de médecin (Père, mère et oncle)	2020	Interne en 2 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Vers Pédiatrie	1 <sup>er</sup> semestre de Médecine Générale	En cours	
5. Amélie	36 min	Strasbourg	F	Pas d'entourage médical	2017	Interne en 6 <sup>ème</sup> semestre de Psychiatrie	Vers Psychiatrie	2 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Psychiatrie	Classique
6. Lucien	70 min	Strasbourg	H	Famille de médecin (Père, mère et grand père)	2018	Post internat de Médecine Générale	Vers Urgences	3 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
7. Christophe	87 min	Strasbourg	H	Pas d'entourage médical	2019	2 <sup>ème</sup> semestre d'Anesthésie/Réanimation	Vers Réanimation	Dès le début de l'internat de Médecine Générale	Anesthésie réanimation	Elargi
8. Christian	77 min	Besançon	H	Pas d'entourage médical	2019	Interne 5 <sup>ème</sup> semestre Médecine Générale	Vers Urgences	Fin du 1 <sup>er</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	

9. Cécile	42 min	Nancy	F	Père médecin	2020	Interne en 3 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Vers Chirurgie Orale	2-3 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
10. Pauline	56 min	Strasbourg	F	Pas d'entourage médical	2019	Interne en 3 <sup>ème</sup> semestre de Gynécologie Médicale	Vers Gynécologie Médicale	2 <sup>ème</sup> semestre Médecine Générale	Gynécologie Médicale	Classique
11. Léonie	53 min	Nancy	F	Frère médecin	2019	Interne de 5 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	?	1 <sup>er</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
12. Raphaël	78 min	Strasbourg	H	Famille de médecin ( Père et mère)	2019	Interne en stage Hors filière (Chirurgie Orthopédique ) de Médecine Générale	Vers Chirurgie Orthopédique	Dès le début de l'internat de Médecine Générale	Chirurgie orthopédique	Elargi
13. Axelle	48 min	Nancy	F	Pas d'entourage médical	2020	Docteur Junior en 8 <sup>ème</sup> semestre de Médecine d'Urgence	Vers Urgences	1 <sup>er</sup> semestre de Médecine Générale	Urgences	Classique
14. Rose	63 min	Rennes	F	Pas d'entourage médical	2020	Interne en 3 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Vers Urgences ou Pédiatrie	2 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine Générale	
15. Alice	42 min	Strasbourg	F	Pas d'entourage médical	2020	Interne en 4 <sup>ème</sup> semestre de Médecine Générale	Médecine interne	Dès le début de l'internat de Médecine Générale	En cours	

## II) Découvrir la médecine

A la lumière de l'analyse de nos entretiens, nous nous sommes rendus compte que le processus décisionnel et émotionnel commence dès le début des études de médecine, un résultat inattendu pour nous. Nous allons, dans cette partie, vous détailler et résumer les ressentis et les processus qui se passent lors de la découverte de la médecine, durant l'externat et au moment du choix ECN. Nous ne pouvons pas le dissocier de notre analyse de recherche, nous allons donc vous exposer de manière succincte ces résultats. Notre travail porte plus spécifiquement sur le droit au remords que nous détaillerons de manière plus importante dans les parties sous-jacentes.

L'entrée en médecine, après le baccalauréat, est une expérience complexe. En effet, c'est une période de **construction multifactorielle de l'identité professionnelle et personnelle**. Cette période est une **découverte de soi et du monde médical**.

Le choix de devenir médecin est, pour certains souvent **très clair** depuis longtemps comme Claire : « *Je ne me suis jamais posée la question de qu'est-ce que je voulais faire, parce que pour moi c'était comme ça. Beaucoup de gens disent que c'est une vocation mais pour moi c'était vraiment ça.* » Et pour d'autres, **incertains** comme Axelle : « *C'est la conseillère d'orientation qui m'a jeté dedans ahah. Donc très tardivement. [...] Et je ne m'en sortais pas trop mal au lycée et la conseillère d'orientation m'a proposé de tenter médecine. Et voilà, on en est là.* »

### A. De la P1 à L'externat

La première étape de la formation de l'identité professionnelle se crée lors du 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycle de médecine. Durant cette période, plusieurs éléments entrent déjà dans le processus décisionnel, réflexif et émotionnel de la future question du droit au remords. En effet, les figures d'exemples, l'influence de l'environnement et de l'entourage, le parcours atypique et le conditionnement à la performance et la réussite à travers le discours facultaire, préexistent à cette réflexion. Ces facteurs rentrent dans le concept de préjugés et de conditionnement instaurés lors du début du cursus. Ces facteurs de

construction de l'identité professionnelle participent au positionnement que l'étudiant va avoir par rapport aux spécialités.

a. Figures d'exemples ou expériences fortes durant ce début de parcours

Sept personnes interrogées dans cette étude ont eu des figures d'exemples positives ou négatives ainsi que des stages forts durant leur externat. Ces rencontres ont entraîné un attrait ou rejet/inintérêt pour le métier de médecin d'une spécialité particulière. Elles ont eu une influence sur le choix de la spécialité aux ECN, d'autant que le relationnel est une partie importante dans le ressenti d'un étudiant face à ses stages, même si cela peut être subjectif.

- Figures d'exemples positives : Lucas : « *J'avais eu un super maître de stage une super MSU qui prenait des externes qui m'avait fait adorer l'exercice de médecine générale en 2017* » ; Léonie : « *C'est vraiment LA rencontre. Ça a basculé en trois jours entre neuro vers Méd G. De base je pensais vraiment que la médecine générale c'était de la merde, je le pensais vraiment. Et en trois jours, je me suis dit « mais c'est trop bien en fait ». Ce mec il m'a changé la vie... Vraiment* »
- Expériences positives : Claire : « *Avec mes stages, je me suis rendu compte que j'aimais bien quand ça bougeait, j'aimais bien les urgences et aussi les urgences vitales* » ; Raphaël : « *Bah dès que j'ai mis les pieds au bloc en fait. Un peu une évidence* »
- Figures d'exemples négatives : Axelle : « *Je suis tombée sur un vieux médecin, qui m'a dit : « Ne fais pas urgentiste c'est une connerie ». »*
- Expériences négatives : Marine : « *Par contre, j'ai fait un mois de stage chez une Méd G à [X, ville d'Alsace]. Bah j'ai détesté, Bref c'était l'enfer sur terre. »* ; Christophe : « *Et très clairement la conclusion de l'externat c'était que je ne voulais pas faire de la médecine générale. C'était une spé qui ne m'intéressait pas, de par l'expérience que j'en ai eu tu vois...* »

Certains internes ont réussi par ailleurs à **orienter leurs stages d'externat en fonction de leur attrait** pour une pratique médicale comme le montrent Axelle et Christophe qui ont orienté leur externat vers les soins aigus et critiques.

Cela leur a permis de **voir la patientèle et la médecine qui les attirent et d'essayer de faire un choix aux ECN en lien avec leur appétence** pour un domaine et en connaissance de cause.

Au total : Les expériences ainsi que l'identification à des modèles de rôles positifs ou négatifs **peuvent renforcer ou infirmer** les préjugés et le conditionnement inculqués pendant les 6 premières années de médecine. La vision de la médecine va fluctuer en fonction de tous ces facteurs, ces rencontres et ces expériences.

**Figure 1 : Processus de renforcement ou d'atténuation des préjugés et du conditionnement d'un étudiant en médecine**



b. L'influence de l'environnement extérieur tel que l'entourage

Les médecins interrogés ont évoqué le rôle de leur environnement extérieur sur leur raisonnement.

**L'environnement familial et l'entourage** peuvent avoir un impact sur l'étudiant lors de ses études de médecine. En effet, **l'ethos familial** peut avoir un rôle positif ou négatif sur l'étudiant. La posture de l'entourage et l'environnement familial vont alors plus ou moins stimuler l'étudiant dans son cursus en fonction de :

- La destinée familiale (famille de médecins)
- La reconnaissance sociale (un médecin dans la famille)
- La confirmation de la vocation de l'étudiant
- Le rejet du métier des parents médecins

En effet, en fonction de tout cela, certains médecins, comme Lucas ayant des médecins dans sa famille, ont **ressenti une certaine pression et des attentes de la part de leur entourage** qui ont eux-mêmes leur **vision des choses, leurs projections et leurs diktats** : *« Les parents qui avaient fait pression pour que je sois sur les rails tout de suite tu vois, même si les études médicales j'ai toujours aimé ça, puisque mes parents sont médecins. [...] Ma mère surtout a fait pression à l'époque pour qu'on passe notre 1<sup>ère</sup> année comme ça « tu verras t'auras un emploi, tu auras pleins d'avantages rémunérés, une reconnaissance sociale et ainsi de suite », sachant qu'eux ils sont vraiment partis de rien et ils se sont élevés dans les échelons sociaux. »*

Cet environnement médical connu par l'entourage peut être plus ou moins bénéfique car justement ces étudiants sont **moins surpris** par le monde de la médecine et ils se trouvent dans **un environnement connu**. Cependant la pression peut être tout de même extrême et fortement présente comme l'a ressenti Léonie : *« En fait, pour moi c'était assez clair mon choix. Mais c'est surtout mon frère qui m'a fait pression pour ne pas faire ça. Et mes parents, qui du coup étaient beaucoup influencés par mon frère, m'ont fait chier. En fait j'ai passé tout mon été après les ECN, à justifier auprès de ma famille que je voulais être généraliste. »*

À l'opposé, d'autres médecins n'ont pas baigné dans ce monde médical. Aucun médecin n'est présent dans leur entourage. Ils ont donc possiblement **moins de pression et plus de liberté** dans leur pratique et leur choix. Mais la réalité du terrain et de l'environnement médical peut être difficile. Ils sont donc éventuellement **plus libres mais tout autant démunis** face à la culture médicale comme l'a vécu Christian.



De plus, Christian explique bien ce **phénomène de déterminisme social**: « *Par exemple je pense que si tu es un enfant de médecin, on est un peu conditionné, enfin on a déjà un bon soutien scolaire donc on a plus de chance que d'autres d'avoir des bonnes notes à l'école et donc on est peut-être un peu plus poussé à faire médecine, et l'environnement comprend mieux le cursus de médecine. Ce qui n'a pas été le cas pour moi. Et la du coup il faut se débrouiller seul dans ces cas-là. [...] Mes parents sont analphabètes et du coup je pense que le cursus médical est extrêmement compliqué à leur faire comprendre [...] Mais au global, ils ont pas soutenu parce qu'ils ne pouvaient pas en fait, je pense qu'ils ne pouvaient pas comprendre ! » »*

Pour finir, l'entourage proche **peut avoir une influence consciente ou inconsciente sur le choix aux ECN**. En effet, l'avis de la famille ou du conjoint peut rentrer dans le raisonnement de ce choix comme nous l'explique Marine qui a ainsi été poussée dans le choix de la médecine générale par sa mère ou Claire par son compagnon qui voulait rester en Alsace.

### c. Parcours atypique

Certains internes interrogés ont un parcours atypique durant ce cursus médical. Ce parcours **hybride est parfois nécessaire pour conforter les étudiants dans leur choix**. En effet, ils ont parfois la sensation de :

- **Ne pas être prêt pour le concours ECN** : Marine « *Et je me suis dit après c'est la 6<sup>ème</sup> année, chaque année j'ai eu des rattrapages, je ne vais jamais avoir un bon classement [...] Donc je me suis dit que c'était plus simple de redoubler la 5<sup>ème</sup> année. »*
- **D'avoir un « ras le bol » des études de médecine avec une sensation d'enfermement** dans ce cursus comme Lucas : « *Après disons que le parcours médical m'avait bien gavé, soulé et j'ai fait psycho car ça m'intéressait pas mal, et du coup j'ai fait L2 puis L3 de psycho et ensuite j'ai terminé ma D1. »*
- **D'avoir un doute sur quelles études faire après le bac** comme Amélie l'a exprimé.

Ce type de parcours atypique semble être une des conséquences de la pression pendant le cursus médical. Cette bifurcation durant ce parcours long et exigeant est **parfois nécessaire pour se valider soi-même et être certain que médecine est la bonne voie.**

Au total : Durant la 1<sup>ère</sup> partie de son cursus, l'étudiant en médecine va donc être confronté à des **situations émotionnelles qui seront susceptibles d'influencer son regard sur ses études, sa volonté de poursuivre celles-ci ainsi que le choix d'une spécialité.**

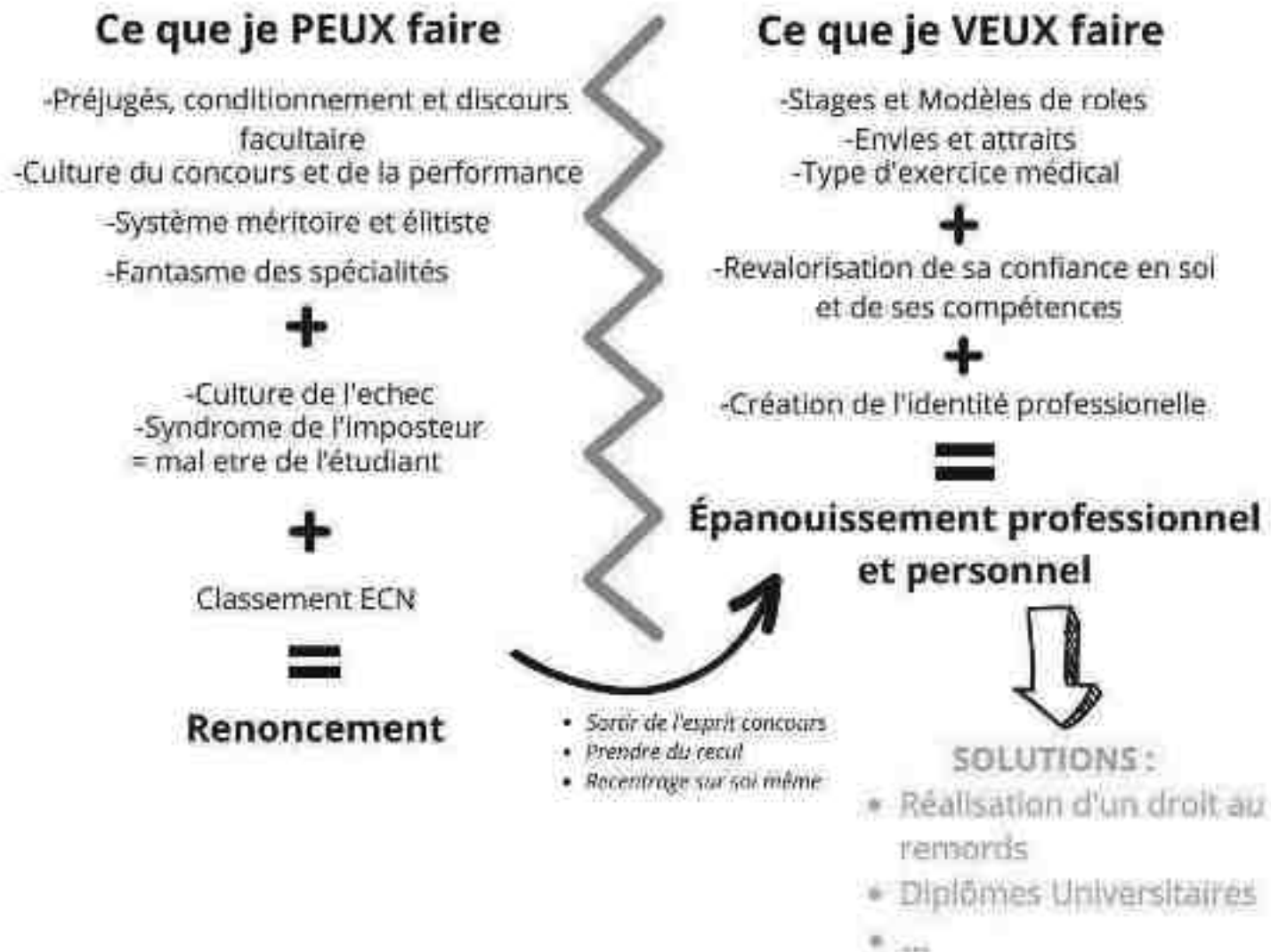
#### B. Représentations, conditionnements, stéréotypes et préjugés

Les études de médecine sont un **milieu d'excellence**. À travers les différents concours, la 1<sup>ère</sup> année, ainsi que celui de la 6<sup>ème</sup> année, la sélection est rude.

Plusieurs médecins interrogés durant ce travail ont ressenti **cette pression** et la nécessité de se conformer à **un stéréotype d'étudiant modèle** durant leurs études : le fait de devoir « *être dans les rails* », de « *rentrer dans le moule* » qu'on leur impose. Cette nécessité de se conformer pour se soumettre aux lois d'excellences individualistes du milieu des études médicales est vécue comme une violence, mais aussi comme quelque chose de si difficile qu'il est compliqué de se détourner du chemin parcouru et à parcourir, sous peine de renier toutes ces années d'efforts. Tenir le choc passe par des mantras comme « *le plus dur est passé* », mais enferme aussi parfois l'étudiant dans son parcours malgré la difficulté.

Certains discours, certains préjugés, créent inconsciemment une hiérarchie des spécialités, peu de fierté lors du choix de la spécialité, ou encore un syndrome de l'imposteur que nous allons voir par la suite. La conséquence de ce modèle génère des effets sur l'étudiant : **renoncer à « ce que je VEUX faire » pour « ce que je PEUX faire »** avec le classement reçu à l'ECN **alors que « l'envie » est un élément important de la réussite et de l'épanouissement personnel. Les internes en prennent conscience au moment de se poser la question du droit au remords.**

Figure 2 : Ce que je PEUX faire VS Ce que je VEUX faire



a. *Culture de concours, de la performance. Système élitiste et méritoire de la médecine*

Le **culte de la performance, le système élitiste et méritoire** que l'on peut percevoir dans les études de médecine entraînent **une pression importante** pour ce concours et durant les études : Marine « *Pendant ma D4 c'est la catastrophe, je sens que je ne vais jamais y arriver. [...] J'étais dans un état pas possible de stress. »*

Cette pression va engendrer une **dévalorisation constante et permanente de l'étudiant** : Christophe « *Toute la pression des ECN te met en tête que si tu ne réussis pas, et bien tu es moins compétent que d'autres [...] tu es dans une culture de concours, et en fait comme tu as l'impression que parce que tu n'es pas bien classé, que tu es quelqu'un de bête, que tu sais moins que les autres. »*

b. *Conditionnement de l'étudiant sur la performance et la réussite à travers le discours facultaire : la hiérarchie des spécialités entraîne un retentissement sur la construction de l'identité de l'interne*

Durant le parcours médical, plusieurs étudiants mettent en exergue le fait que le discours de la faculté d'origine sur le concours et les spécialités, qui fluctue d'une faculté à l'autre, peut **engendrer un certain conditionnement et des préjugés**.

De plus, certaines valorisations des spécialités sont présentes. En effet, selon les étudiants, ce discours valorisant ou non, peut **entraîner une vision particulière de la réussite et retentir sur le choix aux ECN**. : Marine « *Tu fais ophtalmo, tu as réussi ta vie, tu es un médecin généraliste, tu es un peu un raté. Enfin moi c'est comme ça que je l'ai ressenti. Et à la fin de la 6<sup>ème</sup> année, je pensais ça aussi mais c'est aussi parce que c'est comme ça qu'on nous l'a dit et redit aux fils des six années de médecine. Je l'ai pas inventé. »*

Certaines **spécialités** telles que les spécialités médicales ou chirurgicales **sont valorisées** et sont en lien avec **la réussite** de l'étudiant et la présence d'un bon classement à l'ECN comme la cardiologie ou l'ophtalmologie : Marine « *Les spécialités valorisées c'étaient l'ophtalmo, la radiologie, l'anesthésie et la cardiologie. Ça pour eux c'était bien, par exemple »*. **D'autres spécialités sont dévalorisées** par exemple, la psychiatrie ou la médecine générale qui sont associées **à l'échec**, ainsi que Christophe le

verbalise : « *Je ne sais pas, je trouve qu'il y a peut-être un conditionnement qui commence très tôt. Parce que en fait... Quand tu commences la médecine, déjà en 1<sup>ère</sup> année, on te conditionne. Je m'en rappelle une phrase qui m'avait marqué : « travaillez bien sinon vous ferez médecine générale... » ou encore pire la blague « tu vas rater les ECN, tu vas finir par faire santé publique dans la Creuse ». Donc tu vois il y a toute une culture de l'échec qui est associée soit à la médecine générale, soit à la santé publique, soit à la psychiatrie... [...] Et du coup forcément tu es conditionné tout l'externat à te dire que si je ne travaille pas bien je vais aller en médecine générale. [...] donc du coup forcément, quand tu échoues et que tu finis en médecine générale, et bah tu te dis « ah voilà j'ai échoué je suis en médecine générale » » et Alice l'explique : « Tu entendais quand même « si vous ne réussissez pas, vous finirez médecin généraliste dans la Creuse ». Donc voilà, on te conditionne quand même tout au long de ton cursus. »*

Marine résume bien le propos expliqué précédemment « *En gros si je résume, ils disaient « si tu veux faire ophtalmo à Paris il faut que tu sois dans les 100 premiers, et si tu veux faire médecine du travail dans la Creuse, tu peux être dernier c'est pas grave ». [...] Et du coup ça mettait la pression. Et la médecine générale n'était pas valorisée, mais médecine d'urgence non plus n'était pas valorisée, ni la psychiatrie. »*

Ce type de raisonnement **empêche les futurs médecins d'avoir une vision objective** de ce qui leur plait réellement et quel type de médecine ils veulent exercer plus tard. Ils ne sont pas attentifs à ce qu'ils apprécient, ce qui les captive et à leur « vocation ». **Tout ce conditionnement leur enlève une partie de leur spontanéité, d'écoute de leur instinct et de leurs besoins**

Cet ensemble a un **retentissement sur la construction de l'interne**. En effet, comme le soulignent Marine, Léonie et Christophe cela a une influence sur leur manière de penser et de voir les choses : Marine associait « *les médecins généralistes a des planqués qui n'étaient pas très bons ; et les urgentistes à des blaireaux qui n'avaient pas de vie* ». Léonie pensait « *que les médecins généralistes étaient toujours tous nuls. C'est ce qu'on nous dit à l'hôpital. Que c'est forcément HORRIBLE, l'enfer,*

*c'est la fin du monde, l'abomination : tu ne vas pas FINIR généraliste. Ils ne disent même pas : tu ne vas pas ETRE généraliste mais tu FINIS généraliste.* » Quant à Christophe il exprime « *un manque de légitimité auprès de ses confrères* » car il avait un mauvais classement aux ECN. **Ils associent donc le classement ECN avec estime et valeur de soi.**

Avec ce raisonnement, le système « *pousse et conditionne les étudiants à choisir des spécialités* » comme le souligne Alice et « *ne te pousse pas à te poser la question de : pourquoi tu ferais cette spécialité* » comme développe Christophe.

En lien avec ce concept de hiérarchie des spécialités, le fantasme d'une spécialité peut donc être ressenti : c'est **une représentation faussement idéalisée de la réussite sociale et de la réussite professionnelle via le choix d'une spécialité non ou peu connue parfois par les étudiants.** La méconnaissance des conditions réelles de pratique, une vision et représentation tronquée des spécialités en amont du choix ECN et un manque d'information sur les différentes spécialités peut **altérer le choix « en conscience » de l'étudiant et engendrer un choix biaisé.**

Voici les stéréotypes dominant encore les discours sur les spécialités, selon les internes interrogés :

URGENCES : Ce sont des « *super héros* » ; « *on faisait que du SMUR, où on intervenait sur des trucs graves* » ; « *je n'avais que « pimpon » dans la tête* » ; « *c'était un peu des kamikazes : ils montaient dans des camions, et ils roulent à 180km/h. Ils sont fous un peu* » ; « *j'avais une vision hyper idéalisée de ce que c'était durant l'externat [...] je l'évoquais comme un peu quelque chose à titre de rêve* »

MEDECINE GENERALE : C'est une spécialité visualisée comme « *imprécise* », « *non rigoureuse* » « *superficielle où tu ne creuse pas les diagnostics* », « *libérale* », et « *moins diversifié* » « *solitaire* » ; « *non à jour dans les recommandations* » ; « *La médecine générale je trouve qu'il y a beaucoup d'investissement de ta personne* » ; « *la médecine générale c'est le relationnel et l'humain* » ou la « *relation médecin/patient est très présente* ». ; « *« je vais tomber sur un taré, qui va faire n'importe*

*quoi, ça va être nul » parce que forcément à ce moment tu n'as fait que des stages à l'hôpital et donc la médecine générale c'est de la merde, ce sont tous des cons, ils sont tous nuls et c'est nul. »*

PSYCHIATRIE : Pratique « Hospitalier » : *« je me disais qu'il y avait un mystère qui planait autour des psychiatres et qu'il fallait vraiment, enfin je ne sais pas, qu'il fallait vraiment avoir un petit truc particulier pour faire ça : enfin avoir un talent pour ça. »*

CHIRURGIE : C'est une spécialité « Harassante » avec « Beaucoup de boulot ».

Le discours facultaire **accentue la pression sur les étudiants** comme le souligne Raphaël : *« il faut que vous soyez meilleurs »*. Les étudiants **se battent et révisent donc pour un classement et non pour une spécialité ni une définition de leur identité médicale**. Ils ne s'autorisent pas à choisir ce qui leur plaît mais plutôt ce qu'ils peuvent faire, car le classement des ECN conditionne toute la suite du processus.

Pauline met en avant qu'elle a tout de même **l'impression que ce discours s'estompe progressivement et qu'un changement de paradigme est en cours** : *« Maintenant c'est vrai qu'il y a peut-être un discours de dire que c'est plus dur d'avoir une spécialité que d'avoir médecine générale, mais je trouve que ces dernières années ça a pas mal changé. Médecine générale est bien montée dans les classements, même les 1<sup>er</sup> choisissent ça. Et donc je trouve que ça s'est un peu estompé avec le temps. »*

Au total : L'influence extérieure telle que l'entourage et la faculté peuvent entraîner des préjugés ou une absence de préjugés. Cela a pour conséquence **un retentissement sur la création de leur projet professionnel, donc sur le processus décisionnel de l'étudiant sur son choix de spécialité puis sur le doute sur le droit au remords**.

### *c. Culture de l'échec*

Dans le cursus médical, la remise en question est constante. En effet, la culture de l'échec, la non-valorisation de l'apprentissage ni de l'erreur dans les études médicales entraînent une perte de **confiance des étudiants en eux, et une remise en question** qui n'est pas toujours facile à gérer comme le mentionne Claire et Amélie respectivement : *« Et genre on nous a tellement expliqué durant toutes*

*nos études qu'on s'est planté, que tu as des rattrapages, tu te plantes à l'ECN, tu te plantes en P1, tu redoubles ta 1<sup>ère</sup> année. Enfin, au bout d'un moment ça suffit de toujours expliquer qu'en médecine tu te plantes quoi... » ; « En médecine, tu n'as jamais droit au doute donc bon... »*

L'importance de la **parole et des mots utilisés** a été mise en évidence. Les mots peuvent faire mal et entraîner une remise en question excessive et engendrer un mal-être des étudiants comme le souligne Lucien à travers des paroles de ses chefs lors d'un stage qui lui ont dit « *tu es en train de tuer quelqu'un, tu es en train de TUER quelqu'un...* »

Cependant ce mode de pensée est peut-être aidant car comme Lucien le mentionne : « *Je pense que notre carrière entière va être une remise en question perpétuelle en fait* ». Cela **permet à l'interne et donc au futur médecin de se remettre en question tout au long de sa carrière**. Mais il faut trouver le juste milieu pour ne pas tomber dans le syndrome de l'imposteur comme expliqué ci-dessous.

*d. Syndrome de l'imposteur vécu par les internes et la difficulté à être fier de soi*

Toute cette culture de l'échec et l'ensemble des préjugés peuvent engendrer un syndrome de l'imposteur<sup>2</sup> vécu par certains internes. Les personnes souffrant de ce syndrome ont tendance à douter de leurs capacités à réussir malgré leurs aptitudes qui ont été démontrées. En effet, le concours des ECN, les classements, et la mise en concurrence avec les autres étudiants peuvent entraîner une **perte de confiance en leurs connaissances et leurs actions**. Marine exprime très bien cette perte de confiance : « *Mais j'avais l'impression d'être la dernière des dernières [...] Et du coup j'avais l'impression d'être nulle ; J'avais peur de tuer quelqu'un.* » ainsi que Christophe qui verbalise le vécu du syndrome de l'imposteur : « *J'ai vécu un peu un syndrome de l'imposteur en fait. [...]. Et le fait d'accéder à une spé où ce n'est que des gens, internes bien classés, bah je me suis dit « putain mec, est ce que tu en es vraiment capable, est ce que tu es comme ces gens-là, est ce que tu sauras retenir, apprendre et faire comme eux ? ».*

---

<sup>2</sup> Tendance psychologique à se remettre en question. Ce sont des personnes qui, en dépit de leur réussite ou de preuves objectives expliquant leur situation actuelle, ne se sentent pas légitimes quant à leur statut. (27)



L'impact des études et du mode de pensée dans le cursus médical engendre une perte de confiance en soi et une remise en question parfois excessive comme le mentionne Christophe : *« J'ai remarqué aussi, au fil des études, que mon caractère a évolué aussi. Je pense que c'est parce que j'ai grandi et mûri aussi, mais aussi parce que les études font que tu évolues. Avant j'étais une personne qui avait quasiment trop confiance en moi. Et comme durant mes études, on m'a remis plusieurs fois à ma place... Bah maintenant je me remets souvent en question, même parfois trop. Je suis un peu dans l'autre opposé, et parfois j'ai beaucoup moins confiance en moi »*

Le sentiment de **difficulté à être fier de soi est fortement ressorti** durant cette étude. Les deux tiers des internes mettent en **lumière la complexité à valoriser leur parcours et leur personne** :

- Alice : *« Je te disais du coup que j'avais l'impression de régresser et que je suis de moins en moins fière... »*
- Christophe : *« Humm... Enfin c'est marrant parce que tout le monde me le disait : en fait après les ECN je l'ai vécu comme un échec, et on m'a un peu enlevé tout.... J'avais du mal à être fier en fait, j'avais du mal à être fier parce que j'avais un peu pris médecine générale par défaut. Et je ne pouvais pas être fier de quelque chose que j'ai un peu subi. »*

Au total : Nous avons mis en exergue que le syndrome de l'imposteur est fréquent dans la population étudiée. Par ailleurs, la dévalorisation permanente du type *« je vais me planter »* ou *« je ne suis pas une assez bon médecin »* peut engendrer un mode de **pensée négatif et des croyances limitantes**<sup>3</sup>. Le milieu médical est un milieu psychologiquement agressif. Il est donc nécessaire de repérer ces types de pensées qui sont **des prémices possibles de symptômes dépressifs voire des idées noires**.

---

<sup>3</sup> Croyance limitante : Une croyance limitante est un état d'esprit à votre sujet qui peut vous ralentir ou vous freiner dans la réalisation de certains actes. Ces croyances sont souvent de fausses idées. Une fausse idée que vous vous faites sur vous-même.

*e. Complexe du fainéant*

Par ailleurs, la qualité de vie entre de plus en plus en compte dans le choix des internes pour leur spécialité. Il y a une dichotomie entre les différentes visions de « réussir sa vie ». En effet, la culture du travail inculquée durant leurs études, et le conditionnement autour du travail entraînent un sentiment de culpabilité pour les médecins qui veulent en faire un peu moins au niveau professionnel afin d'améliorer leur qualité de vie.

Dans le contexte du concours où la culpabilité se fait ressentir, il **n'est implicitement pas permis de craquer, de prendre du temps pour soi ni de montrer ses faiblesses**. Ce message inculqué lors des études, peut entraîner un **complexe du fainéant** lorsqu'un médecin veut essayer de trouver son équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Christophe le mentionne dans ses propos : *« Je trouve que c'est un peu tabou. Parce que j'ai l'impression que quand tu veux un bon cadre de vie, l'image que tu dégages c'est un peu que tu n'as pas envie de bosser. Un peu le complexe du fainéant. Alors que NON, je suis désolé chacun a sa vie et ses aspirations quoi. Si ce qui te rends heureux c'est d'avoir une vie de famille, [...] Après c'est sûr qu'il y a toujours des complexes et des réflexions archaïques quoi... [...] Parce qu'il y a une culture du travail, qui fait que dès que tu as envie d'avoir une qualité de vie, bah tu passes pour un fainéant ! Enfin je trouve. [...] il y a une culpabilisation sur les gens qui ne travaillent pas, ou juste moins. Alors que je suis désolé, on est adulte et vacciné, chacun fait ce qu'il aspire à faire »*

Au total : Tous ces facteurs de découverte de la médecine et ces concepts tels que la culture du concours avec un système méritoire, la culture de performance ou encore le syndrome de l'imposteur et les croyances limitantes, **entrent dans la construction de l'identité professionnelle. Cette dernière participe au positionnement de la personne par rapport à la spécialité choisie** à la fin de l'externat et par la suite au fait de se poser la question du droit au remords.

A la fin de leur externat avec le choix aux ECN, certains étudiants se trouvent dans la partie « ce que je **PEUX faire** » comme Alice : *« Et au fur et à mesure ce n'était pas un choix de cœur, c'était plus en mode*

: « *c'est le destin, tu es arrivée autant aux ECN bah tu vas faire de la médecine générale* » ». Le cursus médical de l'internat qui arrive par la suite va permettre une évolution vers « **ce que je VEUX faire** », **la création de leur projet et identité professionnels**. En effet, cela fait partie **du processus de deuil de « l'étudiant parfait »** et permet progressivement à l'étudiant de **s'épanouir**.

### C. Choix ECN

Le choix aux ECN est un choix complexe. C'est un concours vécu comme difficile auprès des étudiants en médecine car la compétition est omniprésente, surtout durant la 6<sup>ème</sup> année comme l'ont exprimé Marine, Claire, Christophe et Pauline. Dans un 1<sup>er</sup> temps, il y a **l'acceptation du classement**. Pour six des internes interrogés, il y a eu un fort sentiment de déception : **déception d'eux-mêmes et de leurs capacités à être médecin**. Un choc émotionnel peut être vécu de la part des internes comme l'explique Christophe : « *Du coup forcément c'était un gros choc. Donc du coup c'était un peu le traumatisme post ECN. [...] Enfin bref, moi je l'ai très, très mal vécu. J'étais quasiment dépressif.* » et Alice : « *Bah au début j'étais très déçue. Je pense que pendant les deux mois d'été, enfin ce n'était pas une déprime, mais moralement ça n'allait pas, je ne savais pas ce que j'allais faire de ma vie !* »

Les internes ont l'impression que **ce chiffre les représente et représente leur valeur en tant que personne** et en tant **que futur médecin** : Raphaël « *Mais quand tu as le chiffre devant toi, tu as un peu du mal de te dire : « Bah je vauX ça en fait tu vois ? ». Enfin c'est bête de réfléchir comme ça mais au final c'est un peu ce qu'on te force à faire.* »

De plus, certains internes ont même vécu **cela comme une punition** qu'il devrait subir durant tout leur internat. En effet, le classement est important pour le choix des stages tout au long du cursus comme le raconte Lucas.

Puis vient la procédure de choix durant l'été et le choix en lui-même de la spécialité. Les simulations durant l'été **peuvent être mal vécues** comme l'exprime Marine, Christophe et Cécile : « *C'était maladif, je regardais tous les jours, c'était assez catastrophique.* » ; « *Tout l'été ça a été une réflexion ! [...] Je me suis posé des questions un peu avant les choix quand on a eu les simulations... Un enfer.* »

Cette décision est souvent **fluctuant et pas totalement arrêté** jusqu'au choix final. Le doute est présent avant le choix et persiste jusqu'à la décision finale qui englobe le plus souvent un équilibre professionnel et personnel. En effet, ce choix entraîne non seulement un choix de spécialité d'internat mais aussi un choix de vie.

- Lucas : « *Finally mon cœur balance entre médecine générale et psychiatrie* »
- Amélie : « *Bah écoute, du coup je me suis posée la question pendant toute la dernière année. Je ne savais plus trop comment me positionner. Je pense que j'étais vraiment... Enfin si t'arrives plus à prendre du recul et voir vraiment ce que tu veux faire. Enfin je pense que je ne savais vraiment plus.* »
- Rose : « *Puis du coup, j'ai passé le concours et je ne savais pas trop quoi prendre.* »

Ce choix est entre autres **conditionné par le classement** comme le souligne très bien Rose : « *Et après il y a eu le concours de l'internat qui est arrivé et là c'était un peu dur parce que autant on nous apprend à être curieux sur tout, et du jour au lendemain on nous demande de faire un choix, qui est clairement conditionné par le classement qu'on a aussi.* »

Par ailleurs, le caractère ressenti comme **définitif de ce choix** rend cette décision compliquée à prendre : Christian : « *[...] c'est compliqué de faire un choix et de se dire qu'on part sur ce choix de manière définitive. On a un peu le cul entre deux chaises quoi.* »

Certains tels que Louis, Amélie et Lucien ont vécu ce choix de la médecine générale comme **logique et fluide**. Et d'autres, suite au classement, ont eu beaucoup de **doutes sur la médecine générale**. En effet, quelques fois, la **vision de leur vie s'écroule** après le résultat ECN comme le verbalise Alice : « *J'étais triste en fait. Au début soulagée et après me dire « Je n'aurai pas ce que je voudrai dans ma vie ». En fait ce n'est pas ce que j'espérais et comment je voyais les choses avant. Et donc du coup j'ai commencé mon 1<sup>er</sup> stage en médecine générale en novembre, et j'ai trouvé ça horrible.* »

Certains étudiants cherchent parfois **un plan de secours** car la spécialité qu'ils voulaient n'est plus accessible avec leur classement ECN. Pour eux, c'est **donc un choix de renoncement et non d'épanouissement** : Marine : « *Mais le truc c'est que moi depuis mon 1<sup>er</sup> stage d'externe je veux faire de la réanimation. Donc je ne savais pas quoi faire d'autre. Mais je me disais, faut que tu trouves un plan B, une solution de repli parce que si tu l'as pas il faut que tu aies un 2<sup>ème</sup> choix.* » D'autres **envisagent déjà le droit au remords** en choisissant la spécialité comme Amélie : « *Et du coup, j'ai choisi médecine générale en me disant qu'au pire je peux faire un droit au remords et voir comment ça allait se passer. [...] Je pense qu'au final l'idée était déjà là, mais que je voulais aller explorer tout de même la médecine générale.* » ou recherchent une **porte de sortie** qui est nécessaire pour les rassurer : Rose : « *ça me rassurait de me dire que si la médecine générale ça ne plait pas, j'aurais toujours cette porte de sortie vers la gynéco obstétrique avec un droit au remords.* »

Pour finir, certains ont même réalisé un **choix par défaut** tels que Marine : « *Et le jour du choix, j'étais plutôt mitigée. C'était plus un choix par défaut.* » et Christophe : « *Du coup je ne voulais pas faire médecine générale. Et je pense que j'ai pris médecine générale par défaut je pense [...] C'était un peu par élimination.* »

Plusieurs étudiants se sont même **posés la question, a posteriori, de la pertinence du choix réalisé à la fin de la 6<sup>ème</sup> année de médecine**. En effet, au vu de l'effort qu'ils venaient de fournir durant cette année difficile, et fatigués par leurs années d'externat, leur choix ne pouvait pas être assez mature et réfléchi :

- Pauline : « *Après les ECN, je trouve qu'on n'est pas très mature pour choisir, c'est pas évident.* »
- Axelle : « *Le choix de D4, soit c'est un choix très terre à terre et qui colle avec ce que je veux moi en lien avec quel projet de vie et pas forcément avec mon projet professionnel soit c'est un choix, c'est un grand mot que je vais utiliser, mais un choix d'orgueil ! [...] Et c'est compliqué parce que tu as la tête dans le guidon depuis 6 ans [...] Et je pense qu'il y a des internes qui se*

*retrouvent internes de spécialités, et ils se disent « qu'est-ce que j'ai foutu, qu'est-ce que je fais là ? » »*

- Alice : *« Et aussi j'étais dégoûtée de l'hospitalier à ce moment-là. En fait j'étais dégoûtée de la médecine et du système français, je n'étais pas d'accord avec les ECN. Et du coup, je m'étais dit que tant pis je ferai de la médecine générale. Au moins j'aurai plus besoin d'être à l'hôpital ! »*

Il faudrait donc que les externes puissent choisir leur spécialité en connaissance de cause et en toute transparence. Nous y reviendrons dans la discussion.

A distance de ce choix, les étudiants deviennent des **experts de leur propre choix** dans leur réflexion avec une prise de hauteur et critiquent eux-mêmes leur raisonnement.

Au total : Dans cette partie de l'étude, nous avons mis en avant le fait que durant les 6 premières années de médecine l'environnement, les rencontres, les stages ainsi que les représentations, le conditionnement, les stéréotypes et les préjugés entrent **en jeu dans le choix de la spécialité aux ECN**. Cela peut donc, possiblement mais non obligatoirement, être un choix imposé aux étudiants par le milieu universitaire.

<u>PRÉJUGÉS</u>	<u>CONDITIONNEMENT</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Environnement familial et socio-professionnel</li> <li>- Discours facultaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalo-centrisme</li> <li>- Culture du travail</li> </ul>

En effet, les préjugés et le conditionnement au cours de nos études renforcent des  **croyances subjectives inconscientes et orientent le choix des internes**. Tout cela peut entraîner une dévalorisation permanente de l'étudiant en lien avec la culture de l'échec très présente durant le cursus universitaire médical. **Les choix réalisés voire imposés à l'étudiant sont donc plus orientés vers ce que la communauté médicale attend d'eux plutôt que l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et de leur valeur personnelle**. Une sensation de subir un enfermement est donc présent lorsque leur choix de spécialité A n'est pas accessible. C'est donc un premier processus qui est à intégrer par les étudiants

durant ce parcours. Par ailleurs, ce processus a un retentissement conscient ou inconscient sur le questionnement du droit au remords qui fait suite.

### III) Découverte de la spécialité d'internat : la médecine générale

Le passage de l'externat à l'internat consiste à passer de la théorie à la pratique en exerçant son futur métier. L'objectif de l'internat est de découvrir sa spécialité, ici la médecine générale, les différentes pratiques, préciser ses connaissances pour définir comment chaque futur médecin va exercer sa médecine. Plusieurs éléments rentrent en compte pour créer cela : les stages, les rencontres, la formation...

L'objectif de l'internat de médecine générale est de **créer et de choisir le type de médecine que les futurs docteurs vont exercer** : Rose : *« On est tous différents, chacun ne peut pas avoir les mêmes aspirations de carrière, de patientèle, de manière de faire. Ça me paraît plutôt sain que certains veulent réorienter la pratique de manière différente »*

A travers l'internat, chaque interne **découvre des aspirations diverses et variées** grâce aux formations et aux stages. Cela permettra de créer **l'identité professionnelle de chaque étudiant**.

#### A. Stages et incertitude médicale en médecine générale

La découverte du cursus de médecine générale lors du début d'internat **peut être déroutante**. La **différence entre la projection de ce que pourrait être la spécialité choisie et la réalité du terrain** est parfois frappante. La nouvelle vision, dans la pratique, d'une spécialité choisie à l'ECN et l'exercice réel du métier de médecin généraliste peut entraîner le doute. Le décalage entre ce qui est appris durant l'externat sur la médecine générale et la réalité est parfois impressionnant comme le mentionne Rose : *« En fait, on nous donne tellement des petites bribes de ce que c'est les spécialités avant le concours, et lorsqu'on débarque et qu'on met les pieds dans l'exercice concret de ce que c'est cette spécialité-là, c'est un peu, des fois complètement différentes de ce dans quoi on c'était projeté ! »*

Comme Claire, Rose, Pauline, Axelle et Christophe l'expriment, plusieurs **éléments objectifs découverts lors de leurs stages d'internat ne leur convenaient pas** : le rythme, les pathologies

rencontrées dans la pratique libérale, le sentiment de devoir passer rapidement la main pour certains médecins généralistes ainsi que la découverte de la charge administrative. De plus, Axelle et Christophe mettent en avant que la découverte de **leur impossibilité de se projeter seul** en libéral dans leur future pratique était un frein à leur visualisation en médecine générale libérale : « *Mais je sais pas, j'avais un petit arrière-gout de « je ne sais pas si j'ai envie de faire ça ». J'avais du mal à me projeter en fait. Je n'arrivais pas à me dire : « plus tard c'est toi qui feras ça ». »*

De plus, **la crise sanitaire** a pu jouer un rôle dans la projection et la visualisation idéalisée de certaines spécialités comme l'exprime Christian : « *Et aussi pendant le COVID, aux urgences on avait un peu l'impression d'être les sauveurs du monde. [...] Tu avais un peu l'impression d'être un super héros à l'époque. Et ça je pense que ça a compté. [...] Je pense que ça aussi ça a été aussi un déclic pour me dire que la spé d'urgence était bien et que j'ai initié le droit au remords qu'après j'ai rétracté. »*

Le passage du statut d'externe à interne est **un grand plongeon dans le vide**. Les internes ont de grandes responsabilités et cela peut être surprenant et déconcertant. Deux stages sont obligatoires lors de la 1<sup>ère</sup> année d'internat de médecine générale : le stage aux urgences et le stage chez le praticien de niveau 1. Les médecins interrogés mettent en avant le fait que :

- Le passage aux urgences durant leur **cursus est autonomisant** et leur permet de **prendre confiance** en leur prise en charge et leur capacité à exercer la médecine. En effet, ils connaissent cette médecine car ils y passent une grande partie de leur externat : Louis « *Bah clairement c'est le stage aux urgences, c'était une super bonne ambiance, les chefs étaient top, l'équipe infirmière était formidable, on touche, on fait de tout : de la pédiatrie, de la traumatologie, de la neuro, de la gastro, franchement une prise en charge globale. On n'appelle pas le spécialiste tout de suite dès que le patient arrive. Il y a déjà une prise en charge avant qui est faite par l'urgentiste. On est plutôt autonome »*
- A contrario, le passage en médecine générale est **moins valorisant car ils sont moins indépendants** dans leurs prises en charge et leurs diagnostics. C'est une période où ils sont



plus **observateurs et passifs** : Lucas et Rose l'expriment dans leur propos : « *J'étais un super externe quoi, je prenais les constantes, je faisais l'examen clinique, c'est tout et je tamponnais... Mais je t'avoue que la 1<sup>ère</sup> chose ou je suis tombé des nues c'est de passer des urgences ou tu es autonome, à la médecine générale, tu es assis à côté du praticien et puis tu... Pfffff, Enfin tu observes quoi.* » ; « *Mais c'était le grand écart ou aux urgences on te dit d'aller voir un patient, de faire l'observation clinique, et ensuite donne-moi une orientation en fonction de ce que tu penses et on en reparle et le stage prat ou je me retrouve assise sur un tabouret à attendre* »

Cette dichotomie ressentie par les internes entre les deux manières d'exercer la médecine a été un **choc**. Cela peut entraîner de la **frustration et de l'incompréhension** de la part des médecins en formation qui peuvent ressentir une **régression dans leurs compétences** comme le verbalise Rose et Alice « *Mon stage prat, et alors la... vraiment catastrophe mais alors la désillusion la plus totale [...]* *Donc voilà, je suis sortie de ce stage en me disant : mais qu'est-ce que je fais en médecine générale.!* [...] » ; « *Enfin j'ai l'impression de régresser dans mes compétences, c'est un truc de fou ! Je n'ai pas l'impression de progresser. J'ai l'impression de redevenir externe !* »

Plusieurs internes ont mis en avant leur **ressenti sur le manque de consensus en médecine générale** comme développe Alice : « *Oui mais parce qu'il n'en a aucun qui fait pareil, chacun fait à sa sauce ! Il n'y a pas de consensus et j'aime pas du tout... Moi j'aime bien quand c'est cadré ! Et là, chacun fait d'une manière ou d'une autre ! Et je pense que c'est ça que je n'aime pas en médecine générale.* »

En effet, cette **incertitude médicale et relationnelle est parfois difficile** à vivre pour les étudiants, qui ont réalisé presque tout leur parcours dans les centres hospitalo-universitaires et ont été formés grâce à ce parcours universitaire. La médecine générale n'a jamais été bien enseignée pendant le cursus médical car la formation est **hospitalo-centrée durant l'externat**.

Le métier de médecin généraliste peut **sembler difficile à exercer**. La médecine générale est présentée à tort dans le cursus universitaire comme une spécialité plutôt simple à pratiquer. Cependant lors de l'internat, les internes réalisent qu'il est compliqué d'être performant dans les vastes domaines que

regroupe la médecine générale. En effet, la médecine générale collige beaucoup de spécialités différentes et les étudiants peuvent être effrayés de la nécessité d'avoir des bases solides sur l'ensemble des domaines de compétences à acquérir. Ils expriment la **crainte de devoir maîtriser des compétences transversales** au vu de la formation continue nécessaire sur l'ensemble de leur carrière et de maintenir leurs connaissances à jour. Ceci entraîne une **peur de l'erreur** dans leur pratique de médecin généraliste :

- Pauline : « *Pour être un bon médecin généraliste c'est dur, il faut être vraiment polyvalent et hyper callé dans plein de choses. Je trouve ça limite plus facile de s'y connaître dans un domaine, que de devoir s'y connaître un peu dans tout quoi ! Et puis bah on fait forcément plus d'erreur hein. Et du coup j'avais ce sentiment de ne pas tout maîtriser et ça me dérangeait ça. »*
- Marine : « *Et la différence entre les médecins généralistes c'est que celui qui était bon, il était vachement à jour, alors que les autres non. Et je me suis dit : pour être un bon médecin généraliste c'est chaud quoi. [...] Je me suis dit que ce n'était pas possible, je ne serai pas un bon médecin généraliste c'est trop difficile. »*

Cependant nous pouvons mettre en relief, au vu de la première partie des résultats, que l'ensemble de ces ressentis sont possiblement **une conséquence des préjugés et du conditionnement** que l'étudiant en médecine a vécu durant ses six premières années de médecine. En effet **l'hospitalo-centrisme** imprégnant le contenu des cours, mais aussi l'offre des stages de l'externat, entraîne ce type de réflexion où l'interne à l'impression de ne pas être utile en médecine libérale car il se trouve dans **un milieu et un environnement inconnu**. Certains internes le verbalisent concrètement comme Lucien qui exprime que sa formation est « *Très hospitalo-centrée à la fois dans ma formation mais aussi dans mes goûts personnels.* ». Ce concept d'hospitalo-centrisme entraîne une **vision tronquée de la médecine générale** ce qui a pour conséquence un **fort pourcentage de chance que la médecine générale ne soit pas appréciée à sa juste valeur** et/ou que les **internes ne se sentent pas à leur place en médecine générale** comme le verbalisent très bien Alice : « *Mais tu vois tu te retrouves seule avec*

*ton praticien. Et avec des pathologies où tu ne connais rien, où tu ne sais pas quoi prescrire, tu redécouvres tout alors que tu avais l'impression de connaître plein de choses en sortant des ECN » ou encore Marine : « Ce n'était vraiment pas scientifique du tout, c'est du « à peu près » [...] Et la médecine ça n'avait rien à voir avec ce que j'avais appris pendant l'externat et ce que j'avais appris dans les livres. [...] C'était de la cuisine un peu. »*

La **médecine générale est à découvrir totalement** : les internes doivent repartir de **zéro concernant leur pratique et leur relationnel**, ce qui n'est pas simple. Cela peut être compliqué à intégrer pour ces jeunes internes comme le mets en avant Lucas : « *Et du coup, je me sentais dépassé au niveau de mes connaissances, que je me sentais dépassé au niveau de la relation médecin malade : je ne sais pas si j'aurai les bons mots avec la fameuse empathie. Et que l'empathie je trouve que c'est difficile. C'est un concept qui pour moi est difficile. Rien que de la cerner et de la mettre en pratique je trouve ça très difficile. Parce que, est-ce que tu mets trop de distance ou tu n'en mets pas assez. C'est vraiment très très délicat à trouver le concept d'empathie et de la mettre en pratique avec les patients en fonction de ton vécu personnel et de ta personnalité. [...]* ». Cette **empathie peut être difficile à appréhender** et peut être un **facteur déclencheur du doute de la spécialité** choisie car certains étudiants sont démunis face à cette réalité. Le doute de la spécialité de médecine générale s'installe ou se renforce donc progressivement. En effet, les stages et les expériences professionnelles divers durant l'internat peuvent accentuer ou infirmer les préjugés et le conditionnement qu'ils ont intériorisés (Figure 1).

Par ailleurs, durant l'internat, certains internes **trouvent des « safe place »** dans certains services qui sont leur point d'ancrage et de ralliement lors des coups durs. Leurs **retrouvailles avec l'équipe et les manières d'exercer connues** permettent une réassurance : Rose « *Les urgences, pendant mon stage praticien c'était un peu mon safe place. C'est un peu fou de dire ça, que les urgences c'est mon safe place, mais l'équipe là-bas est tellement soutenante et accueillante que voilà quoi ! C'est une petite maison, une petite famille en fait !* »

Pour mettre en parallèle cela, **la découverte d'une spécialité non connue réellement peut aussi entraîner le doute** comme le développe Louis « *Et oui comme dit : l'ambiance, l'équipe, l'autonomie qu'on peut avoir aux urgences si on a envie et qu'on se débrouille bien. C'est clairement ça qui m'a donné un gros doute l'été dernier... [Yeux qui pétillent en reparlant du stage]* ». En effet, durant l'externat, les étudiants **n'ont pas la possibilité de voir la pratique réelle de toutes les spécialités**. Cette découverte de la réalité du terrain lors de l'internat peut faire naître un doute.

De plus, certains internes telle que Alice avaient un **doute en amont du choix et une difficulté à digérer le classement ECN qui se renforce avec les expériences professionnelles** et par conséquent accentue son doute de droit au remords. : « *En fait je me demandais ce que je foutais là... Je ne trouvais pas ma place, pour moi ma place est plus à l'hôpital que de me retrouver en cabinet. Et que je n'avais toujours pas digéré d'être arrivée mal classée à l'ECN. [...] En fait depuis le début c'était ça, j'avais un doute quoi ! C'est que ce n'est pas là où je me voyais être. Après... c'est tout, ça fluctue quoi !* »

Plusieurs médecins qui ont douté de la médecine générale, **plébiscitent clairement le travail d'équipe** dans leur future pratique pour plusieurs raisons : le fait de pouvoir demander des avis, avoir une vision différente grâce aux spécialistes, ou être apaisé et rassuré d'avoir d'autres confrères à leurs côtés :

- Marine : « *Rien que le fait qu'il y ai quelqu'un à côté de moi, ça m'apaise.* »
- Alice : « *En fait je pense que c'est le travail en équipe que j'aime bien.* »
- Axelle : « *Je me suis un peu redécouverte, je travaillais en groupe, en équipe ! Ça m'avait tellement manqué ! Et en fait c'est ça je pense travailler en équipe, avoir d'autres médecins à côté, avoir des avis ! Mais surtout travailler en groupe, ça c'est un gros, gros point !* »

Au total : L'important pour l'interne est **d'être à l'écoute de ses besoins et ses valeurs médicales**. Cependant, au cours de leur cursus et formation médicale, à cause entre autres de la pression, des stéréotypes et du conditionnement, **il est moins attentif à ses envies et attrait médicaux**. Mais au cours de son internat, et de ses stages, l'étudiant va prendre progressivement le recul nécessaire pour

se rendre compte de ce qui lui plaît réellement pour créer sa future pratique médicale. Il **va revenir à ses fondamentaux nécessaire à la création de son identité professionnelle**. Ce raisonnement peut entraîner une remise en question et donc une initiation du raisonnement du droit au remords.

## B. Modèle de rôle

Nous nous sommes rendu compte lors de l'analyse de l'importance des modèles de rôles quel que soit le stade où se trouve l'étudiants dans son parcours. Nous avons déjà détaillé plus haut les figures d'exemples durant l'externat. Ici nous ferons un rapide exposé sur les modèles de rôles présents durant l'internat.

Lors du cursus médical, la construction de l'identité professionnelle passe entre autres par les modèles de rôle. Des rencontres positives ou négatives peuvent entraîner une remise en question de son parcours et de son projet professionnel. C'est le moment où progressivement les médecins en formation **choisissent leur manière de faire, se comparent et prennent en compte ou non les conseils et les exemples de leur entourage professionnel**. Les internes découvrent **quel type de médecine ils veulent exercer ou non** au détour de rencontres et de leurs expériences. La définition de **leurs valeurs médicales** est en cours, pour former et créer le futur médecin qu'ils seront demain.

### *a. Modèle de rôle positif durant l'internat*

Des modèles de rôles positifs sont des points forts dans un cursus médical. Une rencontre professionnelle peut **inspirer, conforter et créer des vocations**. En effet, des rencontres peuvent rassurer sur la présence de parcours hybride ou atypique comme le résume Rose avec ses propos : « *Là j'ai arrêté de me poser la question du droit au remords parce que là-bas j'ai rencontré deux médecins généralistes qui avaient un parcours un peu hybride entre les spés, une qui fait un assistantat de pédiatrie alors qu'à la base elle est médecin généraliste, et une autre qui se partage entre les urgences adultes 15J et les urgences pédiatriques 15J, et elle fait du SMUR, et du coup elle s'est formée même en étant médecin généraliste.* »

Ils découvrent des **personnes piliers** qui leurs proposent une manière d'exercer **qui convienne à leurs valeurs et leurs principes** comme l'a exprimé Christian lors de notre entretien.

*b. Modèle de rôle négatif durant l'internat*

Par ailleurs, une rencontre avec des personnes qui ne leur correspondent pas, des manières de pratiquer la médecine qui sont discordantes peuvent être négatives pour l'étudiant. Une pratique ne **correspondant pas aux valeurs de l'étudiant, un manque de sens et de signification** pour lui, peuvent entrainer une démotivation par rapport au cursus choisi :

- Léonie : *« Du coup j'ai passé les deux premiers mois de mon internat, chez la femme qui représente tout ce que je ne veux pas être en médecine générale : une vieille, acariâtre, au bord de la retraite, avec une mentalité hospitalière [...] Qui était étriquée, fermée d'esprit, fermée a tout. »*
- Christian : *« Un qui n'était pas très bien, un médecin « tiroir-caisse » quoi [...] Et en gros c'était pas la médecine que je voulais parce qu'on ne faisait aucun diagnostic au final et on faisait du renouvellement d'ordonnance. »*
- Lucien : *« La 1<sup>ère</sup> moitié de ce semestre, je voyais des généralistes, bosser du matin jusqu'au soir, du lundi au vendredi + un samedi sur 4 [...] Et ils te racontaient qu'à 22h30 ils étaient rentrés. Et le lendemain ils commençaient les visites à 6h45 [...] et bah ils sont quand même surbookés. Et je me suis demandé si c'était la vie que je voulais mener. »*

Par ailleurs, le **manque d'encadrement et de pédagogie ainsi que la non valorisation de l'interne** par certains maitres de stage est un problème mis en avant lors des entretiens : Lucas : *« Bah il y a eu pas mal de soucis avec les deux maitres de stages, des soucis au niveau autonomie : je n'étais pas supervisé, j'étais juste un externe, j'étais uniquement observateur [...] Effectivement le comportement n'est pas normal : toi tu es un élève, un apprenti, c'est normal que tu sois pas au top au début du moins, mais même s'il y a des choses qu'elle dit vraies, normalement c'est pas comme ça qu'on dit les choses, c'est*

*pas du tout pédagogue. [...] Enfin j'étais à deux doigts de faire un vrai droit au remords à ce moment-là. Mais vraiment, parce qu'en psychiatrie tu es plus encadré. »*

Lorsque la **manière de penser et les points de vue divergent** et, parfois, la présence de **remarques insidieuses**, cela peut retentir sur la **confiance en soi et sur le raisonnement** dans le processus de réflexion sur les démarches du droit au remords.

- Rose : *« Je suis vraiment sortie de ce stage déçue de mon choix de spé et avec un énorme manque de confiance quoi. »*
- Léonie : *« Pour moi elle faisait n'importe quoi. Euh... elle faisait aussi autre chose : elle dégradait l'interne insidieusement, pour que ça ne soit pas assez clair devant le patient, pour se valoriser. Mais pour te le faire comprendre. C'est-à-dire qu'elle remettait en doute la moindre chose que tu faisais. [...] Et en fait c'était tellement régulier, qu'elle m'a fait complètement perdre confiance en moi. »*

Le **comportement et le manque de pédagogie** de certains maitres de stage renforcent parfois la **perception négative de la médecine générale**. Ainsi Marine exprime que sa maitre de stage ne laissait pas de place à l'échange et la discussion et imposait sa manière de voir les choses : *« La 1<sup>ère</sup> chose qu'elle m'a dit : « Moi je fais comme ça, toi tu feras comme tu veux. Moi je prescris ça et toi tu prescriras ce que tu veux » mais on ne peut pas discuter en fait. Mais moi j'attendais juste qu'elle m'explique [...] Il n'y avait aucune discussion possible. J'avais juste le droit d'acquiescer ce qu'elle faisait »*. Marine utilise une métaphore assez parlante pour exprimer son désarroi : *« Et en fait, c'était un monstre, elle était mauvaise et méchante »*. Quant à Rose elle verbalise le fait qu'elle n'a **pas ressenti d'accueil de ses propos et de son questionnement** : *« En fait la remise en question elle est arrivée, parce que je transpirais mon énergie et mon envie d'apprendre sur un tabouret dans un cabinet où je voyais des choses qui ne m'intéressaient pas et avec des praticiens où j'avais l'impression de devoir m'excuser de poser des questions ou de questionner certaines manières de faire. »*

Par ailleurs Lucas et Rose retranscrivent des **propos dépréciateurs** allant parfois jusqu'à **la violence psychologique** :

- Lucas : « *Et après ma dernière maitre de stage c'est elle qui m'a vraiment fait douter parce que je me suis pris des sales remarques, avec un discours très blessant [...] J'ai été dégoûté de la médecine générale, à savoir des remarques très dépréciatives de la part d'une maitre de stage en particulier. »*
- Rose : « *Pendant mon stage, lorsque j'en parlais avec des potes de la façon la plus neutre possible, en fait ce qu'ils me faisaient subir c'était de la maltraitance psychologique. Vraiment c'était de l'humiliation devant les patients... C'est pour ça que je l'ai hyper mal vécu. Te faire engueuler comme du poisson pourri... palala. »*

Les expériences **décevantes et négatives** en stage peuvent ainsi renforcer le doute. La **déception** peut être présente, et certains médecins ont même ressenti un **ennui dans leur spécialité, du dégoût**. Le stage chez le praticien peut générer beaucoup **d'émotions négatives** qui sont complexes à accueillir et à gérer pour l'étudiant et peuvent entraîner une **réflexion sur soi-même et sur le droit au remords**. Nous pouvons le retrouver dans les propos de Rose et Lucas : « *Mais ça s'est globalement très mal passé et sur un plan professionnel et personnel [...] Bah, j'ai ressenti de la déception en fait je crois surtout. De se dire qu'on a l'impression que c'est tout tracé, qu'on sait ce que c'est la médecine générale. [...] Et moi j'étais la 1<sup>ère</sup> à dire que c'était parfait, c'est mon profil, c'est ce que je veux faire ! Et quand on se rends compte que ce n'est pas ça, on a l'impression de s'être complètement plantée sur soi en fait. Et ça c'est un peu dur je crois. » ; « *C'était vraiment là la bascule, je trouve que le stage de médecine générale m'a bien dégoûté de la médecine générale... »**

Au total : Comme expliqué précédemment dans les 1<sup>ères</sup> parties, les modèles de rôle peuvent **infirmes ou renforcer les préjugés et le conditionnement** anciennement acquis (Figure 1). Cela va permettre une **libération des anciens idéaux** et une création **d'une nouvelle norme pour l'étudiant : SA réalité médicale, SA médecine**.



### C. Formation et écoute du DMG

Le département de médecine générale (DMG) à Strasbourg est responsable de l'accueil, la formation et le suivi des internes en médecine générale.

#### a. L'écoute du DMG

Chaque interne au début de son cursus de médecine générale se voit attribuer un tuteur qui le restera durant toute sa formation.

Deux internes décrivent la **présence et la réactivité de l'équipe pédagogique** de Strasbourg **lors de leurs parcours difficiles**, un point fort de ce système de suivi.

- Léonie : *« Je trouve qu'en médecine générale le système tuteur-DMG : ils ont leur façon de voir la médecine c'est une chose mais je pense que quand un interne ne va vraiment pas bien, ils sont extrêmement réactifs, c'est quand même vachement bien ! Je pense que c'est vraiment bien et un point fort ! [...] Pour la prise en charge d'un interne qui n'est pas bien, je leur mets 20/20 au DMG, vraiment ! Ils sont rapides, efficaces, présents. Ils ont des très bons conseils, et ils ne te jugent pas ! C'est 20/20. »*
- Lucas : *« Je me suis d'abord tourné vers ma tutrice qui heureusement était là et compréhensive qui s'est rendue disponible. En fait elle sentait que ça n'allait pas et donc elle s'est dit qu'il fallait qu'on discute. [...] Et à mon avis, un internat de médecine générale ou un internat tout court sans tuteurs je pense que ce n'est pas vivable [...] Heureusement que les tuteurs sont là, et le DMG a très bien fait en mettant du tutorat et des responsables d'internat comme les tuteurs »*

A contrario, durant les entretiens, nous avons abordé l'accompagnement réalisés par les tuteurs auprès des internes qui ont décidé d'exercer le droit au remord. Il en ressort un **sentiment d'abandon** lié notamment au **manque de disponibilité des tuteurs et d'accompagnement des internes en questionnement sur le droit au remord**. Un tiers des interrogés l'a verbalisé lors de l'échange avec la chercheuse : *« Mon tuteur n'était pas présent du tout, ni disponible » ; « J'avais un tuteur qui était*

*inexistant. Il n'a jamais répondu à mes messages [...] du coup de ce côté-là tu ne te sens pas bien entouré... » ; « Bah mon tuteur il était totalement absent quoi... Niveau écoute... Pffffff. »*

Les internes ayant fait un droit au remords ou s'étant posé la question ont **eu du mal à se sentir soutenus par les membres du DMG de Strasbourg**. En effet, les internes voulant réaliser un droit au remords doivent prendre contact avec le coordinateur du DES et l'équipe pédagogique de médecine générale pour acter la démarche :

- Marine : *« Et du coup, j'ai eu un petit rendez-vous avec [X, membre du DMG]: pffffff, bah il m'a simplement dit « faut bien vous rendre compte que si vous choisissez ça, vous ne pourrez plus jamais faire de libéral » [...] Et il était pas très sympa en fait à l'entretien, il était plus en mode « vous voulez partir, mais vous ne pourrez pas revenir, un droit au remords on peut en faire qu'un ». Bon voilà, je ne me suis pas sentie très comprise. »*
- Axelle : *« [...] Alors, je rencontre [X Membre du DMG], que je lui explique le pourquoi du comment je voulais partir. Je pense que ça ne lui a pas plu ! Sur le coup il était un peu réticent en mode « Non mais faut se laisser plus de temps... » Comme je suis un peu frontale je lui ai dit que ce n'était pas lui qui allait décider de ma carrière ahah [RIGOLE]. Je ne lui ai pas dit ça comme ça mais je lui ai dit que son avis m'importait peu, et que j'avais déjà réfléchi de mon côté et que ce n'était pas un stage supplémentaire en médecine générale qui allait me faire voir les choses différemment. »*
- Lucas : *« Mais disons que malgré tout le DMG n'a pas été compréhensif quant au fait de faire un droit au remords. »*

Certains internes ont exprimé par ailleurs **leur peur de parler de leurs doutes à leur référent du fait de la crainte du retentissement sur leur cursus** par la suite et du sentiment d'être jugé comme Rose :

*« Et puis en fait c'était difficile d'en parler à mes référents. J'en ai parlé que très tardivement à ma tutrice parce que j'avais très peur... [...] Donc c'était dur, surtout que les deux personnes avec qui ça s'est mal passé c'étaient des membres du DMG donc bien évidemment, ça fait peur. Et puis surtout de*

*se dire, ça, ces personnes-là c'est ces personnes qui vont façonner la médecine générale de demain... »*  
 ou Raphaël « *Il y en a qui ne le disaient pas parce qu'ils avaient peur, mais c'est ça le problème c'est qu'ils étaient apeurés des réactions... enfin bref. »*

Au total : Il en ressort que la plupart des tuteurs des personnes interrogées ne **semblent pas prêts à gérer ce genre de situation sur le questionnement du droit au remords** : ni sur le plan psychologique ni sur l'orientation vers les personnes compétentes. Toutefois, quelques personnes du DMG semblent **formées à gérer les périodes de crises grâce à l'écoute active et la réassurance** qui sont nécessaires et primordiales lors de ce processus de réflexion et qu'il faudrait valoriser au sein de l'équipe pédagogique.

#### *b. Formations théorique et pratique*

Au regard de notre analyse, la formation théorique (hormis le manque de possibilité de réalisation de Diplômes Universitaires) durant l'internat de médecine générale à Strasbourg n'est pas un facteur déclenchant le droit au remords. C'est plutôt **un facteur associé à la prise de décision**. Cela a été exprimé pendant les entretiens mais ne semble pas jouer un rôle primordial dans la prise de décision de la réalisation ou non d'un droit au remords.

Les médecins interrogés ont remis en question le cursus et la formation présentés au sein du parcours du Département de médecine générale (DMG) à Strasbourg. En effet, les formations théoriques et pratiques proposées par l'équipe enseignante **ne semblent pas totalement à la hauteur des attentes de certains étudiants** interrogés :

- Les **étudiants se sentent insuffisamment formés**. Ils mettent en avant que « *l'accompagnement théorique qu'on nous offre n'est pas très satisfaisant en fait.* », ils sont en besoin de « *formation spécifique médecine générale* » et de **recommandations actuelles des prises en charge** pour les mettre **en pratique lors de leurs stages**. Ils demandent des sources d'informations sur « *les recommandations de telle ou telle pathologie fréquente qu'on*

*peut avoir en médecine générale. » ou « des formations ciblées sur certaines pathologies, sur les conduites à tenir etc... »*

Léonie a fortement verbalisé cette demande au cours de l'entretien. Cependant, elle **ne s'est pas sentie entendue** : *« Mais je pense que leur vision de la médecine est à côté de la réalité et de ce qu'il nous faut en tant qu'interne. Ils sont à côté. [...] Ils n'ont pas compris, ils n'entendent pas... »*

- Les Récits de situation complexe et authentique (RSCA) les **exposent à la verbalisation de leurs émotions**. Les étudiants n'ont pas l'habitude et cela peut les désarçonner. De plus, les objectifs des RSCA semblent difficilement compréhensibles pour les étudiants comme le souligne Raphaël durant notre échange.
- Le tutorat et les Groupes d'Echanges et d'Analyse de Pratiques (GEAP) sont **inhomogènes et tuteurs-dépendants**. Les étudiants le vivent comme un groupe de parole où ils verbalisent leurs émotions et leurs ressentis, plutôt qu'un moment de formation en tant que tel. L'approche centrée sur l'empathie et le ressenti émotionnel peut être difficile à aborder pour un public qui a été formé depuis minimum 6 ans de manière cartésienne et scientifique. Cette pratique est tout de même ressentie comme utile.

Il ressort des discussions une **peur de ne pas réussir à se former correctement lors de ce cursus de médecine générale** : Claire : *« Déjà durant l'internat de médecine générale, j'ai l'impression que je n'arrive pas à me former. [...]. Mais en fait, moi j'ai très peur en médecine générale c'est de ne pas réussir à me former correctement. [...] En gros, j'ai l'impression que je ne me forme pas, et toujours apprendre sur le tas... »*. De plus, **l'autoformation est déroutante** pour les étudiants comme l'exprime Pauline lors de l'entretien.

Nous pouvons mettre en relief que lors des 6 premières années d'études de médecine, la manière d'apprentissage a été celle de l'enseignement : en effet **l'enseignant est l'acteur central** et **l'étudiant** intègre et apprend **de manière passive**. Alors que, celle que propose le Département de Médecine Générale est une **manière active par le biais l'aide de l'auto-formation**. Les étudiants en médecine ne

sont donc pas forcément réceptifs à cette technique car durant les 6 premières années de leur cursus, ils ont développé une autre manière d'apprendre et de consolider leurs acquis. **Le changement de paradigme est possiblement trop brutal.** Il serait donc intéressant de **trouver un compromis** entre ces deux manières opposées d'enseigner et d'apprendre pour essayer de satisfaire les deux parties et d'accompagner les étudiants dans cette démarche. Car, en effet comme mis en avant dans leurs propos : **la formation semble nécessaire et primordiale aux yeux des étudiants.**

De plus, le **manque de possibilité de réaliser des Diplômes Universitaires (DU)** divers et variés en fonction des attraits de chacun a été souligné. Un tiers des futurs médecins l'ont verbalisé auprès de la chercheuse : *« Parce que dès qu'on parle de DU ou de chose complémentaire, et j'ai l'impression que c'est très mal vu en fait ! »* ; *« Et clairement tout est fait pour que ce soit difficile à mettre en œuvre la réalisation de DU »* ; *« Qu'il commençait à ouvrir les grands yeux en me regardant m'exprimer sur les DU ou sur la pratique hospitalière »* ; *« Et le DMG te dit de ne pas faire de DU et tu fais ton DU quand tu as fini ton internat et je trouve ça dommage. »*

Un **sentiment d'indifférence, de désintérêt et d'incompréhension du projet professionnel** de chaque interne est prédominant. Par ailleurs, ils soulignent le **manque d'accompagnement dans leur projet et d'ouverture d'esprit du DMG** sur diverses formations et pratiques comme le mentionne Léonie : *« Leur vision de la médecine ? Désolée ils sont quand même assez fermés d'esprit hein ... si c'était eux, on aurait plus aucun DU, [...] Si, ils sont fermés d'esprit. Enfin pas tous, je ne connais pas le DMG, je peux pas dire tout le DMG, je pense que certains sont très ouverts mais ils ont une politique assez arbitraire si tu veux faire autre chose que de la médecine hein ! [...] Ils sont totalement fermés au changement avec une attitude figée, ils ne supportent pas que les autres divergent. Ils sont d'une raideur d'esprit sur certaines choses ».*

En effet, la **finalité de l'accompagnement des internes est la création de leur identité professionnelle.** La réalisation **d'un diplôme universitaire (DU) est une manière parmi d'autres de créer cette identité propre à chaque médecin.** Cependant, lors du cursus universitaire, les étudiants ont l'impression

**d’être bridés dans des catégories sans possibilités de diversifier leur pratique.** Cela peut renforcer le doute sur la possibilité d’exercer à leur manière la médecine avec une **sensation de fermeture des possibilités** et donc **entraîner le questionnement du droit au remords.**

Pour finir, nous avons échangés sur la formation pratique en stage. Certains internes expriment le fait que la **maquette soit trop rigide et non adaptable au projet de chacun.** Certains souhaiteraient faire plus d’hospitalier comme Alice, Lucien, Christian et Léonie au vu de leur projet médical futur et de leur profil de médecin à orientation plutôt hospitalière.

Au vu de ces propos, un **manque clair de diversité et de liberté dans la maquette de médecine générale** est mis en avant par nos médecins. Cela retentit sur la **flexibilité de la création du projet professionnel de chacun.**

Au total : Nous avons mis en évidence qu’il y a un **décalage important entre les attentes des internes en médecine générale et le système actuel** qui n’est pas forcément **aussi fluide et adaptable que les divers profils des futurs médecins.** Ce **manque de flexibilité, de souplesse et d’adaptabilité à la personnalité et aux envies de chaque interne peut être une cause de remise en question** de leurs spécialités mais aussi de **leur vision de leur futur exercice médical.** Et donc par conséquent, un **doute sur la réalisation d’un droit au remords qui pourrait leur permettre d’acquérir cette flexibilité d’exercice.**

#### IV) L’indécision et l’insatisfaction qui débute puis qui persiste : Le processus décisionnel du doute sur droit au remords

##### A. Construction de l’identité professionnelle, personnalisation de SA médecine

Toute la déconstruction de cette culture et des concepts tel que la culture du concours, la culture de l’échec ou encore le système méritoire commence après le début de l’internat. Progressivement, les **médecins prennent du recul et se font leur avis personnel sur cet environnement** dans lequel ils ont passés au minimum 6 ans. Par exemple, ils remettent en question le classement ECN et sa

signification « *qui ne veut rien dire, ça ne reflète pas tes capacités à être un bon médecin* » selon Marine ou « *qui n'est pas équitable et qui ne fait pas de nous un bon médecin* » selon Christian.

Christophe l'exprime très bien avec ses mots : « *En fait il y a une mauvaise culture, tout court, en médecine. Il y a une culture de l'échec qui est vachement présente, et... Tu as toujours cet exemple des gens hyper bien classés aux ECN, qui sont hyper concours et qui finalement vont prendre des spés à bon classement et qui ne vont pas s'y plaire. Puis après vont finir par prendre des spés qui leur correspondent plus mais qui ne sont pas forcément à bon classements [...] Au final, les ECN ça a des bons et des mauvais côtés : c'est bête et méchant. Mais après est ce que ça te définit en tant que médecin, ou futur médecin ? Je ne suis pas sûr... pas sûr du tout !* »

Ils **définissent par eux même leurs objectifs de vie** comme le souligne Christophe : « *Je trouve que plus tu t'éloignes des ECN, plus cette mentalité s'efface quand même. Parce que je pense que les gens grandissent un peu et je trouve qu'en ce moment il y a un changement de réflexion autour de ça parce que les gens pensent de plus en plus à avoir un cadre de vie! [...] Et euh du coup je trouve que finalement réussir sa vie c'est quoi ? C'est d'être heureux et d'avoir ce qu'on veut et de réussir à obtenir ce qu'on trouve important pour nous.* »

Un cheminement progressif se met en place pour permettre à chaque étudiant de **créer son identité professionnelle**. Elle passe par 5 étapes comme décrit dans la Figure 3.

**Figure 3 : Cheminement de la construction de l'identité professionnelle**



Cette construction de l'identité professionnelle qui passe par une déconstruction de la culture médicale, peut renforcer cette incertitude « *Quelle médecine je vais exercer plus tard ?* » ; « *Qu'est ce qui me rend heureux* » et « *Quelles valeurs vais-je mettre en avant dans ma pratique médicale ?* ». L'ensemble de ces questions peut entraîner la remise en question du cursus choisi.

C'est une **quête de découverte de soi et de ses convictions** les plus profondes. Chaque étudiant part en **quête de sens pour créer son identité professionnelle propre**.

### B. Remise en question de la vie personnelle et professionnelle

Le processus du droit au remord et la réflexion de ce droit au remords, arrive progressivement et se renforce au fil de l'évolution dans les études. C'est un **processus complexe, long et difficile** qui ne concerne pas uniquement un choix professionnel. Beaucoup de facteurs entrent en compte comme présenté dans la Figure 4 qui résume les principaux facteurs énoncés par les participants.



**Figure 4 : Facteurs entrant en compte dans la réflexion du droit au remords**



L'ensemble de ces facteurs intègre le **cheminement de la construction de l'identité professionnelle** et entraîne une **remise en question totale : professionnelle et personnelle** comme le soulignent Christian « *Mais oui, on se remet tout le temps en question à cette époque je pense. En plus on ne remet pas en question uniquement la médecine, on remet en question tout quoi ! Moi ça aurait pu impacter ma vie de couple admettons si je faisais 70h par semaine. Ça impact même la vie familiale. Pas juste la médecine.* » et Rose : « *Si je me suis posé des questions au cours des études parce que c'est long, parce que c'est dur, parce que des fois on en a marre. [...] Mais, alors là, c'était un questionnement ultra profond quoi* ».

Par ailleurs, la remise en question peut être **plus ou moins prononcée**. Deux internes l'ont vécue de manière très forte, leur raisonnement a été **jusqu'au doute sur la poursuite des études de médecine** :

- Léonie : « *Et de tomber sur cette prat qui représentait TOUT ce que je ne voulais pas mais j'ai paniqué, mais à un niveau... mais catastrophique, mais vraiment... et j'ai tout remis en cause [...] Mais j'ai paniqué, à un niveau... c'était infâme [...] J'ai paniqué en disant « faut que j'arrête médecine ». Je voulais tout arrêter, je voulais tout plaquer [...] J'envisageais sérieusement tout droit au remords possible. Pour ne pas faire ce que cette praticienne faisait... »*

- Rose : « Cette expérience chez le praticien m'a fait douter de ma capacité à être une bonne interne, une bonne médecin et même d'être adaptée avec les gens quoi ! Alors que ce n'est jamais quelque chose qu'on m'avait reproché ou même sur lequel j'avais eu des doutes. Parce que si j'ai fait médecine c'est aussi parce que j'aime bien les gens quoi ! Franchement c'était très douloureux, vraiment. [...] Mais c'est vrai que je me suis beaucoup, beaucoup remise en question. [...] Je me suis dit : « mais qu'est-ce que je fais là ? » Je me suis même demandé ce que je faisais en médecine ! »

Dans cette réflexion, plusieurs **internes connaissent le sacrifice et l'engagement qu'est la réalisation du droit au remords**. En effet, ils savent ce qu'ils doivent laisser derrière eux, tels que des formations ou des projets débutés, et aller vers une spécialité totalement nouvelle et inconnue avec ses hauts et ses bas comme l'explique Christophe : « J'ai eu un long moment de réflexion. Parce que j'étais arrivé à un an et demi de mon internat, tu es à la moitié de ton internat. J'arrivais quand même à un stade où je me posais la question : « est-ce que tu es prêt à faire tout ce sacrifice ? ». [...] Je me posais beaucoup de questions : soit je laisse tout derrière moi et je pars en anesth/réa soit je reste en médecine générale. Mais c'est aussi parce que je savais qu'anesth/réa ce n'est pas anodin. [...] Genre je savais que j'allais aller vers plus de stress, plus de travail, plus dans le soin critique ou les gens peuvent te claquer entre les doigts. Je le savais. Et du coup, je me suis beaucoup posé la question ».

Pour finir, dans ce processus, plusieurs internes mettent en avant leur **peur de sortir de leur zone de confort** et renforcent leur confiance en restant dans les lieux et les choses qu'ils connaissent, tel que Lucien qui reprenait des gardes durant ses stages ambulatoires : « Et je faisais aussi beaucoup de gardes pendant mes stages en ambulatoire. J'essayais d'esquiver l'ambulatoire, en reprenant des gardes aux urgences, pour ne pas aller en stage le lendemain »

Au total : Dans ce genre de remise en question, il est nécessaire d'essayer d'avoir conscience de l'ensemble **des facteurs** rentrant en compte dans la décision. Par ailleurs, **la présence des conditionnements et des préjugés** évoqués plus tôt dans l'étude, sont aussi à prendre en compte dans

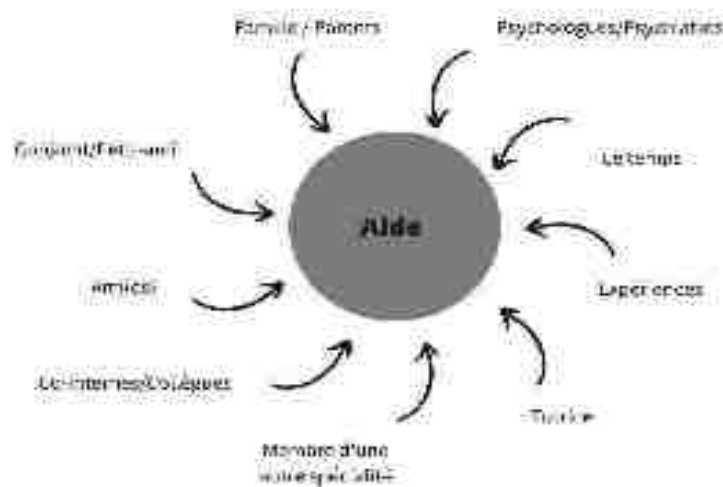
la décision finale. Pour cela, il faut réussir à **prendre du recul par rapport à la situation initiale et avoir une vision d'ensemble.**

### C. Aides et avis extérieurs lors de ce cheminement

Lors de ce cheminement, des rencontres, un soutien, une expérience peuvent faire la différence. En effet, plusieurs éléments peuvent entraîner un déclic ou une prise de décision.

**Figure 5 : Aides trouvées par les étudiants durant le processus de changement**

Aides trouvées par les étudiants, durant le processus de changement



La plupart des interrogés ont mis en avant la **force de la présence de l'entourage** lors de cette démarche et ce parcours. Le soutien de leur famille était important : Rose : « *Pour le coup, c'est surtout ma famille, et mon copain. Ils me disaient : « faut te faire confiance, ça va le faire » [...] Et heureusement que mes parents me disaient : « tu arriveras à faire ce que tu veux faire si tu t'accroches ». Et la preuve, j'y suis arrivée »* ; Pauline : « *J'en ai beaucoup discuté à l'époque avec mon copain. »* ; Christophe : « *J'en avais un peu parlé autour de moi surtout aux proches. Surtout à ma copine, à mes parents, mes beaux-parents. Le fait d'avoir eu ma famille, et ma copine et mon pote derrière moi, et euh, tout ça, ça à aider »*

Certains internes mettent en parallèle tout de même la **difficulté à allier envies, choix personnels et avis extérieurs** tels que celui du conjoint ou de la famille proche. L'entourage peut parfois aussi avoir

certaines projections, leurs interprétations et leurs propres peurs comme le soulignent Christian : « *Mais c'est compliqué d'aller à l'encontre de l'avis de ta conjointe par exemple... Parce qu'on est forcément influencé un minimum par ton entourage, ça c'est sûr ! Et oui c'est compliqué.* » et Léonie : « *Et aussi mes parents m'ont fait pression pour me dire d'arrêter d'en parler aux gens, et d'alerter la fac parce que sinon j'allais être fichée et ça n'allait pas être bon pour la suite... Enfin bref, il y a toujours une influence particulière des parents...* »

Les médecins interrogés, expriment **l'importance de leurs ami(e)s ainsi que leurs co-internes et leurs collègues** durant ce long chemin du droit au remords. Leur soutien a été une force pour traverser cette période de doute : Christophe : « *Du coup je me suis un peu renseigné auprès d'un de mes super potes qui était déjà interne en anesth réa. [...] Moi j'avais peur un peu du choc de passer de Médecine Générale à anesth/réa. [...] Bah surtout un de mes potes en fait, celui qui est en anesth/réa. C'est un peu ma personne référente. C'était mon co-interne, je ne pouvais pas rêver mieux quoi. Je pouvais discuter avec lui en dehors du stage et donc c'était vraiment agréable.* » et Lucas : « *Et après le soutien tel que les amis qui sont indispensables. Que ce soit médecin ou non. [...] Ah, mais y'avais aussi l'interne du semestre d'avant qui était chez ma MSU. J'ai réussi à la contacter. Elle m'a permis de relativiser* »

Lucas et Christian ont réussi à se tourner **vers leurs tutrices du DMG** spontanément qui ont été d'une grande aide et un grand soutien pour eux.

Cependant, certains internes se sont tournés vers **des référents de spécialités autres que la médecine générale et y ont trouvé refuge**. Ils y ont trouvé des **conseils et de la réassurance** tels que Marine avec son tuteur aux urgences et Christian avec un de ses chefs lors d'un stage aux urgences également. **L'équipe pédagogique de spécialité d'accueil peut être l'équipe de substitution d'écoute** à l'équipe du DMG comme Marine le retranscrit avec ses propres mots : « *Puis après [membre d'une autre spé] m'a beaucoup aidé quand je lui ai dit que je voulais faire mon droit au remords, il a pris les choses en main. Pour les démarches administratives avec sa secrétaire. [...] En plus [membre d'une autre spé] m'a validé mon semestre chez le médecin généraliste en tant que stage libre, et aussi de garder mon*

*classement dans la promotion. Enfin j'avais une belle situation en faisant mon droit au remords. Ça m'a donc encore plus motivée à le faire »*

Plusieurs internes se **sont sentis aidés et adoptés par les membres de la spécialité d'accueil** comme Marine : *« Et surtout, le truc c'est que quand tu veux faire un droit au remords, surtout dans le stage où tu es, les autres praticiens du service, ils sont trop contents, et du coup ils te chouchotent, ils te soutiennent, et du coup ça te pousse encore plus à faire un droit au remords. Et donc du coup ils m'avaient aidée. [...] En fait tous les urgentistes m'ont aidé à devenir urgentiste et ça m'a aussi poussé. »*

**Certaines expériences** permettent de débloquer la situation en voyant **la diversité de l'exercice**.

Parfois ça permet d'avoir un déclic et d'entraîner la prise de décision pour l'une ou l'autre spécialité comme l'exprime Lucas : *« J'ai rencontré des docteurs qui étaient médecins généralistes de formation, qui sont titrés médecin généraliste et qui ont des DU ou d'autres capacités pour faire un autre exercice. [...] et j'ai vu aussi plein de médecins généralistes qui travaillent à l'hôpital et ça m'a rassuré »*

Léonie a eu besoin d'un **avis extérieur et d'un suivi par une psychiatre** pour s'apaiser et continuer d'avancer : *« La psychothérapie et aussi voir d'autres expériences. C'est ça qui m'a le plus aidé. Et mon psy aussi, sans déconner, il m'a sauvé la vie ce psychiatre. »* En effet, un **avis extérieur pourrait être nécessaire** comme le souligne très bien Axelle : *« En fait je pense qu'un entretien avec quelqu'un, avec une psy, ou quelqu'un qui retrace un peu ton parcours qui fait un peu l'étude de ton profil, et qui te dit : « attendez, peut être que 6 mois de plus en médecine générale ça peut être bénéfique », tu vois ? Parce que ça se trouve, que pour les gens qui sont très indécis, un peu d'aide ne serai pas de trop ! Rencontrer quelqu'un de complètement neutre. Pas relié à tel ou tel département. Un entretien avec quelqu'un d'extérieur pour voir si ça colle avec leur projet de vie ! »*

Pour finir, **le temps** est un facteur très important dans ce type de démarche comme le dit Lucien : *« Et le pire c'est que je savais que je ne serais sûr de moi qu'avec le temps : que une fois que cela serait*

*passé etc... Et que je me dirais : tu as fait le bon choix. »* Cependant comme l'explique Christophe, le **temps est limité pour la réalisation d'un droit au remords**. Or, cette réflexion n'est pas si fluide et simple : Christophe : *« Et je trouve que mettre ce délai de 4 semestres c'est un peu arbitraire. La réflexion n'est pas si simple, je trouve ! [...]. Mais c'est une date, 4<sup>ème</sup> semestre... Enfin je ne sais pas selon les maquettes, on peut très peu passer dans la spé qu'on a va faire plus tard dans les 4 semestres »*

Au total : Nous pouvons observer dans un 1<sup>er</sup> temps, que les étudiants se tournent facilement vers leur **famille ou amis** pour verbaliser leur propos. De plus, à travers ce type de verbatim nous pouvons observer que par **méconnaissances des dispositifs à leurs dispositions au sein de la faculté de Strasbourg tel que le « groupe bien être » ou « AGGRID »**, les internes se **retrouvent plutôt seuls** dans l'indécision voire face à un burnout. **Cette solitude** dans ce processus de réflexion est difficile mais fortement ressentie par les futurs médecins.

#### D. Avis des internes sur la réforme de 2017 et impact sur leur choix

La réforme de 2017 a eu un impact sur les choix et la réflexion des internes. En effet, certains internes décrivent cela comme un **« drame » de séparation des spécialités** comme Lucas : *« C'est une catastrophe »* ou Claire : *« Pffffff, bah en fait pour moi c'est la catastrophe, parce que moi c'était mon projet de vie depuis des années. »*

La **perte de la double casquette** de médecin généraliste et d'urgentiste est un **argument fortement négatif** pour 4 étudiants dont Claire : *« Enfin c'est ça que je voulais vraiment faire : je voulais faire médecin, pour faire du SAMU et tout ça un moment, et le jour où j'en aurais marre bah faire du libéral, ou faire du 50/50 ou du mi-temps quoi »* ; Christian : *« Je suis un peu biaisé en fait. Moi s'il n'y avait pas cette réforme, ça aurait été clair : j'aurais fait médecine générale tout de suite, il n'y aurait pas eu toutes ces questions, et j'aurais fait le DESC d'urgence en plus. »* ; et Lucien : *« Parce que la casquette des DESC à l'époque : ou tu pouvais mettre ta casquette d'urgentiste le matin et le lendemain être médecin généraliste par exemple etc ... C'était top. »*

Depuis cette réforme, la **perte de passerelle** entre deux spécialités (surtout médecine générale et urgences) a été fortement ressentie pour Rose par exemple : « *Et puis je trouve qu'avant on nous faisait comprendre que les passerelles étaient assez flexibles alors que maintenant, depuis que la médecine d'urgence a été autonomisée de la médecine générale, une fois que tu t'embarques pour de la médecine d'urgence, on te fait comprendre que tu es urgentiste et que si tu veux retourner en cabinet à 50 ans, il va falloir te battre quoi !* »

Par ailleurs, la **peur d'être coincé dans une spécialité** a été un argument en défaveur de cette réforme. En effet, la **nécessité de faire un choix et la sensation de renoncer à certaines parties de la diversité professionnelle est complexe pour beaucoup d'internes**. « *Décider c'est choisir et choisir c'est renoncer.* » Cependant, ce raisonnement est difficile à acquérir en médecine. Ils ont l'impression d'avoir **perdu « une porte de sortie »** et **qu'un cloisonnement des différentes spécialités s'est créé** avec le retrait de la passerelle Médecine Générale-Urgence notamment avec la suppression du Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) depuis cette réforme :

- Claire : « *Je me suis dit « bah super mais je fais quoi du coup ? » et du coup on me répond « bah faut faire médecine d'urgence ». Et là je me dis « oui mais non être coincée à l'hôpital toute ma vie : je ne sais pas trop ». »*
- Axelle : « *Oui, oh que oui j'ai peur d'être coincée. J'ai peur, Normal ! Tu vois tu te dis : « si ça se trouve dans 10 ans je suis fatiguée et je fais quoi ? » »*

De plus, les **avis divergent sur l'individualisation des trois spécialités que sont la médecine générale, la médecine d'urgence et la médecine gériatrique**. La médecine générale comme une spécialité à part entière ne met pas tout le monde d'accord :

- Pour certains, la création d'une spécialité de médecine générale de manière équivalente aux autres spécialités a **apporté une légitimité professionnelle des médecins généralistes** comme le verbalise Christian : « *Après je trouve aussi ça bien que la médecine générale soit une vraie*

*spécialité à part entière maintenant et que ça soit une vrai DES et pas comme avant ou on avait l'impression que la médecine c'était en gros de la « non spé ». »*

- Pour d'autres, la médecine générale reste **une base commune** aux spécialités de médecine d'urgence et de médecine gériatrique comme Lucien le met en avant : *« Mais je pense que dans l'ensemble, ce n'était pas nécessaire et que ce n'était pas une obligation. La médecine générale ce n'est pas une spécialité à part entière. C'est une généralité. Donc en fait, je trouve ça un peu particulier de la mettre à part. »*

Grâce à cette réforme, les personnes interrogées **décrivent une maquette plus précise pour les urgences** et la **gériatrie** car la formation est centrée sur la patientèle adéquate et orientée sur la pratique de la spécialité : pour les urgences vitales avec un passage dans les services de soins critiques et pour les gériatres dans des services adaptés.

En revanche, en **médecine générale** la maquette est décrite comme **moins complète** en raison de la **perte de liberté et de diversité dans la réalisation des stages**. En effet, la suppression du stage libre, entraîne une **perte de possibilité d'orienter son internat en fonction de ses attraits et de ses envies professionnelles**, ce qui est important dans la **réalisation du projet professionnel**. Christian l'expose dans son discours : *« Après pour la médecine générale je.... [SILENCE] Je suis plutôt mitigé, parce qu'avant on avait un stage libre et on pouvait orienter la maquette en fonction de l'exercice qu'on voulait faire après : par exemple si on voulait faire plus d'hospitalier on orientait notre maquette de telle sorte... Après on peut toujours le faire actuellement avec les stages couplés mais bon ! Ce n'est pas 6 mois quoi... »*

De plus, les médecins interrogés mettent en avant la **perte de potentiels futurs urgentistes**. En effet, avec cette réforme le message véhiculé est que des médecins généralistes ayant un attrait pour les urgences ne pourront plus faire une partie de leur carrière aux urgences comme le mentionnent Marine et Axelle : *« Mais pour plus tard, c'est dommage la perte de personne au potentiel de faire des urgences » ; « Mais par contre je pense que ça bloque des gens de venir dans la filière d'urgence »*



Au total : **Cette réforme** est un argument fort entrant dans la réflexion du droit au remords et a un **impact sur le processus décisionnel, et réflexif des étudiants**. En effet, la perte de la double casquette et le retentissement sur la maquette renforcent les angoisses et l'impression d'être coincé dans une manière d'exercer pour certains internes. Cela a des **retentissements sur le projet professionnel à long terme du futur médecin**.

#### E. Processus décisionnel

Le processus décisionnel se définit en 6 étapes :

1) Recherche des facteurs importants pour eux dans leur future pratique et pour créer leur identité professionnelle : Dans un 1<sup>er</sup> temps pour prendre une décision, les différents facteurs de la Figure 4 vont être d'une importance plus ou moins grande chez chaque interrogé. Ils sont à rechercher chez chacun des médecins pour réussir à les orienter en fonction de leurs besoins. Ils sont importants dans la création de LEUR médecine.

2) Recherche des informations sur le droit au remords : Les personnes interviewées vont rechercher les informations pour prendre leur décision en connaissance de cause. Selon les étudiants, ces informations sur le droit au remords, délivrée par les administrations officielles (Faculté/ARS) sont plus ou moins accessibles et exprimées de manière transparente.

3) Diminution des fausses croyances et des croyances limitantes : Il est nécessaire de sortir des modes de pensées inculquées durant les études tels que le conditionnement et les préjugés sur les spécialités, sur l'exercice médical et sur la définition du mérite. Les futurs médecins doivent sortir de ces concepts pour essayer de prendre une décision alignée avec eux-mêmes et en accord avec la manière dont ils veulent exercer la médecine.

4) Analyse de la situation : Associée au processus réflexif et émotionnel que nous allons aborder plus bas dans l'étude, cette analyse prend en compte la création de l'identité professionnelle avec la question sous-jacente de « *Quelle médecine vais-je exercer ? Quel médecin vais-je devenir ?* »

5) Appel à un avis extérieur : Certains internes expriment l'importance d'avoir de l'aide lors de ce cheminement et qu'il serait intéressant de prendre un avis neutre extérieur, pour aider à la prise de décision et à la prise de recul.

6) Prise de décision avec l'ensemble des variables prises en considération.

Pour finir, ce **processus décisionnel a été vécu par l'ensemble de nos médecins se posant la question du droit au remords.**

**Figure 6 : Processus décisionnel d'un interne de médecine générale se posant la question du droit au remords**



## V) Sensation d'enfermement dans la médecine libérale

En entrant en médecine générale, les futurs médecins avaient le sentiment d'avoir choisi une spécialité large et diverse. Cependant au cours de leur cursus, les internes interrogés ne se **sentent pas écoutés sur leurs envies professionnelles** et ne savent **pas où s'orienter pour verbaliser leurs besoins**. La pratique libérale de la médecine générale est mise en avant durant le cursus, et **les autres manières d'exercer la médecine générale telles que le salariat, l'hospitalier, l'activité mixte** sont passées sous

**silence.** La curiosité, l'ouverture d'esprit envers les autres spécialités et la diversité des pratiques de la médecine générale sont des atouts pour la spécialité qui ne sont pas assez mis en avant et qu'il faudrait valoriser davantage. Le **contraste entre la diversité de la spécialité présentée et le ressenti des internes interrogés est assez marquant :**

- Claire : *« Bah c'est ça qui est horrible, c'est qu'on me ferme des portes quoi... Je trouve ça horriblement frustrant ! Moi je suis venue en médecine générale parce qu'on m'a dit que c'était la spécialité la plus ouverte, je pourrais tout faire. Et bah du coup je me sens quand même étreinte dans ce cursus. »*
- Marine : *« Et tu vois à contrario, le DMG il te rentre dans la tête : « tu fais médecine générale tu ne fais rien d'autres, tu feras médecin généraliste dans ton cabinet et c'est tout. » Mais ce n'est pas vrai. Enfin moi je l'avais vraiment vécue comme ça : punaise c'est la prison la médecine générale je ne pourrais jamais rien faire d'autres. Je me suis sentie dans une cage et j'avais pas du tout aimé ça. [...] Alors qu'on me disait que si je faisais médecine générale, je peux faire ce que je veux. Et en fait, pas du tout, je me suis sentie hyper bloquée et hyper coincée, mise dans une case. »*
- Léonie : *« C'est noir ou blanc j'ai l'impression : Blanc c'est le pour DMG, tout le reste sera noir. Hôpital = mauvais, ambulatoire = gentil. Donc ambulatoire vs hôpital. »*

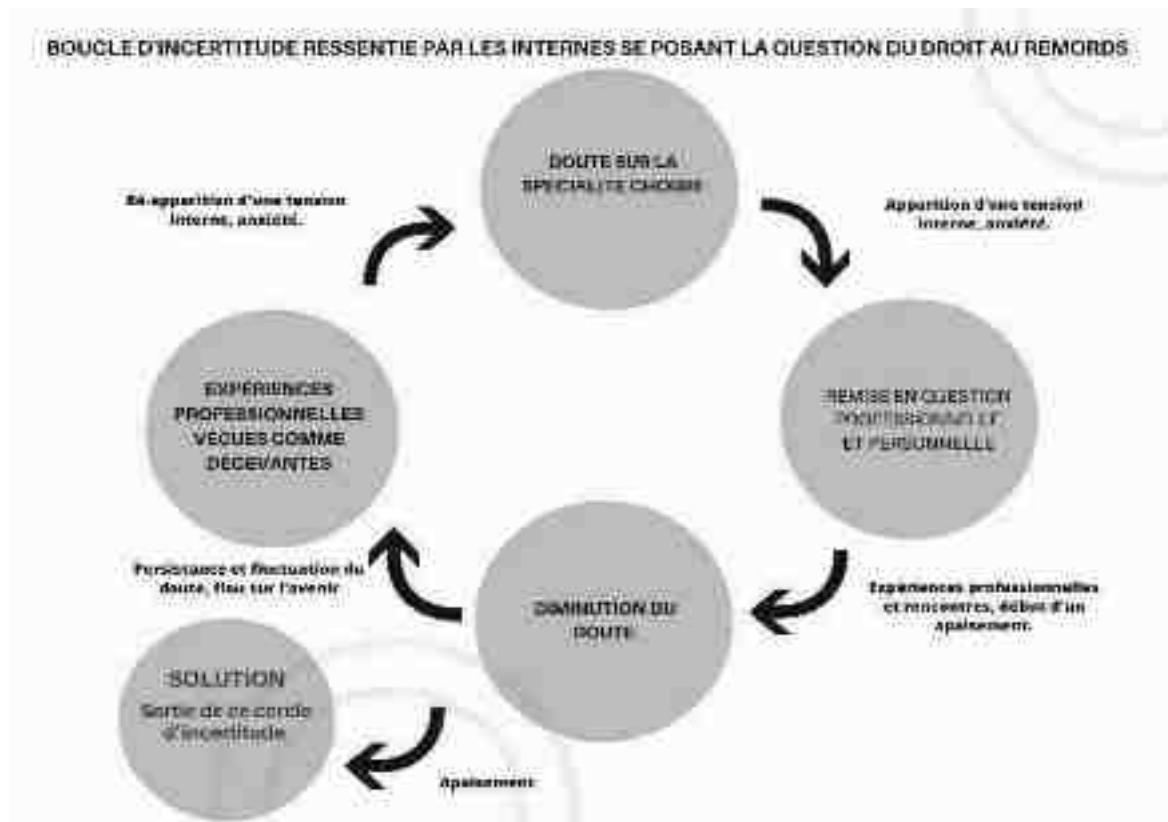
La **sensation d'enfermement** est donc ressentie notamment à propos de la manière d'exercer la médecine générale. Le **suivi du projet de l'interne n'est pas valorisé** comme le souligne Lucas : *« Et du coup je trouve que l'encadrement avec le DMG n'est pas forcément super en terme d'orientation : heureusement qu'il y a l'équipe bien être et les tutrices derrière parce qu'ils sont au courant des risques psycho-sociaux de l'internat et de ton orientation. Mais à la fois je trouve qu'administrativement il y a un frein au niveau de la direction. Je trouve que la direction du DMG n'aime pas quand les internes se mettent à l'hospitalier [...] Après je peux comprendre hein. Mais je trouve que c'est quelque chose de très gênant. Ils devraient être à l'écoute de notre projet professionnel personnel. »*

Avec ces propos, nous pouvons mettre en avant **la souffrance ressentie par certains internes sur l'absence de compréhension par l'équipe pédagogique concernant le projet professionnel voulu par l'étudiant**. Certains internes ont même utilisé des mots très forts du type « secte » et « dictature » pour exprimer le **sentiment d'incompréhension de l'équipe pédagogique encadrante** envers leur propos. L'espoir est tout de même présent sur **la possibilité de garder le choix sur la future pratique** comme le montre Claire : « *En fait je me suis dit que médecine générale c'est quand même, en dépit de tous les trucs qui se ferment-là, j'ai quand même espoir que ça reste un truc où on a un jour le choix et que ça soit ouvert.* »

#### VI) Chercher « une porte de sortie » : Le processus réflexif avec l'indécision et l'ambivalence avec la boucle d'incertitude

Le processus de réflexion crée **une indécision** et une difficulté à savoir ce que l'interne veut réellement. Le moral fluctue, ainsi que les sources de motivation pour leur projet professionnel et pour l'investissement en stage. Lorsque l'interne est dans un cursus aussi difficile, il est compliqué pour lui d'aller contre le système, de remettre en question sa filière actuelle. La **prise de recul et la hauteur nécessaire** pour sortir des préjugés et des diktats inculqués durant les études médicales est compliquée. Les internes cherchent donc **une porte de sortie, une solution** pour ne plus être dans cette indécision qui est peut-être plus ou moins facile à gérer. Par la suite, certains internes rentrent dans **une boucle d'incertitude**. Une dualité s'installe entre le fait de rester dans la spécialité de médecine générale ou réaliser un droit au remords.

**Figure 7 : Boucle d'incertitude des internes en médecine générale se posant la question du droit au remords**



Cette **boucle d'incertitude** est le raisonnement et le processus réflexif que certains internes se posant la question du droit au remords peuvent avoir. En effet, **tous les internes de notre étude expérimentent le doute**. La durée de cette incertitude peut être plus ou moins longue : certains vont **trouver la solution rapidement et ne pas vivre cette boucle d'incertitude**, d'autres **expérimentent cette boucle car la solution n'est pas si instinctive**. Cela dépend donc de la **rapidité** et du **cheminement nécessaire pour arriver à prendre une décision en lien avec les aspirations de l'interne**. Plusieurs étapes sont à mettre en perspective et à repérer dans le temps pour permettre un meilleur accompagnement :

- Doute sur la spécialité : Ce doute est présent en amont ou se crée progressivement comme expliqué précédemment.
- Remise en question professionnelle et personnelle avec les expériences en stage et des rencontres. Ce type d'expérience entraîne ou renforce le doute.

- Diminution du doute avec un apaisement plus ou moins franc.
- Et :
  - Soit expériences ressenties comme décevantes qui déclenchent ou re-déclenchent la boucle d'incertitude.
  - Soit découverte de la solution qui permet de sortir de cette boucle d'incertitude.

Le doute peut être divers et varié selon l'étudiant comme Marine et Pauline qui ont « *peur de ne pas trouver leurs voies* » ou encore Alice qui voit les choses de « *manière dichotomique entre vie professionnelle et vie personnelle* ». Pour elle, « *la médecine générale c'est le confort et l'hospitalier c'est un sacrifice épanouissant* ».

Il y a deux types de profils lors de ce raisonnement :

- Des internes comme Alice qui ne **sont pas bien dans leur spécialité mais qui ne savent pas trop vers où aller** : « *En fait le problème c'est que je ne suis pas très bien dans ma spé, et je veux partir mais je sais pas très bien vers où... [SILENCE] C'est exactement ça... [...] Parce que je ne suis pas à ma place en médecine générale ! Que la médecine générale ça sera plus en mode boulot pour un boulot quoi. Pour gagner ma vie.* »
- Des internes qui trouvent une **spécialité qui leur correspond mais ont peur de franchir le cap pour diverses raisons** telles que la qualité de vie ou le mode d'exercice comme Christophe : « *En fait je veux juste nuancer le fait que dans la réflexion, ce n'est pas purement dichotomique, en fait. Ce n'est pas juste « médecine générale c'est de la merde, j'ai choisi par défaut, donc dès que j'ai eu l'opportunité je me suis cassé ». Non, ce n'est certainement pas ça, il y a toute une réflexion, je savais ce que je laissais derrière moi et ça faisait chier mais en même temps j'avais cette envie et cette ambition de partir. Et je savais très bien que si je restais, j'aurais juste décalé cette envie de partir à la fin de l'internat en fait* »

Alice et Claire décrivent parfaitement un processus réflexif long avec le vécu de la boucle d'incertitude et l'ambivalence présente qui est défini comme **la dissonance cognitive**<sup>4</sup>: « *Et du coup mon vécu : ça fluctue il y a des hauts et des bas. Il y a toujours des tensions internes et c'est fatigant [...] Je pense que c'est une fatigue mentale, mon cerveau il tourne tout le temps à se poser des questions sur l'une ou l'autre spécialité, il ne se laisse pas aller là !* » ; « *Bref, ça passait d'une bonne puis à une mauvaise nouvelle, fluctuation du moral tout cela pendant un stage aux urgences. Donc pas facile. [...] Bah de toute manière c'était en fond, ça tourne dans ma tête : la pédiatrie, la pédiatrie.* ». La dissonance cognitive et l'ambivalence peuvent, entre autre, être **dues à la méconnaissance de la diversité d'exercice de la médecine générale** en post-internat. Cela peut créer une **tension interne** chez certains étudiants qui **ne se retrouvent pas dans la pratique libérale** qui leur est enseignée lors de ce cursus de médecine générale.

Cependant le **passage par la boucle d'incertitude et par la dissonance cognitive ne sont pas des étapes obligatoires.**

Par ailleurs, trois interrogés, qui étaient encore dans le doute lors des entretiens expriment le fait **qu'ils se sentent tirillés voire paralysés entre deux cursus**. Ils n'arrivent pas à être présents totalement lors de leur stage au vu de **la charge mentale** du questionnement du droit au remords envisagé :

- Claire : « *En fait c'est un peu bizarre mais j'ai l'impression de vivre un peu deux vies en même temps parce que d'un côté il y a ma vie d'interne de médecine générale où je fais mes stages, mais mon esprit, si tu veux il n'est pas là-dedans. Mon esprit il se pose la question de : « MAIS COMMENT JE VAIS FAIRE POUR REJOINDRE LA PEDIATRIE ? » [Haussement de la voix]. Et tous les jours je me pose la question... [...] Mais c'est vraiment que j'ai un peu l'impression d'être*

---

<sup>4</sup> Dissonance cognitive : La dissonance cognitive est un concept introduit en 1957 par Léon Festinger dans son livre *Une théorie de la dissonance cognitive* [...] c'est donc la tension interne, consciente ou inconsciente, propre au système de pensées et aux croyances, d'un sujet qui ne parvient pas à accorder deux pensées ou actes contradictoires.

*déconnectée de la médecine générale. En tout cas de la partie médecine générale hors pédiatrie. »*

- Alice : « *En fait ça va et ça vient. Mais toujours hein. [...] Parce que je pense que je ne suis pas allée au bout des choses en fait. Je suis arrivée en médecine, en me disant que je bosse mes ECN pour faire de la rhumato, néphro ou médecine interne... Et moi je me voyais travailler à l'hôpital. Et du coup j'ai l'impression que je continue dans une voie qui ne me déplaît pas mais en même temps c'est toujours pas ce qui me faisait vibrer... [...] Là j'ai l'impression de me concentrer sur deux cursus en fait... »*

Certains internes sont même **partis à l'étranger ou ont envisagé de partir à l'étranger** (Allemagne ou Suisse) pour pouvoir exercer la spécialité qui leur convient et voir ce qu'ils proposent dans les pays voisins pour sortir de ce cycle infernal de l'incertitude tel que Raphaël et Christian.

Au total : Ce processus réflexif est composé **systématiquement d'un doute et d'une indécision**. L'ambivalence avec la dissonance cognitive peut être présent pour certains. Ce processus peut être d'une **durée variable** en fonction de chaque caractère et chaque profil d'interne. Il est important de le repérer pour pouvoir aider et suivre ces internes qui sont **une population à risque psychosociologique fort**.

## VII) Conséquence négative sur la santé psychique : le processus émotionnel et la courbe du changement

Ce processus décisionnel et cette réflexion du droit au remords entraînent un stress et une remise en question générale et globale. Des symptômes **d'anxiété, de stress, et de mal-être** mental étaient présents pour beaucoup de médecins interrogés. Une grande partie des étudiants ont expérimentés un mal être psychologique mais pas tous. La santé mentale et psychique des internes est mise à rude épreuve. Lors du discours de certains internes, nous pouvons **identifier des éléments anxio-dépressifs**.



**Tableau 2 : Verbatims reflétant les éléments anxio-dépressifs chez les internes**

Lucas	<p>« Je n'étais pas bien, voire en détresse psychologique. [...] je n'avais pas d'idées noires ni des symptômes d'un épisode dépressif mais un beau trouble de l'adaptation : je dormais moins, j'avais la boule de trac dans la gorge. Franchement j'avais du mal à me lever. J'y allais à reculons avec la boule au ventre. [...] Au total, le vécu : détresse psychologique avec le stress, trac et aussi je me sentais paumé »</p>
Léonie	<p>« Je pense que personnellement je n'étais pas bien du tout depuis longtemps pendant mon externat et que je ne l'ai pas traité. [...] Et il y a tout qui a explosé comme une bombe, au début de l'internat. [...] On peut dire que j'étais en... dépression [REFLEXION]. Oh oui, je pense. [...] Je l'ai pas bien vécu hein, je n'étais pas bien. Je n'étais pas bien du tout... c'était une catastrophe. Une catastrophe.... [...] J'ai failli me foutre en l'air... je n'étais pas loin de la TS (Tentative de suicide), j'ai failli la faire la TS, vraiment hein.»</p>

Le vécu de l'indécision du droit au remords **est complexe**. Cette boucle d'incertitude qui est donc le processus réflexif qui entraîne un changement et des émotions diverses et variées. Ces processus sont les **étapes du changement qui sont nécessaires à la prise de décision**. Cependant, les émotions relatives à ces étapes ne sont pas forcément agréables à vivre :

- Christian : « *Pendant que j'ai douté ? Pfffff... extrêmement compliqué... euh [...] J'ai eu l'impression de revivre la même période avant l'ECN quand on doit choisir quelle spé on veut alors qu'on ne sait pas quelle spécialité on veut. »*
- Claire : « *Euh, bah pas bien du coup, parce que je suis en plein dedans depuis un an dans cette phase d'indécision... Mais c'est vrai qu'il y a des hauts et des bas. »*

Cette **tension interne** ressentie face à ce choix de parcours émotionnel a été très compliquée à intégrer et à comprendre pour quelques internes comme Alice : « *Cette indécision je la vis très mal. C'est une tension interne, je ne sais pas trop comment t'expliquer. »*

L'indécision qui est fluctuante, entraîne une **charge mentale importante et a des retentissements sur le quotidien** : Lucien : « *C'était une question à laquelle je pensais tous les jours, je me réveillais tous les matins, et j'avais ma liste que je faisais toutes les semaines. Donc du coup stressant, et je n'étais pas sûr de moi. »* ; Marine : « *Et ça se répercutait sur mon quotidien, franchement, pendant mon semestre chez le praticien, j'étais exécration et insupportable. [...] Comme je ne suis pas quelqu'un qui met des mots sur ses émotions et qui explique ce que je ressens, bah juste j'étais méchante, il fallait pas m'embêter et rien ne me demander. Je n'étais pas bien du tout dans mon stage et du coup dans ma vie en générale, j'étais pas épanouie en fait. Au final c'était la spécialité que je n'aimais pas et c'était la spécialité que j'avais choisie, alors là j'étais au bout du bout. Je me disais : « Ce n'est pas possible quoi, je ne veux pas faire ça toute ma vie » ». Marine décrit ici la **phase de colère et de peur** qui sont présentes dans la courbe du changement que nous aborderons de manière plus détaillée dans la discussion.*

Une interne a mis en évidence l'impression de devoir **mériter sa place** lorsqu'elle fait des stages dans une spécialité autre que la sienne. Ce raisonnement est **probablement dû au syndrome de l'imposteur et à la non-valorisation des acquis et des réussites**. : « *J'ai l'impression d'avoir besoin de prouver que je mérite d'être là parce que je ne suis qu'avec des internistes et que je suis médecin généraliste et de trouver ma place en fait ! »*

Des propos **durs envers eux-mêmes, très dévalorisants et parfois péjoratifs et auto-dépréciateurs** sont présents. Ils présentent un **manque d'indulgence** envers eux-mêmes. Ce type de propos peut engendrer des modes de **pensées négatives et des symptômes pré dépressifs**. Alice nous le montre ainsi : *« Mais même chez le médecin généraliste je me suis dit « ouah mais tu es nulle, t'es éclatée... ». Ce n'est pas comme ça que je me voyais en fait. Je me voyais briller en fait...et pas me poser des questions genre « Comment j'augmente un traitement anti-hypertenseur ? ». [...] Et j'ai l'impression que depuis que je suis en médecine générale je n'aime plus la médecine... [SILENCE] ça me fait chier d'être là. »*

Il est donc important de le prendre en considération car ce type **de raisonnement, de stress intense, de troubles anxio-dépressifs**, entraîne une **remise en question du cursus de médecin**. Comme dit Léonie : *« les études de médecines sont un tunnel sans sortie de secours »* et peut entraîner des troubles psychiques, psychologiques voir même des idées suicidaires : *« Vraiment j'ai pris le choix de médecine générale en me disant : « avec ça je vais pouvoir faire autre chose et quitter ce milieu de médecine qui est en train de me bouffer ». Cette décision m'a SAUVEE la vie, au moment où je l'ai prise. Je me suis sauvée la vie, vraiment ! Je n'aurai pas fait ça, je ne sais pas si je serai encore présente, vivante ... J'aurais fait neurologie à Nancy au CHU, je me serais suicidée en moins de deux ans... mais c'est sûr... [LARME AUX YEUX]. Je dis ça j'ai les larmes aux yeux mais c'est vrai, je me serais foutue en l'air en fait... et euh, et donc ça m'a sauvé la vie ! Vraiment ! »*

Léonie met en exergue un problème bien présent dans le cursus médical : **l'absence de passerelles et de « porte de sortie »** vus et compris par les étudiants avec une santé mentale précaire, qui sont toujours dans un fonctionnement du choix de renoncement comme expliqué sur la Figure 2 :

- Léonie : *« On peut en arriver à ce point, parce que c'est un tunnel. C'est un tunnel ces études de médecine. On te fait miroiter une idée sociétale comme quoi, être médecin : tu es au-dessus. Etre médecin tu es riche, forcément, tu es le meilleur, c'est le Saint Graal, tu es au top du top. Euh NON, tu gagnes 2000 euros par mois sans protection sociale. Stop arrêtez, enfin bref. On*

*te fait miroiter ça. Tu réussis, tu es vu comme l'Elite. Tout te pousse à continuer. Mais en fait, si on y réfléchit bien, tout est fait pour que tu restes dans ce système. La possibilité du droit au remords au 1<sup>er</sup> cycle quand tu démarres médecine en PACES s'arrête au bout de la 3<sup>ème</sup> année. Si tu veux sortir de médecine, ça s'arrête à la fin de la D1. Mais quand est ce que démarre vraiment les stages ? Quand vas-tu vraiment découvrir le métier ? Et bien c'est le début de l'année d'après en 4<sup>ème</sup> année quand tu commences ton externat. Tu vas donc découvrir ton métier et savoir ce que c'est au moment où tu n'auras plus la possibilité de faire autre chose. [...] Mais, un médecin pour retourner en kiné doit avoir validé un doctorat.... C'est ahurissant !! Tu ne peux pas retourner en kiné sans doctorat ! Tu ne peux pas te barrer de médecine si tu n'as pas ça. [...] Non mais c'est un tunnel. Mais jamais ils n'ouvriront les portes pour faire autre chose que de la médecine, tu parles, on se barrerait tous ! S'ils ouvrent la possibilité aux fin de 6<sup>ème</sup> année de faire dentaire : toutes les femmes qui n'ont pas eu chirurgie alors qu'elles voulaient ça, elles vont courir en dentaire, c'est sûr, et elles auront raison. Enfin selon leur propre choix ! Donc la conclusion c'est que c'est un tunnel et c'est malsain ! C'est malsain, faut qu'ils arrêtent avec ça ! C'est méga malsain... [...] Oui bah oui mais on se demande pourquoi il y en a autant de suicides chez les internes. Mais ils ont qu'à remettre en question leur cursus médical, c'est une catastrophe quoi ».*

A contrario, Axelle, Pauline et Amélie ont vécu de manière rapide, fluide et sans frustration ce processus de changement émotionnel qui prouve que ce processus peut être **d'une durée et d'une intensité variable en fonction de chaque être humain**. Tous les internes se posant la question du droit au remords vivent ce processus émotionnel, mais de **manière plus ou moins importante et de manière plus ou moins longue**. **Chaque personne vit cela à son rythme**, il faut donc **réussir à accompagner, aider et orienter** chaque interne dans cette courbe de changement.

Au total : L'association de différents éléments tels que le syndrome de l'imposteur, la culture de l'échec et la difficulté d'être fière de soi au fur et à mesure des études entraînent une **dévalorisation permanente de l'étudiant jusqu'à des syndromes anxio-dépressifs.**

Alice explique que « *Bah le vécu et l'indécision du droit au remords c'est fatigant, et ça prend beaucoup d'énergie et on ne peut pas se concentrer sur autre chose. Et je n'ai toujours pas digéré les ECN malheureusement...* » Les deux éléments soulignés par Alice sont **deux points forts** sur le retentissement psychologique de ce processus de raisonnement du droit au remords : **en effet, beaucoup d'internes ne se sont pas encore remis du résultat des ECN que débute déjà le processus du droit au remords.**

Nous avons mis en exergue que le processus de changement peut entraîner **des émotions dites négatives** que les médecins n'ont pas appris à accueillir tel que le déni, la colère, la dépression, les troubles anxio-dépressifs. Toutes ces émotions sont au final importantes à vivre et à accepter dans ce processus de changement et de réflexion du droit au remords. Il faut apprendre à les accueillir et à **accompagner le mouvement du changement avec liberté et sans brider ni bloquer la création de l'identité professionnelle** de chaque étudiant. Cela lui permettra de créer **SA médecine, SA manière d'exercer et qu'il fasse son choix en conscience** tout en étant apaisé.

Nous savons que les études de médecine sont un milieu socio-professionnel très dangereux avec des risques d'anxiété, de dépression voire de suicide majorés par rapport à la population générale. Si nous ajoutons à cela le fait de ne pas se sentir à sa place dans une spécialité déjà choisie, le processus réflexif avec la boucle d'incertitude ainsi que le processus émotionnel avec la courbe du changement, nous pouvons supposer que **les internes qui expriment l'idée d'un droit au remords sont possiblement une population à risque de mal-être grave. Il est donc important de le dépister, de les accompagner et de les guider.**

### VIII) Le droit au remords : un tabou ?

Le droit au remords est un choix compliqué mais de plus, c'est une chose qui est peu abordée lors du cursus de médecine. En effet, pour prendre une décision, il est nécessaire d'avoir toutes les informations les plus transparentes et concises possible. Comme nous l'explique Lucas et Lucien, le **droit au remords n'est pas assez abordé de manière limpide lors des études de médecine et cela peut le rendre tabou :**

- Lucas : *« Je trouve que c'est un peu tabou le droit au remords. [...] En fait on ne te le dit pas et on ne le dit à personne parce que c'est un risque de perdre des internes et deuxièmement c'est que tu as pas fait le bon choix et que tu es un con quoi. [...] Le droit au remords c'est pas quelque chose qu'on aime. C'est même considéré comme un échec, ils le vivent comme cela en tout cas au DMG. Mais j'aurai bien aimé avoir quelques notions plus rapide sur ce sujet. »*
- Lucien : *« Ah si en y réfléchissant, je pense qu'en tutorat on aborde pas assez le thème du droit au remords. Que c'est vraiment un sujet tabou. [...] A qui est ce que tu en parles, surtout si tu n'es pas très bien dans tes stages ou dans ta peau. [...] Je pense que ce serai un thème qu'on devrait pouvoir aborder assez facilement. Limite il devrait y avoir une adresse email sur le site du DMG : « Droit au remords ? Vous avez des doutes sur votre orientation etc.... » et de pouvoir en discuter avec quelqu'un. Mais ouais, je pense que ça serait bien !! »*

**Le manque d'information perturbe donc le cycle de décision de l'étudiant.**

Par ailleurs, le droit au remords élargi rend la discussion encore plus taboue car les internes entrent de nouveau en compétition. Le silence est donc de mise pour avoir la possibilité de réaliser ce droit au remords élargi. Le **vécu est encore plus difficile car la verbalisation du mal-être et des doutes entre collègues est difficile même parfois impossible.** Les échanges entre co-internes diminuent pour se donner une chance de réaliser ce droit au remords élargi.

- Claire : *« Le problème du droit au remords élargi c'est le silence que t'es obligé de foutre autour en fait, et que c'est dommage. En fait c'est un choix important et tu dois le mettre sous silence*

*pour que potentiellement ça fonctionne. [...] Mais en fait plus je vais en parler autour de moi, plus ça va se savoir entre interne, plus potentiellement il y aura d'autres gens intéressés. [...] Mais au final du coup, le droit au remords élargi, par rapport au classique, tu peux encore moins en parler. »*

- Christophe : *« Il y a la culture du silence autour du droit au remord élargi. En fait je n'en ai pas parlé autour de moi parce que j'avais un mauvais classement, et du coup il suffit qu'une seule personne veuille faire le même droit au remords élargi que moi, et qu'il ait un meilleur classement, bah c'est fichu pour moi. Mais du coup ça renforce le fait que ça soit tabou, et ça n'aide pas, parce que pour être sûr de soi il faut justement en parler autour de toi ! »*

De plus, les démarches pour réaliser le droit au remords semblent **plutôt floues et vagues**. Un **manque de communication** sur la réalisation du droit au remords par la faculté et l'ARS est mis en avant par les étudiants comme le montrent Amélie dans ses propos : *« On sait tous que ça existe mais c'est vrai quand tu regardes, enfin. Il faut contacter telle ou telle personne. J'ai passé pas mal de temps à lire tous ces trucs qui n'étaient pas forcément très clairs non plus. On est un peu noyé dans ce truc c'est vrai... »* et Raphaël *« L'information sur le droit au remords en médecine générale, bah elle n'est pas... Enfin je ne sais pas quoi ! Quand je l'expliquais à tous mes potes ils me disaient : « Mais c'est quoi ce truc ». Personne ne connaissait [...] Alors je ne sais pas si c'est une volonté de le cacher, on peut se poser la question. Après l'ARS, ils ne sont pas clair du tout, il n'y a pas de date, pas de conditions de choix, pas de date de retour. Alors que c'est quelque chose qui détermine quelqu'un et une vie. Ce n'est pas juste un dossier quoi ! Tu vois tout ça c'est violent, c'est quand même très violent. »*. Cela commence cependant à se démocratiser avec la publication officielle des postes, tous les semestres, en lien avec le droit au remords élargi.

Pour finir, Amélie met en avant le fait qu'il est difficile de mentionner et d'assumer la réalisation de son droit au remords, au sein de ses stages. Elle décrit une peur d'en parler auprès de ses confrères.

Cela met en exergue que le droit au remords n'est **pas forcément valorisé au sein du cursus et peut même parfois être mis sous silence de peur des jugements** sous-jacents.

Au total : La démarche du droit au remords n'est **pas encore assez accessible et fluide**. Il faut généraliser la démarche et la rendre familière pour permettre un meilleur vécu et une meilleure prise de décision pour les étudiants.

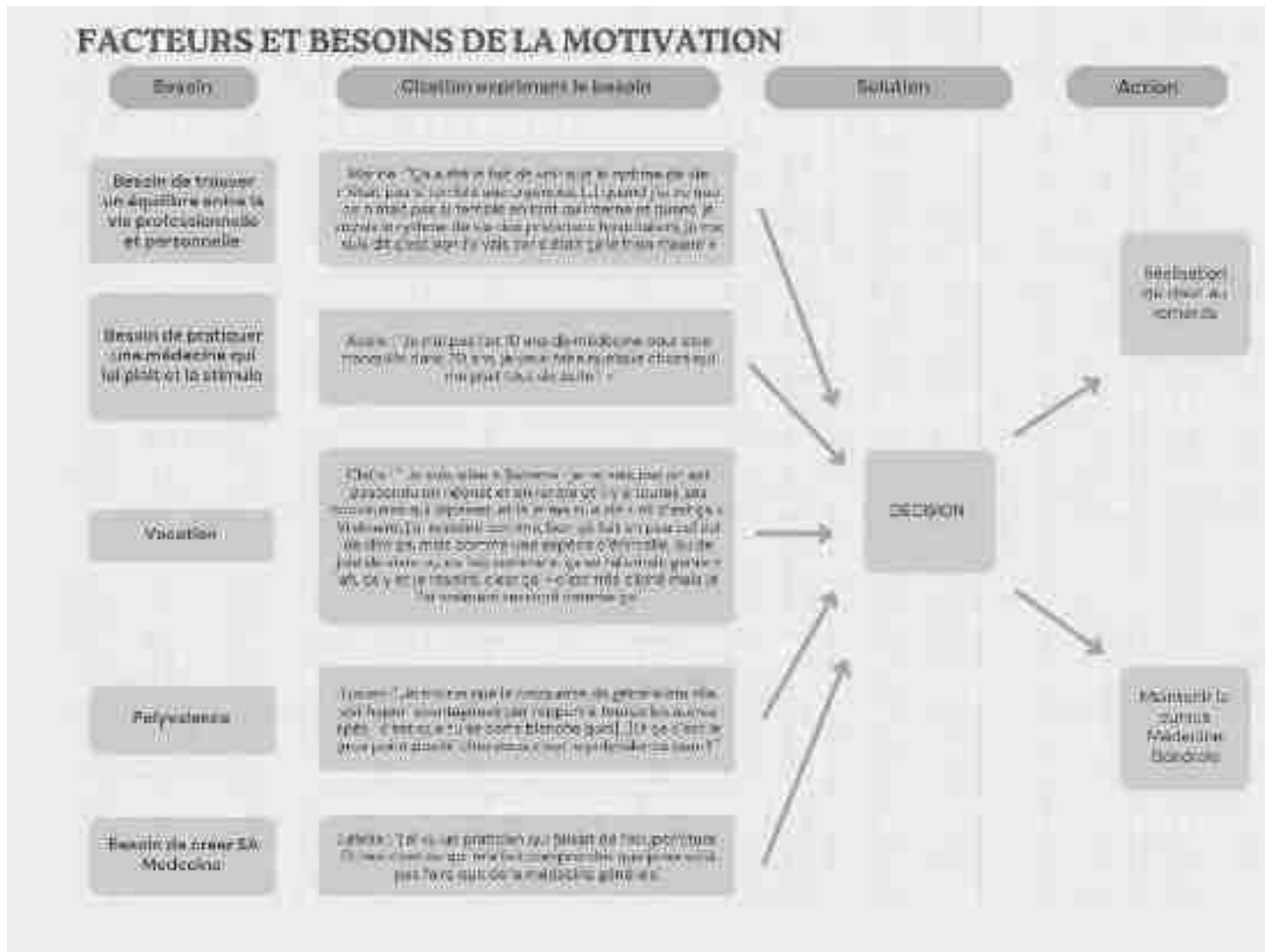
### IX) Les solutions pour sortir de ce cheminement

**Le temps est un facteur clé important pour accepter le changement.** Pour certains, il faudra quelques jours, pour d'autres plusieurs mois voire années. La solution à ce processus arrive progressivement avec le temps soit avec la décision de changer de spécialité soit de rester en médecine générale. Quelle que soit la décision, **des facteurs de motivation et des besoins** sont présents lors de ce processus. Ces besoins vont entraîner et déclencher la prise de décision pour l'étudiant durant le vécu des trois processus : décisionnel, réflexif et émotionnel.



Figure 8 : Facteurs et besoins de la motivation durant le processus du droit au remords





Au total : Le mélange de ces trois processus : décisionnel, réflexif et émotionnel rend la situation très complexe. De plus, la création de l'identité professionnelle du futur médecin et le besoin d'accompagnement dans cette réflexion exprimée lors des entretiens, rend cela difficile. Pour finir, la nécessité de sortir de l'indécision et des croyances limitantes entraîne un vécu infernal. Certains internes décrivent cela comme « *un enfer* ».

La solution finit toujours par arriver grâce à **l'écoute de ses besoins, le recentrage sur soi-même et ses convictions.**

## X) Apaisement de l'interne

### A. Apaisement

Après la prise de décision, les internes présentent **un soulagement, un apaisement** après cette période de doute : Marine : « *Et du coup quand j'ai découvert les urgences j'étais trop contente et soulagée. Après 10 ans d'études, je vais pouvoir faire quelque chose qui me plait, ouf je suis sauvée* » ; Amélie : « *j'étais hyper soulagée quand ça a été accepté* ». Quel que soit le choix, une **accalmie et une quiétude** sont ressenties. Une sorte de **délivrance et de réconfort intérieur** sont les émotions mises en avant après cette période de trouble : Rose : « *Il y a tellement de profils et de parcours différents ! Et qu'on n'est pas du tout les seuls à se chercher ! Et c'est rassurant.* ». C'est **un choix libérateur.**

Des **prises de décision, une orientation de sa pratique future et le début de la découverte de son identité professionnelle** aident souvent à l'apaisement comme le souligne Léonie : « *Et du coup, j'ai failli la faire la TS, mais je ne l'ai pas faite [...] et du coup j'ai pris le DU d'auriculothérapie, ça me convient très bien. Mais je pense que je partirai là-dessus. Après c'est des choix personnels et des expériences hein.* »

Pour finir, la **détermination de certains internes** ainsi que le chemin parcouru sont valorisés et mis en avant par leurs confrères : Raphaël : « *Il y a beaucoup de PU de chir ortho, ils savaient qui j'étais, ils savaient que je venais de la médecine générale et que j'avais été en Allemagne ; Je pense que tu as, pas*

*un respect, respect n'est pas le bon mot, mais les mecs considèrent que quand tu es quelqu'un de motivé pour faire un truc, ils te considèrent ! »*

**L'importance dans ce parcours est de SE trouver.** Il faut savoir **écouter son instinct** et faire preuve de **persévérance et de résilience pour permettre de suivre SON chemin.**

### B. Vision post décision

La plupart des internes s'étant posée la question de partir de médecine générale n'ont pas de reproche ni de blâme contre la médecine générale en elle-même. Ils expriment plutôt un **changement d'horizon** comme Pauline : *« Mais comme dit, moi j'ai fait plus mon droit au remords parce que je m'intéressais énormément à une autre spécialité que parce que je détestais la médecine générale hein. Disons que si j'avais été médecin généraliste j'aurais pu être heureuse en orientant ma pratique d'une manière ou d'une autre. Mais moi je me suis dit que je passais à côté de quelque chose qui me plaît énormément pour une spé pour laquelle je n'ai pas un gros coup de cœur. C'est plus ça mon raisonnement. »* ou Claire : *« Tu peux quitter une spé parce que c'est ton gâteau au chocolat et pas ta tarte aux citrons. La médecine générale c'est pas une spé que je déteste mais si tu veux ce n'est pas la spé que je serai hyper contente de faire tous les matins en me levant et je pensais quand même que c'est très important de se lever le matin en se disant que je vais faire un truc qui me plaît »*

Les internes ayant réalisé leur droit au remords, **approuvent leur passage dans le cursus de médecine générale.** Cela leur a permis d'avoir une vision plus globale de la médecine et de la diversité du métier comme Pauline et Raphaël.

Par ailleurs, la **réalité du terrain en cabinet de ville les a frappés.** La médecine générale libérale n'est pas aussi simple qu'ils le pensaient tel que cela leur a été enseigné durant leurs études. Cela leur a permis d'avoir une **vision large et d'être plus ouvert d'esprit.** En effet, Axelle et Christophe, entre autres, ont intégré les difficultés que l'on peut avoir en médecine de ville dans leur pratique. Une meilleure communication entre les différents corps de métiers est donc possible suite à ce type d'expérience et de compréhension du métier de chacun.

Pour finir, Lucien, qui a terminé ses études, **nous prouve que la diversité de la médecine générale est vaste. Plusieurs voies** sont possibles et beaucoup de choses sont réalisables : « *En gros je pense que la diversité d'exercice, ça procure un bonheur fou maintenant que j'ai terminé ! [...] Mais je pense qu'il n'y a pas de mauvaise voie... [BLANC] euh en tout cas il n'y a pas de meilleure voie, pardon. Je pense qu'il y a plusieurs voies qui pourraient me coller. »*

### C. Regrets, remords et doutes après la prise de décision

Pour Pauline, Christophe, Christian, Louis et Raphaël et Léonie, après analyse de leur parcours et le recul de quelques mois, **l'absence de regrets et de remords est prédominante** : « *Non je n'ai pas de regrets. Il ne faut pas en avoir ! Et je n'ai pas de remords non plus ! Il faut kiffer la vie ! »*

Cependant, certains internes sont encore dans la **colère ou le déni du concours et des études, c'est-à-dire dans leur processus émotionnel** telle que Alice : « *Bah de me mettre trop la pression. Je pense que j'aurais dû être plus zen et j'aurais plus appris et peut être mieux réussi les ECN. Parce que je me souviens que c'est le 1<sup>er</sup> jour des ECN qui m'a mis dedans. Et en vrai avec 1000 places de plus j'aurais peut-être fait autre chose... »* ou Claire : « *Oui... pour toutes les questions ou j'ai vu à l'ECN ou j'ai lu « cochait LES deux réponses justes » et que je savais que il y en avait deux et que j'ai lu LA réponse juste et donc j'en ai coché qu'une alors que j'hésitais entre les deux et j'ai appuyé sur valider et en attendant que ça se valide j'ai vu les DEUX réponses justes... et je me dis que si j'avais coché ses deux réponses, j'aurais eu Limoges en pédiatrie... »* Elles ne **sont pas apaisées dans leur cursus et en boucle sur leurs résultats aux ECN.**

De plus, la question « et si c'était à refaire ? » est présente.... Et **plusieurs internes, avec le recul, ne referaient pas médecine au vu des sacrifices qu'ils ont fait depuis plusieurs années** comme Raphaël : « *Pfff...[BLANC] Déjà d'avoir choisi médecine... On a tous eu ce doute à un moment dans notre cursus je pense. Au jour d'aujourd'hui, je vois juste les conditions de travail, notre paye... et pff »* ; ou Léonie : « *Là j'ai le recul de 10 ans plus tard, 10 ans plus tard, évidemment je ne ferais jamais médecine, évidemment ! Quelle question, faudrait être con pour faire ça »*

Au total : Au vu des propos des étudiants interrogés, cela renforce le fait qu'il est important de **suivre et d'accompagner** les internes dans ce développement et dans l'ensemble du parcours médical ainsi que dans la création de leur identité professionnelle. Cela pourrait devenir **un enjeu dans le dépistage des risques psycho sociologiques**.

#### D. Fierté de son parcours

Malgré les difficultés rencontrées durant le parcours et les obstacles aux ECN, l'étudiant en médecine va **faire un travail sur lui-même pour finalement être fier de son parcours et de ses choix** comme le mettent en avant :

- Christophe : *« Est-ce que je suis fier de mon parcours, quand même oui ! Mais du coup est ce que cette fierté de parcours, est ce que ce n'est pas plutôt celle-là qu'il faut garder, plutôt que le concours en lui-même ? »*
- Louis : *« Oui clairement, je pense qu'on peut être fier. On fait des études assez compliquées ou voilà c'est prenant. On doit faire des sacrifices pendant nos études, l'internat est aussi très compliqué aussi »*
- Rose : *« En fait si, si je suis hyper fière de moi. Il faut le dire parce que je ne le dis jamais. »*
- Léonie : *« Putain j'en ai tellement chié, si je n'en suis pas fière, la vache! »*

#### E. Conseils

A posteriori, après avoir vécu cette expérience de doute et le processus de changement, les internes, avec le recul, conseillent plusieurs choses :

- La discussion et la parole sont importantes : Lucas : *« Et du coup pour conseiller un interne qui est en questionnement ou doute, à mon avis il faut surtout en parler. Je lui dirais d'en parler. Le conseil c'est d'en parler pour à la fois savoir ce qu'il veut faire comme exercice médical au niveau pratique, et au niveau personnel pour mieux le vivre »*

- Il est nécessaire de se renseigner auprès des bonnes personnes : Christophe : « *Et oui bien se renseigner, parler aux gens, a des gens qui y sont en ce moment tels que les internes qui ont une vision pratico-pratique ou en parler a des chefs...* »
- Rechercher la principale motivation de ce raisonnement : Pauline : « *Moi je pense qu'il faut vraiment se poser les questions et savoir ce qui te plaît vraiment dans la spé que tu veux rejoindre. C'est quoi les motivations ?* »
- Se donner du temps : Christian : « *En fait ne pas prendre de décision hâtive tout de suite au début. Et d'attendre de passer la 1<sup>ère</sup> année pour avoir fait son prat et de l'hospitalier ! Et après prendre sa décision.* »
- L'isolement n'est pas une solution. Les étudiants ne sont pas les seuls dans cette situation : Rose : « *Tu n'es pas tout seul, et que le temps apaise les maux et porte conseil* ».
- Se faire confiance : Rose : « *Donc mon conseil ça serait de ne pas se démonter et qu'il faut se recentrer sur soi et se faire confiance autant que possible.* »
- Vérifier et dépister la présence d'un mal être sous-jacent : Léonie : « *Déjà je vérifierais qu'il ne soit pas mal pour autre chose, car pour prendre ce genre de décision, il faut être objectif. Et si tu es en dépression je pense que tu ne seras pas objectif.* »
- Dédramatiser le droit au remords : Léonie : « *Et il faut dédramatiser le fait de faire un droit au remords. C'est vrai que le terme remords est un peu mal choisi !* »
- Arriver à faire la part des choses entre le ressenti personnel et un choix objectif de la future spécialité : Lucas : « *Et vis-à-vis du vécu personnel, je pense qu'il faut bien le distinguer du reste, vis-à-vis de l'auto dépréciation, des remarques négatives, la culpabilité que tu ressens, que j'ai eu moi même pendant mon internat. Je pense que c'est quelque chose qui peut arriver dans n'importe quel stage et qu'il ne faut pas trop prendre ça en compte pour ton choix. Avec le recul tu vois ça permet de t'ouvrir ou de fermer d'autres perspectives auxquelles tu n'avais pas pensé. Mais disons ce genre de chose, c'est plus un truc qui n'est pas juste lié à la médecine générale.* »

## XI) Ressenti de l'expression « droit au remords »

La plupart des interrogés ont été surpris et étonnés de cette question. Cependant après réflexion deux choses ressortent sur cette expression :

Dans un 1<sup>er</sup> temps, ils sont **soulagés de l'existence de ce droit au remords durant le cursus médical**, cela permet d'avoir une solution après le choix difficile des ECN. Cela permet d'avoir une possibilité de changement si besoin. Cécile : *« Au début c'est peut-être rassurant quand tu choisis ! [...] C'est rassurant de savoir que tu as droit au remords, et de changer de spé et changer d'avis [...]. Mais heureusement que ça existe, c'est important pour pas mal de monde je pense »*. Alice : *« Et bien je trouve que c'est bien d'avoir le choix de changer parce qu'on ne connaît pas notre spé quand on commence l'internat. »*

En effet, le droit au remords peut apparaître comme une **solution pour adapter et créer sa médecine en fonction de ses expériences, de son ressenti et attrait personnel**. C'est une porte de sortie pour certains internes qui ne se sentent pas bien dans leur filière. Cependant, ce n'est pas l'unique solution pour personnaliser sa médecine pour les étudiants dans le processus de changement : la réalisation d'un DU peut en être une, ou partir exercer à l'étranger.

Par ailleurs, dans un 2<sup>ème</sup> temps, ils expriment **que l'expression « droit au remords » est inadaptée** car elle représente une **connotation négative et péjorative**. : Axelle : *« Oui, le mot remords il est terrible »* ; Pauline : *« c'est vrai qu'il y a une petite connotation négative le remords. »* ; Lucien : *« Non c'est inapproprié, c'est inapproprié parce que en fait, du fait de la connotation négative, limite tu n'auras pas envie d'en parler. »* ; Amélie : *« Enfin c'est un truc qui impose quoi « REMORDS » ... Bam... »*

En effet, elle **ne représente pas le processus du raisonnement vécu par les internes** car il n'y a pas forcément de remords lors de ce cheminement. Les internes décrivent **plus un changement de projet** comme Axelle : *« Après ce n'est pas tant un remords, est ce que ce n'est pas juste une réalisation de certaines choses, un changement de projet finalement ? »* ; et Alice : *« Après tu n'as pas de remords à avoir c'est pas des remords en fait ! C'est que tu ne savais pas trop et que tu as changé d'avis en fait »*



Le mot remords est trop « **fort** » et « **violent** » au vu de la démarche psychologique et émotionnelle : Louis : « Bah c'est un peu, un peu violent » ; Claire : « C'est dégueulasse comme terme, c'est horrible. Remords quoi... » ; Christian : « C'est ... Le remords il fait quand même mal ! Je ne sais pas le remords on dirait qu'on a le droit à une faute. Enfin que c'est une faute » ; Léonie : « En y réfléchissant « remords » mais c'est vrai que ça inclus forcément que tu t'es planté, alors que c'est juste un changement et un choix de vie et ce n'est pas forcément que tu t'es planté en fait ».

Les internes proposent un **changement d'expression** qui serait plus appropriée tel que « *changement de spécialité* » ou « *passerelle* ».

Pour finir, cette **expression reflète bien la manière de penser en médecine expliquée précédemment, avec toute la culture de l'échec, les stéréotypes et les préjugés** : Rose et Christophe l'expliquent : « Elle est assez théâtrale je trouve. Ça fait très dramatique. C'est un droit et en même un remords, c'est presque un oxymore quoi ! Ça illustre mais en même temps de manière très caricaturale je trouve » ; « Bah je ne sais pas, je pense que tout le monde a du te le dire, mais quand tu parles de remords, tu parles d'erreur un peu, tu regrettes un peu. C'est peut-être un peu une connotation péjorative. Droit au remords. [...] Mais oui, il y a un petit côté... En fait c'est marrant ça s'inscrit parfaitement dans la rhétorique un peu médecine. C'est une culture en fait. « Tu as mal choisis au ECN, DU COUP tu fais un droit au remords ». Et tu as toujours ce truc amer « j'ai échoué, j'ai mal choisi, ou autres ! » »

## XII) Propositions d'améliorations par les personnes interviewées

Durant les entretiens, la chercheuse a proposé aux interviewés d'exprimer leurs pistes de réflexion et d'amélioration au vu de leur vécu du cursus de médecine générale à Strasbourg et du droit au remords.

### A. Sur la formation durant le cursus de médecine générale

Certains internes mettent en avant leur demande **de réaliser plus de stages hospitaliers** comme Alice : « Donc moi je dirais que la formation, il faudrait plus laisser des stages hospitaliers. ». Il pourrait être intéressant **d'orienter les stages en fonction du projet professionnel de chaque interne.**

Plusieurs internes sont en demande de **formation théorique et des cours avec des synthèses sur les recommandations** actuelles sur des pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale.

Pauline et Léonie le verbalisent : « *J'aurais aimé faire des choses un peu plus pratico-pratiques* » ; « *Et pendant les formations de faire une synthèse des recommandations parce que c'est ça dont on a besoin. Parce que ça change tout le temps donc on a besoin qu'on nous fasse des piqûres de rappel.* »

Ils proposent même de mettre en place **une plateforme** dédiée à la formation pour que les étudiants soient aussi autonomes dans leurs formations : Lucien : « *Moi je pense que ce serait hyper important d'avoir une plateforme : cardio, gastro, neuro : que ça soit fait par des médecins généralistes vraiment calés dans un domaine et enregistré. En fait une espèce de base de données sur laquelle tu puisses échanger.* » ; Christophe : « *Et soit faire sous forme de podcasts, de topo... mais il y a des plateformes qui existent. SIDES NG qui existe... Et s'il y a un support théorique, je pense que les gens seraient contents !* » et Léonie : « *A titre d'exemple, les formations ECG et dermato, elles sont super bien faites ! Il faut qu'ils continuent dans ce type de formation.* »

Par ailleurs, une **demande forte d'harmonisation** de la formation entre les différentes régions de France a été mise en avant par Raphaël : « *Et c'est là que tu vois que ce n'est pas harmonisé, et que chaque DMG fait un peu sa sauce ! [...] Est-ce qu'il faudrait un programme national, c'est une vraie question !* »

Et pour finir une demande **d'ouverture d'esprit de la part des encadrants** sur la **diversité de la médecine et de la manière d'exercer la médecine générale** est présente comme l'exprime Pauline : « *Et oui sinon je trouve qu'ils pourraient être un peu plus ouverts pour les gens qui voudraient faire un peu plus des choses spécialisées en médecine générale quoi. [...] Enfin je trouve qu'être un peu plus doué et d'avoir un attrait pour un domaine et c'est pas mal aussi, voilà.* »

## B. Sur le cursus universitaire et le cursus médical

Il serait nécessaire de **revoir le système du cursus médical et des ECN** selon les internes car ils décrivent un système qui ne convient pas à leurs besoins : Pauline : « *Après... il devrait pas y avoir de*

*droit au remords dans le sens où il ne devrait pas y avoir des spécialités aussi fermées. Le système devrait être refait de fond en comble. » ; Alice : « Après, Il faut revoir le système parce que ces ECN ça gonfle quoi... Tu en as qui sont bien classés et qui vont finir dans des trucs qui ne leur conviennent pas. Et d'autres qui étaient vraiment intéressés et qui ne peuvent pas l'avoir ! Après c'est comme ça c'est le jeu aussi ! Mais bon.... Voilà. »*

En effet, cela ne permet pas de développer leur identité professionnelle ainsi que leur pratique médicale tel qu'ils la visualisent.

En parallèle, il est mis en **avant que le cursus universitaire médical français demande de choisir une spécialité tôt dans le parcours médical sans connaître réellement les spécialités et sans pouvoir définir notre identité professionnelle.**

- Raphaël : *« Au final on te demande tôt de choisir, tu as 25 ans et on te dit : « maintenant tu fais ça toute la vie, sans pouvoir bouger vraiment ! » c'est pour ça que ta question sur l'expression droit au remords est bien. Le droit de changer quoi ! Et pour moi ça n'est même pas un droit, c'est une nécessité ! »*
- Christian : *« Alors qu'au final quand on est externe on ne voit pas toutes les spés et on ne sait pas ce qu'on aime je trouve ! [...] Il faudrait passer partout mais on ne peut pas passer dans tous les services. Ou alors... il n'y a pas un pays où ils font une espèce de pré choix, ils vont dans le service 6 mois et après ils choisissent. Ça permettrait de voir si notre choix est le bon. [...] En fait faudrait que ce soit plus flexible pendant l'internat, et qu'on n'appelle pas ça droit au remords. Et qu'on n'est pas qu'un seul droit au remords possible, mais après c'est compliqué »*

### C. Sur le droit au remords

Par ailleurs, sur le droit au remords Léonie explique qu'il est important **d'ouvrir les possibilités de changement de spécialité hors classement.** Cela a déjà débuté à travers la création en septembre 2020 du droit au remords élargi *« Il faut trouver un moyen pour augmenter la possibilité de changer de spécialité en médecine ! C'était possible avant. Ils font tout pour nous bloquer, [...] Il faut ouvrir les*

*possibilités hein. [...] Donc ouvrir les possibilités pour qu'il y ait plus facilement des droits au remords hors classement des ECN ».* Cependant, il faut **continuer dans cette voie et permettre une évolution des compétences des médecins en fonction de leurs envies et de leurs attrait au cours de leur carrière.**

Pour finir, il est important **de se laisser du temps, avant et après le choix du droit au remords.** Temps que les étudiants n'ont pas forcément car la réalisation et l'annulation du droit au remords sont sur des délais définis comme le souligne Christophe.

## Discussion

Pour rappel, le but de notre étude était de comprendre le processus décisionnel, réflexif et émotionnel des internes étant ou ayant été en médecine générale se posant la question d'un droit au remords.

Le processus du droit au remords est **un processus de changement** qui présente plusieurs étapes. Ce processus prend du **temps**. Selon le parcours de vie des internes, il est actuellement perçu comme étant **complexe, difficile et il est plus ou moins bien vécu**. Il est donc nécessaire de l'accompagner. Actuellement, au vu de nos résultats, cet accompagnement ne semble pas assez adapté. Dans le but de permettre aux étudiants de pouvoir **choisir et décider** sans avoir de regrets ni de remords et en étant apaisés, il nous semble nécessaire d'améliorer cet accompagnement. Cette amélioration devrait, à terme, permettre aux étudiants de **prendre le recul nécessaire et de la hauteur**.

### I) Forces et limites de l'étude

#### A. Forces

- Choix d'un type d'étude et de la méthodologie :

L'objectif de notre étude était **d'explorer un ressenti, de comprendre le processus décisionnel, la réflexion, les émotions des internes** pendant leur doute quant à un droit au remords. La méthodologie qualitative est adaptée à ce genre de questionnement et l'approche par analyse interprétative phénoménologique permet de s'intéresser précisément au vécu et aux émotions. Les entretiens semi-dirigés étaient **volontairement le plus ouvert possible** pour un recueil riche et exhaustif. Les entretiens ont duré en moyenne **une heure** et les internes ont pu exprimer des opinions et ressentis librement, parfois crûment, ce qui montre qu'ils ne se sont pas sentis brimés et que nous avons pu recueillir des opinions même "taboues" ou rarement exprimées.

Notre projet de thèse a été soumis et accepté par le **comité d'éthique de l'Unistra**, en amont de la réalisation des entretiens.

Nous avons réalisé une **grille d'analyse méthodique par la méthode COREQ** (26) pour ce travail (Annexe 1). La chercheuse a suivi l'ensemble des critères tout au long de l'étude et les a majoritairement respectés.

De plus, la grille d'entretien a permis une **reproductibilité et une standardisation** des entretiens. Au vu de la sensibilité du sujet, la grille a évolué après deux entretiens test. Ceci a permis d'adapter les questions en fonction des verbatims ayant émergés.

Pour finir, **le double codage** a permis une augmentation de la validité interne de l'étude.

- Originalité du sujet

A notre connaissance, au début de notre étude, il n'y avait que trois thèses réalisées sur le droit au remords. Aucune thèse n'a recherché à explorer le processus réflexif et émotionnel. De plus, aucune étude n'a décrit le processus du droit au remords quelle que soit la prise de décision finale. Ceci est **donc un sujet original** et peu décrit.

- Cohérence des données

Il s'agit d'une étude en lien **avec l'actualité**. En effet, le bien-être et la formation des étudiants en médecine, notamment des internes, est au cœur des débats.

La **cohérence de nos résultats avec la littérature et l'émergence de certains des résultats** renforcent la fidélité et la fiabilité de cette étude (voir ci-dessous).

## B. Limites

- Biais lors du recrutement :

Dans notre étude qualitative, nous avons volontairement sélectionné des étudiants ayant vécu le phénomène étudié, en essayant de recruter le maximum de profils possibles : ceux qui se sont décidé au changement de spécialité, ceux qui sont restés en médecine générale, ceux qui hésitent encore. Nous avons essayé de recruter des internes ayant choisi des spécialités variées. Ceci étant, nous avons pu passer à côté d'autres profils qui auraient pu nous donner des informations et des vécus différents,

non exposés dans notre étude. Le recrutement s'est effectué sur le volontariat. Nous avons donc **un biais de volontariat** : les personnes qui ont décidé de venir faire l'entretien avaient envie de répondre aux questions de la chercheuse et de partager leur parcours.

Par ailleurs, nous avons essayé de diversifier les participants sur la spécialité pour laquelle ils doutaient. Cependant, comme durant la phase socle de médecine générale, les internes effectuent un stage aux Urgences, nous avons 6 entretiens sur 15 où le doute était orienté vers le DES d'Urgences. Cela peut être expliqué par le fait que ce stage ait déjà été réalisé.

- Biais lors des recueils de données :

Lors du recueil des données, le manque d'expérience de la chercheuse a pu créer **un biais d'investigation**. En effet, n'ayant jamais réalisé de recherche qualitative, la qualité des entretiens a pu être impactée. Au fur et à mesure de la réalisation des entretiens, la chercheuse a pu s'améliorer sur le respect des émotions, des silences, ainsi que sur la prise en compte du langage verbal et non verbal.

Par ailleurs, lors des entretiens, **un biais de suggestion** a pu être présent. En effet, ce risque est présent dans toutes les études qualitatives au vu de la méthode choisie. Pour pallier ce biais, le guide d'entretien a été créé avec les questions les plus ouvertes possibles. Ceci peut engendrer des digressions. Mais nous avons fait attention à être le plus objectif possible et de ne pas orienter les répondants dans la formulation des questions.

La chercheuse a elle-même vécu ce processus décisionnel, réflexif et émotionnel au cours de son cursus universitaire. Elle n'est donc pas totalement objective sur la manière de poser les questions aux interrogés, d'accueillir et de rebondir sur les réponses des médecins : ceci est un biais **d'identification personnelle ou de subjectivité**. En effet, la chercheuse connaît donc certains facteurs d'exposition. Ainsi, cela peut influencer ses investigations, en l'orientant préférentiellement vers des facteurs pressentis comme étant importants pour elle.

La création de la grille d'entretien a permis **une meilleure reproductibilité** ainsi qu'une **mise en place de standardisation**. Cela a permis une diminution du biais de suggestion et de subjectivité.

De plus, ce sujet est un thème sensible auprès des internes interrogés, dont certains étaient encore dans la phase d'indécision. Selon la sensibilité de chacun et en fonction du moment où l'entretien a eu lieu dans leur cheminement, **un biais d'inhibition** a pu s'installer. Tout comme pour la chercheuse qui a pu juger certaines questions trop intimes ou trop invasives pour les poser aux étudiants.

Par ailleurs, la chercheuse pouvant connaître les interrogés, pouvant éventuellement être des collègues, un **biais de désirabilité** a pu se mettre en place de la part des médecins lors des entretiens.

Un **biais de mémorisation** est présent lors des entretiens car les médecins interrogés ont une propension à se souvenir de manière différente le vécu de ce processus. C'est un biais systématique lors des études qualitatives.

Pour finir, l'enregistrement avec un dictaphone a pu déstabiliser nos médecins interviewés. Pour diminuer cette gêne, la chercheuse a expliqué au départ la raison de cet enregistrement. Le dictaphone a été mis le moins en évidence possible pour favoriser un environnement propice aux confidences et à la verbalisation du vécu des interrogés.

- Biais lors de l'analyse :

Les entretiens ont été réécrits mot pour mot grâce à l'enregistrement par dictaphone. Cela a permis la diminution de la perte d'informations.

Une triangulation a été effectuée pour pallier le **biais d'intervention/d'interprétation**. En effet, la première directrice de thèse a été cheffe de clinique, ancienne membre au DMG de Strasbourg, et ancienne membre du « Groupe bien être ». Elle aurait possiblement reconnu les interrogés par leurs histoires respectives ou leurs parcours. La deuxième directrice avait une expérience de maître de stage mais n'avait pas d'expérience universitaire. Pour diminuer ce biais, la chercheuse a anonymisé



l'ensemble des entretiens : elle seule a eu accès au tableau des correspondances. Les directrices de thèse n'ont eu accès qu'aux verbatims anonymisés.

Les entretiens ont tous été lus, analysés et codés **en double aveugle** avec la première directrice de thèse et l'ensemble du travail relu par la seconde directrice de thèse. Sa relecture a permis **une triangulation** des données limitant le biais de subjectivité et d'interprétation de la chercheuse novice dans ce type d'étude.

## II) Comparaison à la littérature et réflexion autour de l'étude

### A. Comparaison à la littérature et points d'amélioration proposés

Le sujet du droit au remords n'est pas fréquemment abordé au sein de la littérature. En effet, il existe peu de sources sur le droit au remords en France. Nous avons tout de même essayé de comparer avec les différentes données trouvées :

#### *a. Le droit au remords*

##### i. Processus décisionnel, réflexif et émotionnel du droit au remords

Le processus décisionnel, réflexif et émotionnel du droit au remords ont été exploré durant notre étude pour les internes étant ou ayant été en médecine générale se posant la question du droit au remords. Le processus décisionnel de l'interne concernant un droit au remords a déjà été exploré dans la thèse de Camille Marchand en 2015 (15). Cette étude a, par la suite, donné lieu à un article dans la Revue Exercer en 2020 (16). Cependant, la population étudiée dans ce travail a effectué un droit au remords vers la médecine générale, contrairement à notre population.

Nous pouvons mettre en parallèle ces deux thèses :

- Sur les concordances du processus décisionnel, dans les deux études nous retrouvons la **représentation antérieure de la médecine générale** (la manière d'exercer le métier du médecin traitant mais aussi le fait d'être débordé et d'être seul au cabinet). Dans notre travail, nous les avons identifiés notamment à **travers la diminution des croyances limitantes et la suppression des représentations sur les spécialités et sur les modes d'exercices.**

Par ailleurs, le Docteur Marchand décrit aussi **l'importance du choix initial de la spécialité de l'internat. Elle souligne que l'interne remet en question ce choix, en réévaluant la spécialité choisie au fil de son cursus.** Dans notre étude, nous avons également décrit ce processus via la **recherche des facteurs importants pour la future pratique de l'interne et la création de l'identité professionnelle.** Pour finir, le droit au remords, comme l'explique Docteur Marchand est **couteux, libérateur et sans regrets.** Ce qui est en accord avec nos résultats du processus étudié du droit au remords.

- Cependant dans notre travail, en comparaison à la thèse de Docteur Marchand, nous avons mis en évidence **que la présence d'informations sur le droit au remords est importante** pour la prise de décision. Celles-ci peuvent être plus ou moins facile à trouver. **Un avis extérieur** peut également être judicieux à prendre.
- Notre travail **est un des premiers à s'intéresser au processus réflexif et au processus émotionnel** des étudiants lors de ce parcours. Nous avons essayé d'inviter les participants à s'exprimer de la manière la plus transparente et la plus honnête sur leurs sentiments afin de souligner leur processus émotionnel. Par ailleurs, **le processus réflexif a été mis en avant avec l'émergence de la boucle d'incertitude** présentée dans la Figure 7.

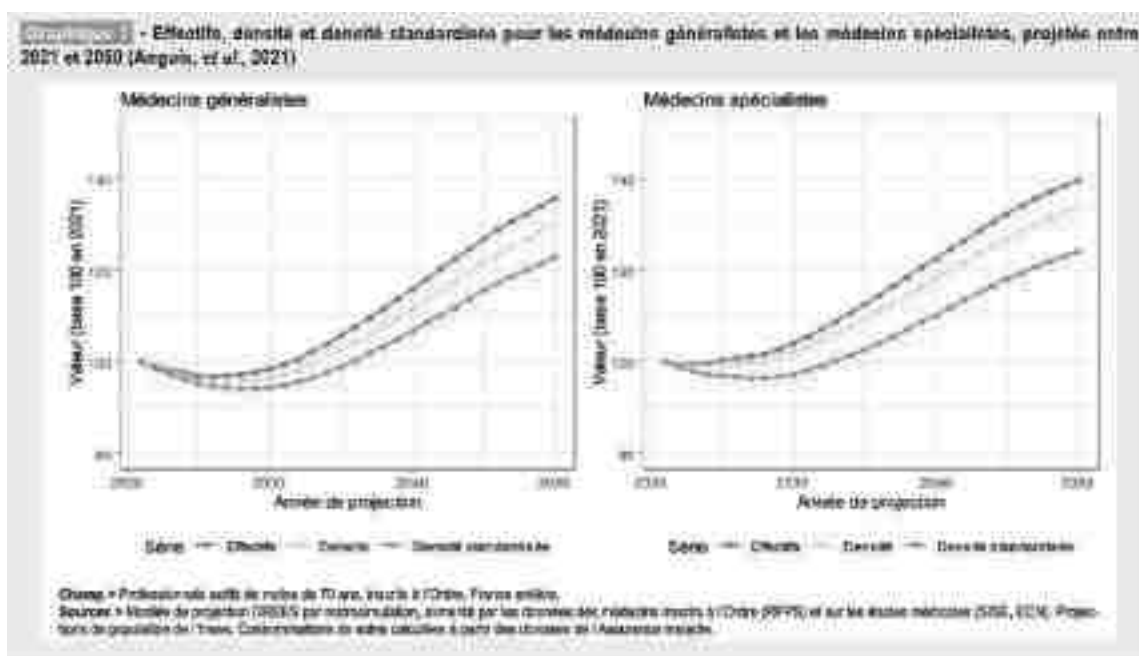
Nous pouvons donc conclure que le **processus décisionnel semble similaire** entre les internes voulant venir en médecine générale ou voulant quitter la médecine générale au vu de la comparaison des deux études.

Nous sommes une des **premières études à mettre en exergue le processus réflexif et émotionnel de ce cheminement** du droit au remords.

ii. Le droit au remords, peu abordé dans le cursus médical par les instances  
 Nous avons mis en évidence dans notre travail que les étudiants expriment avoir l'impression que le droit au remords est tabou. En effet, plusieurs étudiants l'ont soulevé lors des entretiens. Nous avons essayé de comprendre grâce à la littérature pourquoi ce sujet est ressenti comme tabou.

Le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de Décembre 2021 (28) détaille bien **la pénurie** de médecins en France. La DREES a publié des projections d'effectifs des professionnels de santé jusqu'à 2050. Ces projections montrent une diminution des effectifs globaux touchant l'ensemble des spécialités jusqu'en 2024 et un retour au niveau actuel ne se situant qu'en 2030. La baisse des effectifs touche et va continuer à toucher toutes les spécialités mais la baisse la plus importante va probablement affecter les médecins généralistes comme le montre la Figure 9.

**Figure 9 : Effectifs, densité et densité standardisée pour les médecins généralistes et spécialistes, projetés entre 2021 et 2050 – DREES – Selon Anguis, et al, 2021**



En parallèle, l'Agence Régionale de Santé (ARS) (29) est responsable de la répartition des médecins sur le territoire français et de l'offre de soins. Elle a donc une mission d'organisation de l'offre de soins avec une dimension territoriale.

Si nous mettons ces deux paramètres en lien, la répartition des internes sur le territoire est donc un facteur important pour le maintien de l'équilibre territorial des soignants. Nous savons que sans les internes, les effectifs médicaux hospitaliers seraient encore plus déficitaires qu'actuellement. En effet,

selon les chiffres issus du rapport de la DREES de 2015 (30), les internes représentent presque 25% du personnel médical des établissements publics de santé, pouvant aller jusqu'à 40% dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU).

Lors du choix de poste des internes, tous les semestres, les syndicats régionaux d'internes défendent le maintien de l'inadéquation qui est actuellement à 107%. Cette inadéquation a été encadrée par l'Arrêté du 20 février 2015 (31). Elle consiste à proposer aux internes un effectif plus élevé de terrains de stages que d'internes devant choisir un stage lors du choix. En effet, les 7% excédentaires permettent une relative liberté dans la maquette et un choix possible pour ceux qui se retrouvent en fin de classement de leur promotion. Cependant, comme l'ARS a un rôle territorial, le nombre de postes reste limité pour que les terrains de stages hospitaliers soient pourvus en raison de la pénurie de médecins actuelle, notamment dans les hôpitaux.

Nous avons donc un **problème de démographie médicale et de concurrence entre les spécialités au vu du manque de médecins actuel** dans l'ensemble de la profession comme mentionné dans le rapport de la DREES de 2021, évoqué précédemment (28).

Par ailleurs, lorsqu'un interne se pose la question d'un droit au remords pour une autre spécialité, théoriquement, un stage hors filière est envisageable afin de voir la réalité du terrain ainsi que la réalité de la spécialité. Un stage hors filière consiste à réaliser un stage dans une autre discipline que la discipline d'affectation aux ECN de l'interne (32).

En principe, il faudrait **permettre une immersion dans la spécialité** pour l'interne qui est dans le cycle de l'indécision. Cependant, en réalité, nous sommes confrontés à plusieurs problèmes :

- Un problème de sous-effectif des Enseignants de Médecine Générale : En effet, les derniers chiffres sont de 1 équivalent temps plein d'enseignant (ETP) en Médecine Générale pour 80 étudiants. A contrario, dans certaines spécialités, le ratio est de 1/10 étudiants (33). Le Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNEMG) rappelle que l'objectif est

d'atteindre un ratio 1/30 étudiants en médecine générale. Le ratio est en train d'augmenter progressivement comme le montrent les chiffres entre 2017 et 2019 : +7,5% (33). Ce sous-effectif d'enseignants entraîne une importante charge de travail organisationnelle lors de la préparation des choix de stages.

La lourdeur organisationnelle pour le DMG de Strasbourg : A l'heure actuelle, le Département de Médecine Générale de Strasbourg se compose de 19 membres (34). Parmi ces 19 membres, 5 ont un rôle dans le groupe de travail sur les stages et la proposition des stages pour les internes (35). En parallèle de cela, il y a plus de 300 étudiants à chaque choix de stage, par année, en regroupant les trois promotions d'internes. Ceci souligne d'autant plus le nombre insuffisant d'enseignants de Médecine Générale afin d'encadrer les choix de postes des internes. De plus, modifier le nombre de postes ainsi que les lieux d'affectations personnalisés avant chaque choix de stage entraîne une charge de travail supplémentaire pour ces équipes.

Actuellement, le nombre important d'internes et de lieux d'affectations, à chaque choix de stages, rend ce choix déjà **délicat et périlleux**. L'éventualité de l'ajout d'un stage personnalisable en fonction du projet professionnel, et au vu du sous-effectif actuel des membres du DMG, rendrait le choix de stage **extrêmement compliqué voire impossible**.

- Poste vacant dans la spécialité d'origine : Lors d'une demande de stage hors filière d'un interne de médecine générale, la nécessité de pourvoir les différents terrains de stages de la spécialité d'origine (pour le maintien de l'équilibre territorial des soignants), peut mettre en difficulté les membres et le coordinateur du DMG. En effet, il y aurait éventuellement un manque d'effectifs dans l'un des stages de la spécialité d'origine de l'interne.

La fluidité de cette procédure n'est donc pas acquise pour l'ensemble de ces raisons. Cela entraîne possiblement un **manque de communication sur la possibilité de réalisation d'un stage hors filière et par extension sur les procédures du droit au remords**.

Les internes pourraient donc être une des **variables d'ajustement de l'ensemble du système de soins**, pour des raisons politiques et de démographie médicale, **au détriment de leur projet professionnel**.

Nous pouvons donc nous demander, au vu du sujet d'actualité sur la création d'une 4<sup>ème</sup> année de médecine générale, si cet ajout pourra permettre une évolution de la maquette de stage de médecine générale et une flexibilité dans le choix de la réalisation des stages nécessaires à la création de l'identité professionnelle de chaque futur médecin.

En effet, au cours des entretiens, un manque de flexibilité dans la réalisation des stages de la maquette de médecine générale a été rapporté par les interrogés. Ces résultats ont été retrouvés dans le travail de thèse de Eva Gosselin soutenue en Juin 2021 (36). En effet, son étude concerne l'évaluation de la mise en place de la réforme 2017 du point de vue des étudiants de 3<sup>ème</sup> cycle de Médecine Générale à Rouen. Un des résultats principaux soulevé est le fait que les internes remettaient en cause l'absence de stage libre et l'obligation d'effectuer un stage de pédiatrie et de gynécologie, lors de leur phase d'approfondissement durant leur internat de médecine générale. Cela n'était pas forcément le reflet de leur future pratique.

En septembre 2022, le Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 pour 2023 est proposé par l'Assemblée Nationale (37) intègre l'article 23 qui discute de l'ajout d'une 4<sup>ème</sup> année dans le cursus de médecine générale, exclusivement en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones sous-denses. Cette loi a été voté le 23 décembre 2022 (38).

Suite au projet de loi, l'Association Nationale des Etudiants en Médecine France (ANEMF) a publié un rapport sur l'État des lieux de l'attractivité de la médecine générale, de l'exercice en France et de l'impact sur le bien-être étudiant suite aux annonces du gouvernement (39). Ce rapport montre le risque d'aggravation d'un vécu émotionnel du choix de la spécialité aux ECN, déjà très compliqué. Les étudiants envisagent exactement ce que certains internes ont verbalisés dans notre étude : partir à l'étranger ou abandonner le choix d'une spécialité avec un regain d'anxiété qui est fortement exprimé :

- Parmi les étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle dont le premier choix était la médecine générale, plus d'un étudiant sur deux (50,4 %) remettent ce choix en question et 7,7 % abandonnent totalement la possibilité de choisir cette spécialité.
- Parmi les étudiants qui souhaitent devenir médecin généraliste, 54 % réfléchissent de plus en plus à exercer en dehors de la France, depuis l'annonce de l'ajout d'une quatrième année au DES de médecine générale et 5,3 % en sont certains.
- Un regain d'anxiété est présent parmi les étudiants interrogés avec plus de 4 étudiants sur 5 (81,1 %) qui se sentent plus anxieux depuis les différentes annonces gouvernementales. De plus, près d'un étudiant sur trois (32,7 %) a pensé à arrêter ses études dans les dernières semaines.

La mise en place de la 4<sup>ème</sup> année d'internat en médecine générale a succinctement été étudiée auprès des étudiants dans la thèse d'Eva Gosselin en 2021 (36), précédemment citée. Les étudiants étaient majoritairement opposés à une 4<sup>ème</sup> année d'étude, hormis pour réaliser un stage libre.

Les données de la littérature s'opposent ainsi, notamment concernant les besoins des étudiants et les obligations territoriales ainsi que l'offre de soin en France. En effet, la création de l'identité professionnelle des futurs médecins à travers des expériences médicales en lien avec leurs attraits et leurs envies pour poursuivre leur projet professionnel est une demande forte de la part des étudiants.

Ce contexte de démographie médicale déficitaire ainsi que le manque d'effectif des enseignants de médecine générale peuvent, en outre, expliquer que le **sujet du droit au remords soit peu voire pas abordé au sein de la faculté de médecine ainsi que par l'ARS.**

Par ailleurs, dans notre thèse, trois internes ont parlé du droit au remords élargi en le qualifiant de tabou. Comme expliqué dans l'introduction, au vu de la publication récente de cette réforme, nous ne pouvons pas faire de comparaison à la littérature car aucune source n'a été trouvée à l'heure actuelle.

Proposition d'amélioration : Il serait intéressant **d'instaurer une transparence** sur l'existence de ce droit au remords. En effet, l'aborder de **manière limpide lors de la journée d'accueil** des internes permettrait de normaliser cette possibilité. Ceci améliorerait le processus réflexif et émotionnel de ce dernier. La verbalisation de l'existence du droit au remords et l'amélioration de la communication sur ce sujet par les Départements de Médecine Générale permettraient la diminution du mal être des internes en raison de la mise sous silence par les instances du droit au remords.

*b. 2<sup>ème</sup> cycle et choix aux ECN*

Notre étude a mis en évidence que le processus décisionnel ainsi qu'émotionnel du possible droit au remords débute dès le début des études de médecine. Nous allons, dans cette partie, essayer d'analyser ce qui est fait actuellement pour présenter les différentes spécialités aux étudiants, ainsi que leur vécu de ce second cycle.

i. Importance de la présentation objective des spécialités aux externes

Il est revenu dans notre étude que beaucoup d'externes, influencés par la valorisation de certaines spécialités dans le discours facultaire durant leur cursus, ont une représentation faussement idéalisée et tronquée de certaines spécialités. Cela peut donc influencer leur choix en conscience et engendrer un choix biaisé aux ECN.

Actuellement, L'ISNI et l'ISNAR-IMG (40,41) ont mis en place des documents en ligne sur les différentes subdivisions, spécialités et maquettes accessibles pour chaque futur interne. Ils permettent aux étudiants de se renseigner sur les diverses possibilités qui s'offrent à eux.

Nous avons contacté l'Association Amicale des Etudiants en Médecine de Strasbourg (AAEMS) pour savoir ce qui était proposé dans notre subdivisions pour la présentation des différentes spécialités. Ce mail est resté à l'heure actuelle sans réponse de leur part.

Par ailleurs, nous savons que le stage de découverte de la médecine générale durant l'externat a un impact sur le choix futur aux ECN. En effet, plusieurs thèses et travaux ont montré l'influence positive



du stage de second cycle en Médecine Générale en faveur du choix pour cette spécialité à l'ECN, ainsi qu'un changement de vision des externes sur la réalité du métier du médecin généraliste (6,42,43).

Cependant en 2017, seul 86,2% des étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle ont pu avoir accès à ce stage en ambulatoire, selon le communiqué de presse du SNEMG et du Collège Nationale des Généralistes Enseignants (CNGE) (44).

Or, le stage ambulatoire pour les étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle est officiellement obligatoire depuis 1997 avec l'Arrêté du 4 mars 1997 (45). Cependant, officieusement cela n'a été respecté qu'à partir de 2006 avec la création d'un nouvel Arrêté en novembre 2006 (46). Depuis ce jour, l'offre augmente progressivement avec le recrutement et la formation croissante de Maitres de Stage Universitaire (MSU) en Médecine Générale, indispensables à l'accueil des étudiants de 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> cycle. A l'heure actuelle, ils ne sont toujours pas assez pour permettre l'accueil (correct et complet) de l'ensemble des étudiants. Le communiqué de presse du CNGE et SNEMG du 30 novembre 2021 montre tout de même que le nombre de MSU en 2021 est en progression de 7 % par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2020 (47).

**Il est important d'accompagner les étudiants de second cycle dans leur découverte objective des spécialités et présenter en toute transparence les conditions réelles de pratique des spécialités.**

Nous avons, dans cette partie, insisté sur la spécialité de la médecine générale au vu du cursus de la chercheuse de l'étude mais il en est de même pour les 44 spécialités présentées aux ECN. L'intérêt est de **présenter l'ensemble des spécialités de manière transparente sans discours dénigrants ou paroles valorisantes/dévalorisantes envers les différentes spécialités** pour que l'externe puisse faire un choix éclairé et libre.

Propositions d'améliorations :

- Il serait donc intéressant de proposer durant les jours post ECN avant les résultats définitifs, une **journée « speed dating » entre les futurs internes et les internes de chaque spécialité en fin du cursus et/ou médecins installés et/ou chef de clinique**. Cela leur permettrait de faire

un point sur les différents cursus et pratiques. Par la suite, les futurs internes pourraient identifier ce qui leur plaît réellement et revenir à leurs fondamentaux nécessaires à la poursuite de la création de son identité professionnelle. Cela leur permettrait, dans un 1<sup>er</sup> temps, de prendre une décision pour créer leur future pratique médicale en accord avec leurs principes. Puis, dans un second temps, peut-être, diminuer le nombre de recours au droit au remords puisque le choix aura été fait en connaissant la réalité du terrain.

- **Le langage utilisé par l'ensemble des équipes pédagogiques** (Doyen, PU-PH, Assistant, MSU, Membres du DMG, ...) pour présenter les spécialités semble essentiel pour permettre une **vision claire** des diverses pratiques aux étudiants et leur laisser la possibilité de réaliser **un choix averti**.
- Il est indispensable de poursuivre le **recrutement et la formation des MSU** pour permettre un accès à l'ensemble des externes (et des internes) à la Médecine Générale lors de leur cursus.

ii. Vécu du 2<sup>ème</sup> cycle par les étudiants en médecine et choix aux ECN  
 Nous nous sommes demandé, au vu de notre 1<sup>ère</sup> partie des résultats sur l'externat, quel était le vécu de cette période par les étudiants en médecine français.

En effet, certains de nos interrogés nous ont verbalisé que la période de l'externat n'était pas aisée. Plusieurs thèses (48,49) se sont penchées sur le vécu des externes de leurs études. Il en est ressorti que l'anxiété, la fatigue chronique, la surcharge de travail et les troubles du sommeil sont fortement présents au sein de cette population. Ces symptômes ont un impact psychologique franc sur les étudiants. Ces derniers décrivent aussi un manque de reconnaissance de leur statut et parfois un ressenti de violences verbales de la part de leurs supérieurs.

Ces thèses peuvent être mises en lien avec l'ouvrage « Omerta à l'hôpital: le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé » (50) qui permet de chiffrer les violences subies par les étudiants en santé ainsi que de recueillir leur témoignage. En effet, dans ce travail il est notamment

ressorti que plus de 40 % des étudiants en médecine interrogés ont déclaré avoir été confrontés personnellement à des pressions psychologiques au cours de leur cursus.

Les **risques psycho-sociaux apparaissent dès le début des études médicales**. Il est donc important d'agir le plus en amont possible. Il faut ainsi **renforcer l'accompagnement dans le second cycle**.

A l'heure actuelle, la réforme du second cycle semble répondre à certaines remarques retrouvées dans les thèses précédemment citées. Elle a débuté pour les étudiants inscrits au second cycle de médecine en septembre 2021 (51–53). L'objectif théorique de cette réforme est de professionnaliser les externes. Elle a pour but de valoriser les compétences professionnelles acquises au cours de leurs études et de leurs stages, et ainsi de mieux accompagner les étudiants sur le choix de spécialité, grâce à la 6<sup>ème</sup> année qui sera une année dédiée à l'orientation professionnelle. Les Epreuves Dématérialisées Nationales (EDN ; Ex ECN) se dérouleront en début de 6<sup>ème</sup> année. Le reste de l'année ne sera consacré quasiment qu'aux stages. L'objectif est de valoriser les expériences de l'étudiant en médecine et la construction de son identité de médecin. Le choix de la spécialité se réalisera par « Matching » qui prendra en compte les connaissances évaluées lors des EDN, les compétences cliniques et le parcours de l'étudiant.

Nous **n'avons pas assez de recul sur la mise en place de cette réforme car elle est très récente**. Il serait donc intéressant de voir l'impact de la réforme sur la santé mentale des étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle et sur les futurs droits au remords.

Par ailleurs, le choix aux ECN est un **choix complexe, individuel et comprenant de multiple variables** comme cela est mentionné dans nos résultats comprenant les croyances limitantes et le conditionnement. En effet, déjà en 2005, la DREES (54) avait essayé de modéliser le choix des étudiants aux ECN. Certains facteurs, dont des facteurs personnels (entourage, situation familiale...) et psychologiques ne pouvaient pas être pris en compte et rendaient la modélisation du choix complexe.

Actuellement, le choix des ECN se passe en ligne, avec une phase de simulation durant l'été et une phase de choix durant le mois de septembre (55). Il se fait sur la plateforme CELINE donc informatiquement. Notre étude a mis en évidence que le résultat, la simulation et le choix des ECN pouvaient être complexe. Beaucoup d'émotions négatives ont fait surface pour les étudiants à ce moment de leurs études. Cette période difficile est une période propice au doute et à la déception pour certains internes comme le mentionne nos résultats. C'est souvent une des phases du processus émotionnel qui rentre dans le processus du futur droit au remords.

A notre connaissance, **cette prise de décision en fin de 6<sup>ème</sup> année n'est pas accompagnée correctement.** En effet, à l'état actuel de nos recherches, aucun dispositif de prise en charge des étudiants sur le plan de l'accompagnement psychologique n'est connu dans les suites du choix de spécialité.

Ce processus de choix est vécu de manière différentes par les étudiants. En effet, suite aux résultats des ECN, quelques internes subissent un choc puis du déni et de la colère. Ces étapes peuvent durer plus ou moins longtemps. Deux internes en particuliers interrogés lors de notre étude sont restées bloquées sur leur classement aux ECN durant leur internat et n'arrivent pas à avancer dans leur processus émotionnel respectif. Cela peut créer un mal-être pour les internes. Nous allons étudier cela dans la partie suivante.

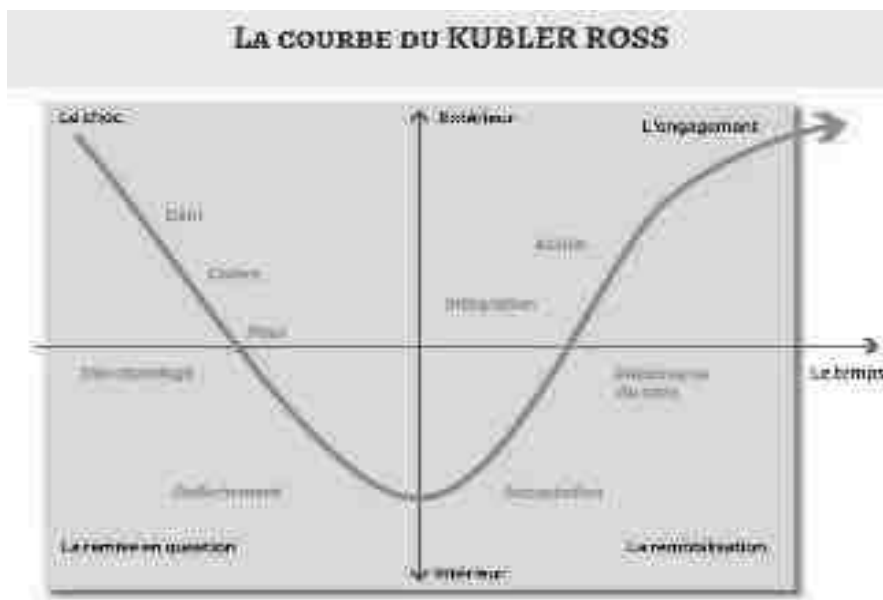
Proposition d'amélioration: Il serait judicieux **d'alerter les étudiants ainsi que les équipes encadrantes de la présence de ces croyances limitantes et de ces préjugés** lors du processus de décision du choix aux ECN mais aussi pour le questionnement du droit au remords. Cela permettrait aux étudiants de dédramatiser la situation en prenant en compte ces facteurs dans leur décision et aux équipes pédagogiques d'en avoir conscience et de mieux prendre en charge le vécu des médecins en formation.

c. *Mal-être des internes durant le 3<sup>ème</sup> cycle*

i. La courbe du changement

Ce processus émotionnel est connu dans la littérature et en psychologie comme le **processus ou courbe d'apprentissage du changement ou courbe de deuil**, extrait des travaux de Kübler Ross sur l'acceptation des situations difficiles (56). Par la suite, beaucoup de livres sur le management et d'accompagnement au changement se sont inspirés de ces travaux (57–59). Ils décrivent des clés d'accompagnement de chaque phase.

**Figure 10 : La courbe de KUBLER ROSS – La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation - David Autissier (58)**



Si nous appliquons ces concepts aux étudiants en médecine, il faudrait, dans un premier temps, **informer les étudiants sur l'existence de la courbe du changement et le fait que cela soit normal d'y être confronté**. Ce processus peut être vécu plusieurs fois dans leur parcours. Ici, nous allons nous concentrer sur ce phénomène après les choix aux ECN et durant le cursus d'interne, lors du recours au droit au remords.

De plus, il faut donner les clés d'accompagnement aux équipes pédagogiques afin de leur **permettre de détecter l'étape où se situe l'étudiant et ainsi adapter par la suite la prise en charge**. C'est la prise en charge du processus émotionnel qui est en jeu.

Les différentes phases se composent ainsi :

**Phase de Choc, Dénî, Colère** : Cette étape a été ressentie par beaucoup d'internes dans notre étude, au moment des résultats de l'ECN. Comme expliqué dans les résultats, le classement aux ECN est un choc. Lors de cette étape, il est important **d'INFORMER**, et de valoriser le cursus de l'étudiant et son parcours. L'écoute active par l'équipe encadrante et la verbalisation des propos par l'étudiant est le point clé.

**Phase de Marchandage et de Relâchement** : C'est la suite de la phase descendante. A cette étape, il faut **GUIDER** l'étudiant pour qu'il puisse traverser cette étape puis faire émerger quelque chose de constructif pour créer son identité professionnelle. Il est important de lui montrer les portes de sorties atteignables et à sa portée. En effet, il peut ressentir de la **tristesse**. Il va être important de vivre ces émotions pour pouvoir passer à l'étape suivante. Pour certains, cette étape peut aller jusqu'à la dépression, comme Léonie dans notre étude. La bienveillance est donc primordiale.

**Phase d'Acceptation et de Découverte de sens** : Pour les étudiants, cette étape peut correspondre à un nouveau souffle. En effet, ils commencent à trouver l'identité professionnelle et la médecine qui vont leur correspondre. Que cela soit le droit au remords, comme dans notre étude, ou la réalisation d'un diplôme universitaire par exemple, il faut **les ENCOURAGER** à concrétiser leurs idées et leur **permettre de trouver leur voie d'épanouissement dans le métier de médecin**.

**Phase d'Intégration et d'Action** : Lors de cette phase, les étudiants se recentrent sur eux-mêmes et agissent pour construire leur manière d'exercer. Le rôle des accompagnants est de **RECONNAITRE l'évolution et de VALORISER les démarches entreprises**.

Il est important de **détecter les étudiants traversant ce cycle du changement**, par le biais des rencontres individuelles tuteurs/étudiants par exemple. **L'équipe pédagogique doit être informée de l'existence de ce cycle afin de pouvoir repérer les étudiants dans « le tunnel »** à tous les niveaux du cursus, comme l'explique Donata Marra dans son rapport (9).

Le but final n'est donc pas le recours au droit au remords, mais bien de **créer son identité professionnelle et d'être en accord avec sa manière de pratiquer**. Le droit au remords n'est qu'une solution à cela. **L'objectif est de personnaliser sa médecine**. Dans ce but, il faut **accompagner les étudiants en ce sens sans les brider, ni les freiner**. En effet, certains internes ne réaliseront pas de droit au remords. Ils s'épanouiront d'une manière différente en médecine générale : en réalisant un DU, ou en pratiquant dans les pays limitrophes

Proposition d'amélioration : Il est important pour les équipes pédagogiques du DMG et les maîtres de stage Universitaires (MSU) d'être **formés à repérer les prémises de ce processus émotionnel et à poser les questions ouvertes sur le doute d'orientation**, auprès de l'étudiant. Ce processus est normal dans le cheminement de l'étudiant. Il faudrait donc **alerter les étudiants sur l'existence de ce processus émotionnel** pour le rendre moins tabou, le banaliser. Cela permettrait un meilleur vécu de ces différentes étapes.

ii. Ambivalence, croyances limitantes et dissonance cognitive

Notre travail a permis de mettre en évidence des fausses croyances ainsi que des croyances limitantes chez les internes. Elles peuvent être à l'origine d'une ambivalence voire d'une dissonance cognitive chez quelques internes comme expliqué dans nos résultats. Cette ambivalence concerne la vision dichotomique et non complémentaire des diverses manières d'exercer la médecine ressentie chez certains internes. En effet, elles sont dues à une **méconnaissance de l'ensemble des possibilités d'exercices ultérieures de la médecine générale** (c'est-à-dire après l'internat).

Il faut permettre à l'étudiant de comprendre la diversité de la pratique de la médecine générale. **Les modalités d'exercices sont en constantes mutations**. En effet, selon l'article de la DREES en 2015 (60), les projections d'activités évoluent : la part de médecins ayant une activité libérale exclusive reculerait fortement, passant de 47% en 2016 à 38% en 2040. En parallèle, la proportion de médecins ayant une activité mixte passeraient de 11% à 15% et, enfin, celle des médecins salariés augmenteraient de 42% à 46% sur la période entre 2016 et 2040.

**Figure 11 : Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice - Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée - DREES**

(60)



Propositions d'améliorations :

- L'équipe pédagogique devrait pouvoir **identifier des éléments de mal-être et possiblement de dissonance cognitive dans le langage des étudiants**. Elle devrait pouvoir prodiguer un discours **transparent sur les diverses pratiques de la médecine après l'internat**. Il est important de ne pas inciter les étudiants vers un mode d'exercice comme certains membres du DMG de Strasbourg semblent le faire au vu du discours des étudiants interrogés. En effet, ils privilégieraient exclusivement un exercice libéral ou renverraient l'idée de fermeture des possibilités accessibles aux étudiants. Il faudrait **présenter le spectre large des possibilités aux étudiants** et non exclusivement un type de pratique telle que la médecine libérale au détriment du salariat ou de l'exercice hospitalier par exemple. De plus, l'ouverture des possibilités de réalisation de Diplôme Universitaire (DU) lors du cursus de médecine générale pourrait permettre une valorisation du projet professionnel de chaque interne.
- **Informers clairement les étudiants sur la diversité de la pratique future** leur permettrait de mieux vivre leur internat. Cela permettrait de moins, voire de ne pas, ressentir cette tension interne et cette ambivalence car les croyances limitantes en seraient atténuées.



iii. Structure de prise en charge du mal-être actuel à Strasbourg et au niveau national

Les internes sont une population avec des risques psycho-sociaux élevés. Les données de la littérature (61–64) montrent que les étudiants en médecine sont plus à risque de dépression que la population générale.

La thèse de Leslie Grichy soutenue en 2017 (65) sur les troubles anxio-dépressifs chez les internes en médecine, affirmait déjà à l'époque que la prévalence de la dépression et de l'anxiété était respectivement de 22,8 % et 59,7 % au sein de la population de 7603 internes interrogés. De plus, près d'un quart d'entre eux (23,4 %) auraient déjà eu des idées suicidaires.

Nous avons montré dans notre étude, que **le droit au remords est source d'anxiété importante**. De plus, les **symptômes dépressifs et de somatisation dus au stress** ont été mis en exergue dans le discours des interrogés. Nous pouvons nous demander, à juste titre, s'il faut considérer ces internes se posant la question d'un droit au remords comme des étudiants plus à risque ? Toutefois, aucune étude, à ce jour, n'a été réalisée sur ce sujet.

Par ailleurs, nous avons dégagé l'idée que les étudiants se tournent fortement vers leur famille ou leurs amis, pour verbaliser leur ressentis, par méconnaissance des dispositifs à leurs dispositions au sein de la faculté de Strasbourg.

Dans la subdivision de Strasbourg, le Syndicat Autonome des Internes d'Alsace (SAIA) fait un **travail de communication important sur l'existence des dispositifs d'aide à Strasbourg** (66). En effet, étant le 1<sup>er</sup> recours des internes lorsqu'ils ont des soucis, le SAIA a mis l'accent sur cette communication. Les dispositifs ne sont pas ou peu connus des étudiants en médecine. Ainsi, ils ne savent pas où s'orienter si un problème survient.

**Figure 12 : Risques psycho-sociaux – SAIA (66)**



Par ailleurs, le Groupe bien être (22), absent sur cette Figure 12, est un dispositif d'aide pour les étudiants en médecine générale. Ils ont une adresse mail dédiée, afin d'être sollicités par les étudiants, par les tuteurs ou les encadrants de stage lorsqu'un étudiant est confronté à des problèmes lors de son cursus universitaire ou une situation complexe.

Au niveau national, le Centre National d'Appui (CNA) a été mis en place en juillet 2019 (67), à la suite du rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (9). Il est devenu la Coordination Nationale d'Accompagnement des Etudiants et des Etudiantes en Santé (CNAES) en 2021 sous la gouvernance conjointe des acteurs institutionnels. Cela permet une meilleure collaboration et une meilleure articulation entre les différents acteurs. Leurs missions sont la **création d'une plateforme d'écoute ainsi que d'un site d'information et de conseils**. De plus, la **formation à destination des étudiants et des équipes encadrantes** ainsi que la **création de procédures transparentes de signalement font partie intégrante de leur rôle**. Dès le lancement du CNA en 2019, **15 engagements** ont été pris pour améliorer la santé mentale des étudiants en santé (68) tel que :

- Créer dans toutes les facultés de santé une structure d'accompagnement, ouverte à tous les étudiants et garantissant la confidentialité.
- Faire de l'orientation progressive des étudiants en santé une priorité dans la réflexion sur les formations en santé ;
- Assurer des passerelles de sortie avec validation des acquis pour tous les étudiants en santé à tous les niveaux de leurs études. Ces objectifs sont en cours de réalisation.

Propositions d'améliorations : Il faudrait **poursuivre les efforts de communication envers les étudiants**. Il serait donc intéressant, dès la journée d'accueil des internes en médecine ou lors des premières séances de tutorat, d'aborder le sujet de la santé mentale des internes. Cela permettrait de normaliser les doutes et de les informer sur les signes d'alerte et les structures d'aides existantes.

Il est important, par ailleurs, d'accorder une **écoute active** puis de savoir **orienter** les étudiants vers les personnes compétentes en fonction de leur problématique.

#### *d. Construction de l'identité professionnelle*

La construction de l'identité professionnelle est **longue et complexe**. Cette construction débute dès le début des études et se poursuit même après l'internat. Plusieurs choses entrent en compte pour créer cette identité tels que les modèles de rôles, la découverte de l'incertitude médicale et la présence d'un syndrome de l'imposteur, comme montrés dans notre travail. Nous allons comparer cela avec les données de la littérature :

- i. Importance des compétences de la Marguerite du médecin généraliste et du Carre de White dans la création de l'identité professionnelle

Durant notre travail, nous avons remarqué qu'en fonction des attraits, des freins et des représentations qu'ont les externes des différentes spécialités, leur choix aux ECN va en être impacté ainsi que le processus de décision sur le droit au remords.

En effet, nous savons que durant leur cursus universitaire, les étudiants passent une grande partie de leur stage dans des centres hospitaliers. Cela influence leur vision de la médecine. Pour permettre aux externes le choix le plus objectif aux ECN, ainsi qu'une réflexion possible après sur le droit au remords, il est primordial de présenter les pathologies fréquentes en soins primaires en médecine générale. Or, la plupart des étudiants passent leur cursus dans les CHU. Leur cursus n'est donc possiblement pas représentatif de l'ensemble de la médecine (69). Le Carré de White (70) permet de comprendre ce phénomène : sur 1000 habitants exposés à un problème de santé, 750 personnes signalent des troubles, 250 parmi elles consultent un médecin, 9 sont hospitalisées, 5 sont adressées à un autre médecin, et une seule personne est hospitalisée dans un centre hospitalier universitaire.

**Figure 13 : Carré de White - The Ecology of Medical Care – White Kerr (70)**

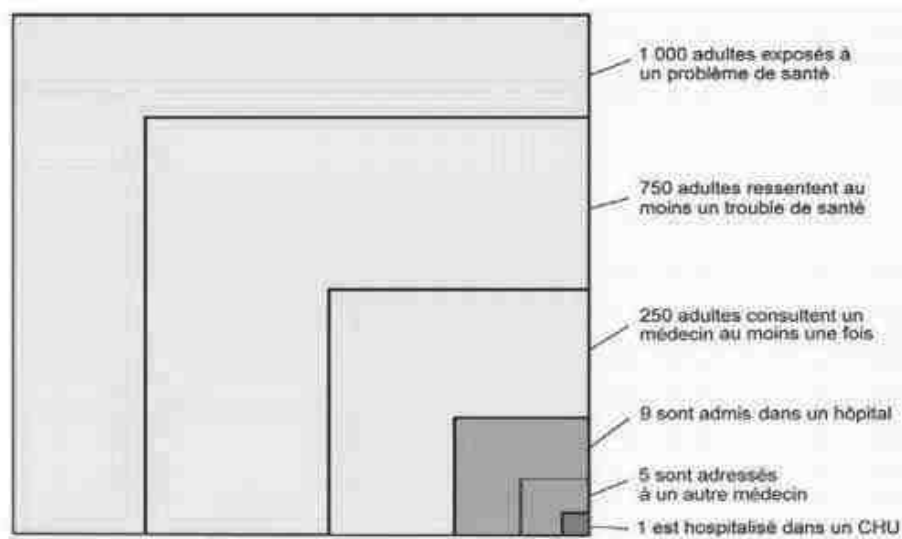


Figure 1 : Carré de White

Ainsi, comment peuvent-ils prendre une décision et un choix en accord avec leurs valeurs médicales si une seule vision de la médecine leur est présentée ? Comment peuvent-ils créer leur identité professionnelle s'ils n'ont pas toutes les possibilités mises à leur disposition ?

Il est donc important de **leur présenter la vision globale de la médecine** : les soins primaires qui sont des soins essentiels et de 1<sup>er</sup> recours, en passant par les soins secondaires qui permettent une expertise spécialisée d'un organe jusqu'aux soins tertiaires hyperspécialisés principalement curatifs qui se

réalisent souvent en hospitalier (71). Cela va permettre aux étudiants d'avoir une vision d'ensemble du parcours de soins. Si cela était réalisé durant le 2<sup>ème</sup> cycle, cela pourrait entraîner une diminution du taux de droit au remords durant le 3<sup>ème</sup> cycle car la réflexion aura été faite en amont.

Il est ressorti de notre étude qu'en fonction de leur attirance pour certain type d'exercice, de relation médecin/patient et de leur appétence pour certaines caractéristiques de la pratique (pathologie aiguë ou chronique, attrait pour les gestes), cela va influencer leur choix final de droit au remords. Nous pouvons mettre cela en miroir avec la Marguerite des compétences du médecin généraliste (72). En effet, **selon les compétences que l'interne apprécie ou aime majoritairement, cela va l'orienter plus ou moins vers le droit au remords**. Par exemple, un interne de médecine générale qui a un attrait pour les pathologies aiguës et urgentes, peut possiblement se poser la question pour un droit au remords vers les urgences.

**Figure 14 : Marguerite des compétences de la spécialité de Médecine Générale - CNGE (72)**



Au vu de l'ensemble de ces éléments, le rôle des équipes pédagogiques et des maîtres de stages est d'accompagner les étudiants dans la création de leur identité professionnelle. Pour cela, il est impératif tout d'abord de présenter et d'expliquer aux étudiants l'existence du Carré de White, ainsi que l'ensemble des soins primaires, secondaires et tertiaires, ce qui leur permettra d'appréhender,

**de critiquer et de comprendre** la formation médicale actuelle des futurs médecins. Par la suite, il est important de **leur révéler la diversité immense de l'exercice de la médecine** pour leur permettre de faire leur choix de manière avertie.

ii. Importance des modèles de rôle dans la création de l'identité professionnelle

Dans notre étude, nous avons mis en avant l'importance des modèles de rôles dans la construction de l'identité professionnelle, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Le rôle des figures d'exemple, est largement étudié et retrouvé dans la littérature (73,74) mettant en exergue qu'une **exposition à des modèles de rôle est fortement corrélée au choix des étudiants en médecine pour leur future carrière**. De plus, ils décrivent les qualités d'un bon modèle de rôle. Un bon modèle de rôle pour un étudiant doit avoir un attrait et une habileté pour l'enseignement avec de bonnes compétences pédagogiques. Il doit présenter des compétences relationnelles et une bonne expertise clinique. Ces données ont été retrouvées dans la Revue Internationale Francophone d'éducation médicale en 2005 :

**Tableau 3 : Caractéristiques des bons modèles de rôle - Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique – Chamberland Martine (75)**

Caractéristiques des bons modèles de rôle	
Expertise clinique	Qualités personnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raisonnement clinique et prise de décision</li> <li>• Communication efficace avec les patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compréhension</li> <li>• Intégrité, honnêteté</li> <li>• Habiletés interpersonnelles et avec des autres</li> <li>• Enthusiasme pour l'enseignement et la médecine</li> <li>• Engagement avec l'excellence et le développement</li> <li>• Sens de l'humour</li> </ul>
Habiletés d'enseignement	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Approche centrée sur l'étudiant</li> <li>• Communication efficace avec les étudiants</li> </ul>	

*Les caractéristiques des bons modèles de rôle ont fait l'objet d'études documentaires. Ce tableau résume les caractéristiques repérées dans les recherches avec trois catégories : l'expertise clinique, les habiletés d'enseignement et les qualités personnelles.*

Cet article de Revue (75) nous propose aussi une définition du modèle de rôle en médecine : « C'est un médecin qui, dans le contexte de son exercice professionnel, influence l'apprentissage des externes et des résidents avec qui il est en contact. ». Ils expliquent que pour créer leur identité médicale et leur

médecine, les étudiants **doivent se confronter à diverses manières d'exercer**. Le modèle de rôle se fait donc de manière consciente ou inconsciente au détour des rencontres lors de leur cursus.

Il semblerait que les résultats de notre étude soient en accords avec les données de la littérature disponibles sur le sujet. Les **modèles de rôles sont importants pour permettre aux étudiants de personnaliser leur médecine ainsi que leur manière d'exercer**.

iii. Découverte de l'incertitude en médecine générale durant la création de leur identité professionnelle

L'incertitude médicale et diagnostique fait partie du quotidien de médecin généraliste. En effet, la Société Française de Médecine Générale a mis en avant que seulement 1/3 des consultations par le médecin généraliste finissent pas un diagnostic clair (76). Ainsi, les étudiants en médecine générale seront forcément confrontés à cette incertitude.

Dans notre étude, nous avons souligné que l'incertitude médicale et relationnelle peut être difficile à vivre et être désagréable pour les étudiants. Les étudiants ont peur de l'incertitude car c'est une entité qui ne peut pas être contrôlée. Cela peut retentir sur leur vie personnelle et ils peuvent considérer cela comme un échec personnel. Plusieurs solutions sont proposées pour réduire l'incertitude des étudiants : se **préoccuper des émotions des étudiants, ralentir le raisonnement clinique de l'étudiant** qui pourrait procéder et conclure trop rapidement à un diagnostic qu'il connaît lors de la présence de l'incertitude médicale pour se rassurer lui-même. De plus, il est important de **rechercher la certitude dans l'incertitude** comme évoqués dans l'article de Dale Guenter, Nancy Fowler et de Linda Lee écrit en janvier 2011 (77).

Par ailleurs, une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes, publiée en 2014 dans la revue EXERCER (78), met en avant que les déterminants de la tolérance à l'incertitude sont le contexte de la consultation, l'expérience et la personnalité du médecin, les facteurs liés au patient, la relation médecin-malade et le raisonnement clinique. De plus, trois types d'incertitudes ont été identifiées : diagnostique, thérapeutique et relationnel.

D'autres thèses ont essayé de montrer la présence de manière prépondérante de l'incertitude au cours du cursus et la difficulté à la vivre. La thèse de Marine Bettés soutenue en 2017 (79) montre que plus de la moitié des internes en SASPAS de Midi-Pyrénées ont des difficultés à tolérer l'incertitude car elle est source d'anxiété. Toutefois, ce travail montre également qu'elle est tout de même stimulante et intéressante dans le parcours médical des interrogés.

L'incertitude est donc une problématique connue qu'il faut **normaliser et verbaliser lors du cursus médical** auprès des étudiants. En effet, **l'incertitude médicale fait partie de la création de l'identité professionnelle et les futurs médecins y seront confrontés durant toute leur carrière médicale.**

#### iv. Présence importante du syndrome de l'imposteur dans la population des internes

Nous avons mis en évidence dans notre étude que beaucoup d'étudiants subissaient le syndrome de l'imposteur lors de leur cursus. En effet, la culture de la dévalorisation des étudiants et de la peur de l'échec dans ce domaine peut favoriser un syndrome de l'imposteur.

Il a été présenté pour la première fois en 1978, par P.R Clance et S.A Imes. Il se caractérise par un **bon niveau de réussite, des signes extérieurs et objectifs de succès, qui ne sont pourtant pas intégrés par l'individu**. Les personnes exprimant ce syndrome font généralement bonne impression auprès de leur entourage (27,80).

Plusieurs études internationales ont montré la **forte prévalence du syndrome de l'imposteur dans la communauté des étudiants dans le domaine médical** (81,82). En effet, dans ces études, près de 30% des étudiants en médecine ressentent un syndrome de l'imposteur, avec un taux plus élevé chez les femmes. De plus, il est plus souvent associé à des troubles anxieux, une dépression et/ou un burnout (82,83).

Par ailleurs, des conseils pour les enseignants sont proposés tels que **l'indication à normaliser la forte présence ce sentiment auprès des étudiants en médecine et à les encourager à l'autoréflexion** sur ce



sujet (84). Cette autoréflexion peut s'effectuer grâce à l'échelle de Clance (85). Il est important de **les rassurer sur leur légitimité dans leur cursus professionnel.**

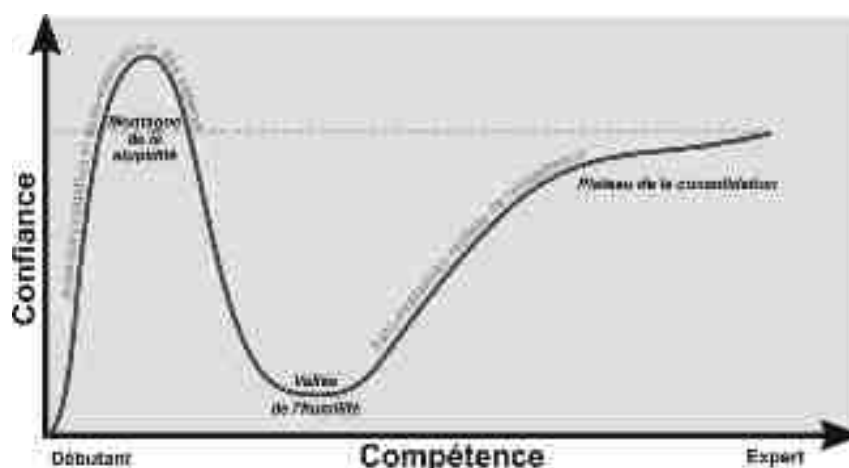
De plus, l'article de la Revue Pratique Psychologique en 2017 (27) propose une prise en charge de ce syndrome de l'imposteur en **laissant s'exprimer les personnes, les accueillir sans jugement, comprendre et accompagner ces sentiments pour restructurer cette illusion d'incompétence.**

Une thèse récente réalisé en 2022 dans la Région Grand Est en incluant les DMG des universités de Lorraine et de Strasbourg, par Quentin Roussel montre que plus de la moitié des étudiants en 3<sup>ème</sup> cycle, ayant participé à l'étude, souffre du syndrome de l'imposteur (86).

La présence du syndrome de l'imposteur dans notre population étudiée **est cohérente avec les résultats d'études antérieures.**

Parallèlement, nous avons essayé de mettre en relation ce résultat avec l'effet Dunning-Kruger. L'effet Dunning-Kruger a été décrit pour la 1<sup>ère</sup> fois en 1999 par Dunning et Kruger (87). Ils définissent ce phénomène ainsi : plus une personne augmente en compétences et en connaissances, plus elle voit que les tâches sont complexes, et moins elle se sent légitime à dire qu'elle est compétente.

**Figure 15 : Effet Dunning-Kruger – Selon Dunning et Kruger**



Les étudiants en médecine que nous avons interrogés, **semblent être dans la « vallée de l'humilité » et en cours de création de leur « phase de consolidation ».**

La création de l'identité professionnelle **est complexe et multifactorielle**. Il est important de comprendre qu'elle se **poursuit aussi après l'internat et durant toute la carrière**. Ainsi, **l'identité professionnelle n'est pas figée, elle est en constante évolution**.

## B. Perspectives

Au vu de l'ensemble de ce travail, il serait judicieux de **déterminer le nombre d'internes en médecine générale se posant la question du droit au remords**. A ce jour, aucune étude quantitative n'a été réalisée sur ce sujet. Cela pourrait nous permettre de **quantifier ce phénomène**. De plus, cela déterminerait si ce **processus a un impact réel sur la santé mentale** des internes en médecine générale. A plus grande échelle, nous pouvons également nous demander comment ce processus affecte l'ensemble des étudiants dans les 44 spécialités présentes à l'ECN.

Pour finir, la **collaboration entre les équipes pédagogiques et les étudiants** doit être poursuivie pour permettre la création d'un **lien de confiance et donc d'une meilleure prise en charge globale de l'ensemble des étudiants en médecine**.

## Conclusion

Le cursus médical est en constante évolution. La réforme du 3<sup>ème</sup> cycle de 2017 a entraîné des modifications du parcours universitaire médical du fait d'une plus grande filiarisation des spécialités.

Depuis le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé de Donata Marra sorti en 2019 et le rapport de l'ISNI en 2021, nous savons qu'il est urgent d'agir pour la santé mentale des futurs médecins. Par ailleurs, nous savons que le droit au remords, qui permet aux internes un changement de spécialité jusqu'au 4<sup>ème</sup> semestre de leur internat, est une période complexe, de doutes et de remise en question, a fortiori depuis l'apparition du droit au remords élargi avec la réforme de 2020.

L'objectif principal de notre étude était d'explorer le vécu et les propos des internes de Strasbourg, étant ou ayant été en médecine générale et se posant la question d'un droit au remords, pour dégager le processus décisionnel, réflexif et émotionnel de ce cheminement. Nous avons donc réalisé 15 entretiens semi-dirigés compréhensifs individuels, avec une analyse qualitative par approche phénoménologique interprétative de ces trois processus.

Le processus décisionnel débute dès l'externat. La culture du concours et de la performance ainsi que le discours facultaire entraînent des croyances limitantes chez l'étudiant. L'ensemble de ces croyances sont liées à un système méritoire et élitiste ainsi qu'à des préjugés voire des fantasmes sur certaines spécialités, intériorisés par les étudiants depuis le début des études médicales. Les expériences professionnelles ainsi que l'identification des modèles de rôle (positifs ou négatifs) atténuent ou au contraire renforcent leurs préjugés. L'étudiant doit en prendre conscience et essayer de sortir de ce système de pensée. Celui-ci peut être à l'origine d'un renoncement initial à une spécialité, c'est-à-dire un choix en lien avec ce qu'il « peut faire ». En effet, ce système ainsi que le classement aux ECN, entraînent des croyances sur eux-mêmes, qui vont parfois jusqu'au syndrome de l'imposteur, accentué par la culture de l'échec ressenti tout au long de leurs études.

Un recentrage sur soi-même est nécessaire pour permettre une prise de recul. Grâce à l'exposition aux stages et à l'environnement professionnel réel des spécialités, l'étudiant renforce progressivement sa confiance en soi, construit son identité professionnelle, prend conscience des envies qui l'animent et de l'attrait d'une ou plusieurs autres spécialités. Il se dirige vers ce qu'il « veut faire ». Il chemine ainsi vers l'épanouissement personnel et professionnel. Ainsi il pourra prendre une décision en accord avec lui-même et avec la manière dont il veut exercer la médecine. Pour cela, les internes se posant la question du droit au remords, en cours de création de leur identité professionnelle, vont rechercher des facteurs essentiels à leur future pratique médicale et à leur équilibre de vie. Ces facteurs se composent, entre autres, du mode d'exercice, du cadre de vie personnel, de l'attrait pour une population de patients ou encore des rencontres humaines et des expériences personnelles lors de leur stage. De plus, la recherche d'informations sur le recours au droit au remords est primordiale pour une prise de décision cohérente. Des avis extérieurs, telle qu'une aide de l'entourage (famille, conjoint, amis, collègues), ou de professionnels de santé (psychologues ou psychiatres, AGGRID ou le groupe bien être) sont parfois nécessaires. Toutefois, l'aide auprès des professionnels de santé n'est pas assez demandée par les étudiants à cause d'une probable méconnaissance de ces dispositifs. De plus, le temps et les diverses expériences médicales sont des éléments capitaux dans ce cheminement. Ce processus décisionnel a été vécu par l'ensemble de notre population étudiée.

Le processus réflexif est caractérisé par l'indécision ressentie par tous les étudiants lors de ce cheminement. Certains vont entrer dans une boucle d'incertitude qui peut créer une ambivalence, voire une dissonance cognitive pour quelques internes. D'autres vont rapidement trouver la solution à leur indécision. Cette boucle d'incertitude est caractérisée par l'apparition d'un doute concernant la spécialité choisie à l'ECN qui engendre une remise en question professionnelle et personnelle. Une tension interne et une anxiété peuvent être présentes. Des expériences et des rencontres vont permettre un début d'apaisement et une diminution du doute. Toutefois, si la solution n'est pas trouvée et que le doute persiste, cela déclenche ou re-déclenche cette boucle d'incertitude. Celle-ci est probablement créée par la sensation d'enfermement dans la pratique libérale de la médecine

générale ressentie par les internes ainsi que les croyances limitantes qu'ils ont sur eux-mêmes. Certains internes ne se sentent pas à leur place et ressentent un tiraillement entre deux cursus médicaux. Cela peut créer une anxiété et des émotions négatives, voire des troubles psychiques telle que la dépression.

Le processus émotionnel, quant à lui, est défini par le passage par différents sentiments nécessaires au changement et à la prise de décision. Ces différentes étapes sont : le déni, la colère, la dépression, la tristesse puis l'acceptation et la découverte de sens. Tous les étudiants ne passent pas par l'ensemble de ces étapes. En effet, au cours des entretiens, nous avons pu mettre en évidence que ce processus n'est pas comparable d'un interne à l'autre dans son intensité ou sa temporalité.

Quelle que soit la décision finale, des facteurs de motivation et des besoins sont présents lors de ce processus. Ces besoins, comme par exemple le besoin de sécurité professionnelle, de sérénité ou de liberté d'exercice avec l'importance de polyvalence dans l'exercice médical, vont entraîner et déclencher la prise de décision pour l'étudiant.

Les internes interrogés ont tous exprimé le besoin d'accompagnement et d'écoute du projet professionnel individuel de la part du Département de Médecine Générale (DMG), afin de ne pas vivre leur doute dans la solitude.

Par ailleurs, l'analyse a permis de révéler des clés d'accompagnement pour les équipes pédagogiques afin de proposer un meilleur soutien. La présentation objective des différentes spécialités aux externes ainsi que le spectre large et la diversité des possibilités d'exercices de la médecine générale, devraient être décrits et communiqués à l'ensemble des étudiants. Cela permettrait possiblement une diminution du recours au droit au remords.

Enfin, l'existence du droit au remords ainsi que les différents processus devraient être abordés en début d'internat. Les équipes pédagogiques doivent pouvoir identifier les signes précoces d'atteinte à la santé mentale des étudiants durant ce processus du droit au remords, dénouer les croyances

limitantes et inspirer les étudiants en s'efforçant d'incarner de bons modèles de rôle. Par ailleurs, la communication sur les dispositifs d'aides est primordiale pour permettre aux étudiants de se faire accompagner correctement.

Ainsi, il conviendra de permettre aux internes de créer leur propre identité professionnelle, en accord avec leurs principes et leurs valeurs médicales afin d'être apaisés dans leur future pratique.

Face à ces constats, il serait intéressant de réaliser une étude quantitative afin de disposer de données chiffrées sur le pourcentage réel d'internes de médecine générale se posant la question du droit au remords. Il serait également judicieux d'étudier l'impact du droit au remords sur le risque anxio-dépressif des internes. Enfin, la collaboration entre les équipes pédagogiques et les étudiants doit être poursuivie et améliorée pour permettre une meilleure prise en charge globale.

VU et approuvé  
Strasbourg, le **12 JUL 2023**  
Le Doyen de la faculté de  
Médecine, Maïeutique et Science de la Santé

Professeur **ALAN SIBILLA**  
STRASBOURG

VU  
Strasbourg, le **8/7/23**  
Le président du jury de thèse  
Professeur **GILLES BERTSCHNY**  


## Annexes

I. Annexe 1 : Grille d'analyse méthodique selon les lignes directrices  
COREQ

<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>			
Caractéristiques personnelles			
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	MASQUELEZ Margot
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	DES en médecine générale
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçante
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur	Première expérience en étude qualitative
Relations avec les participants :			
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui pour certains internes. L'enquêtrice et 4 participants ont été collègues à un moment de leur cursus universitaire. L'enquêtrice et 1 participant étaient amis.
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présence d'une notice d'information qui présente la chercheuse : Nom, Prénom, Profession, Recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale.
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflits d'intérêt
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>			
Cadre théorique :			
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Approche par Analyse Interprétative Phénoménologique (IPA)
Sélection des participants :			
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Échantillonnage raisonné et homogène dans le vécu d'une expérience commune.
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Via les réseaux sociaux tel que Facebook et Messenger.
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15 participants
13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	0 personnes
Contexte :			
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Un lieu calme a été privilégié, laissant au choix au participant : Université de Médecine de Strasbourg ou logement personnel
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non

16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Les principales caractéristiques de la populations sont présentées dans le Tableau 1 : « Caractéristiques des médecins interrogés ».
<b>Recueil des données :</b>			
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages, étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	La grille d'entretien est présentée en annexe 3 et testée au cours des 2 premiers entretiens.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, il n'y a eu qu'un entretien par participant.
19	Enregistrement audio-visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio par dictaphone après accord des participants.
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Le ressenti de la chercheuse a été noté après chaque entretien.
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Entre 26 minutes et 131 minutes avec une durée moyenne de 64 minutes.
22	Seuil de suffisance	Le seuil de suffisance des données a-t-il été discuté ?	Seuil de suffisance des données a été atteint au 14 <sup>ème</sup> entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour vérifier si cette suffisance était bien atteinte.
23	Retour de retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaires et/ou correction ?	Non
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>			
<b>Analyse des données :</b>			
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codées les données ?	La chercheuse, avec double codage par la directrice de thèse de l'ensemble des entretiens
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fournis une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	L'ensemble des thèmes a été déterminé à partir des données.
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Logiciel de traitement de texte de type WORD
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non
<b>Rédaction :</b>			
29	Citations présentées	Des citations des participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion de thèmes secondaires ?	Oui



## II. Annexe 2 : Notice d'information

### Notice d'information aux participants :

Strasbourg,

Madame, Monsieur,

Je vous sollicite dans le cadre du projet de recherche pour une thèse de fin de cursus de médecine générale. Il s'agit d'une étude *sur le droit au remords des internes de médecine générale sur la subdivision de Strasbourg*.

Ce programme est né d'une réflexion et d'un questionnement personnel sur le droit au remords. En effet l'objectif de ce programme est de répondre à cette question de recherche : « *Quel est le processus décisionnel, réflexif et émotionnel des internes de médecine générale qui se posent la question d'un droit au remords ?* »

Je m'adresse à vous car vous êtes une personne qui pourrait entrer dans la population de recherche pour répondre à ce questionnement. J'aimerais vous demander de participer à un entretien oral semi-dirigé. Votre participation est précieuse car elle me permettra de mieux cerner les causes de ce questionnement des internes de médecine générale sur le droit au remords.

Votre participation à ce programme sera anonyme et les informations recueillies, confidentielles et utilisées dans le cadre strict de cette étude. Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur simple demande aux adresses suivantes : [marqot.masquelez@etu.unistra.fr](mailto:marqot.masquelez@etu.unistra.fr) ou [fraih@unistra.fr](mailto:fraih@unistra.fr)

Si vous le souhaitez, je peux aussi échanger directement avec vous, afin de vous expliquer l'objectif précis de cette recherche. N'hésitez pas à me contacter en utilisant les adresses électroniques ci-dessus.

Si vous acceptez de participer à ce programme, je viendrai vous rencontrer, dans un lieu en lien avec l'Université de Strasbourg ou dans mon logement personnel, pour participer à l'entretien.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, merci de remplir la rubrique « consentement ». Je vous enverrai une copie du document pour que vous puissiez vous y référer à n'importe quel moment.

Je vous garantis que votre participation sera totalement anonyme.

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est Madame FRAIH Elise. Les données seront traitées et conservées par mes soins (Margot Masquelez) jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données, ainsi que de la possibilité de retirer leur consentement, à tout moment pendant la durée de l'étude, sans avoir à donner de justification.

Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes aux adresses suivantes : [marqot.masquelez@etu.unistra.fr](mailto:marqot.masquelez@etu.unistra.fr) ou [fraih@unistra.fr](mailto:fraih@unistra.fr)

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée. Aucun transfert des données hors Union européenne n'est réalisé.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [dpo@unistra.fr](mailto:dpo@unistra.fr)

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

En espérant une réponse positive de votre part, Je vous remercie de l'attention que vous porterez à ma demande.

Pour toutes informations relatives à ce programme, vous pouvez me contacter aux adresses suivantes : [marqot.masquelez@etu.unistra.fr](mailto:marqot.masquelez@etu.unistra.fr) ou [fraih@unistra.fr](mailto:fraih@unistra.fr)

Cette étude sera faite sous la responsabilité de la directrice de thèse : Dr Elise FRAIH que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : [fraih@unistra.fr](mailto:fraih@unistra.fr)

Masquelez Margot

### III. Annexe 3 : Grille d'entretien

#### Introduction :

Peux-tu te présenter en quelques mots ? (*Nom, prénom, âge, année/semestre de formation en médecine.*)

#### **A. Parcours médical :**

- I) Quel est ton parcours médical *avant l'internat, durant ton externat* ? De quelle fac viens-tu ?
  - a. (As-tu réalisé des Stages en ambulatoire chez le médecin généraliste ? Ou seulement des stages en milieu hospitalier ?
  - b. Où as-tu réalisé tes stages ? Dans quel type de ville ? (Grande Ville ou petite ville ?)
- II) A quel moment as-tu su quel type de médecine voulais tu exercer ?
- III) Quel discours sur les ECN/classements/spécialités dans ta fac ?
- IV) Comment s'est passé ton Choix à l'ECN ?
  - a. Dans quelles conditions as-tu fait ce choix (personnelles, professionnelles, émotionnelles, relationnelles?)
  - b. Quel projet de spécialité avais-tu ?
  - c. Était-ce un choix libre ou orienté ?
  - d. Comment l'as-tu vécu ? Comment t'es-tu senti à ce moment-là ?
  - e. Qu'est ce qui a rendu ce choix possible ?
  - f. Quelle vision de la médecine générale avais-tu ?
  - g. Quelle vision de l'autre spécialité avais-tu ?
- V) Quelle était ta vision des deux spécialités dont tu doutes actuellement avant l'ECN :  
 Avais-tu une connaissance de ces spécialités et par quel biais ? (Famille, médecin dans la famille, son propre médecin traitant dans l'enfance, à l'entrée en médecine, pendant l'externat, stage d'externe en MG et son vécu, intervention d'enseignants de MG, collègues, amis internes)
- VI) Quel est ta vision des choses sur la Réforme de 2017 des ECN ?  
 Séparation de plusieurs spécialités ? (Gériatrie, urgences, médecine générale ?)

#### **B. Causes ? motivations ? Leviers ?**

- VII) Quelles sont les causes/raisons qui ont entraînés le doute et la remise en question dans ta filière actuelle ou antérieure ? (Relationnel ? intellectuel ? mode d'exercice ?)
  - a. Influences extérieures ? Rencontres ? Personnes piliers, modèles de rôles ?
  - b. Expérience personnelle, stage, crise sanitaire ? une période particulière ?
  - c. Mode d'exercice ?
- VIII) Quels sont les leviers/choses attrayantes/ attrait
  - a. Dans ta spécialité actuelle ?
  - b. Dans ton ancienne spé OU future/doute spécialité ?
- IX) Quels sont les Freins / doutes/ blocage
  - a. Dans ta spécialité actuelle
  - b. Dans ton ancienne spécialité OU future/doute spécialité ?

#### **C. Vécu/aide/Processus décisionnel**

- X) Comment as-tu été aidé pour ta prise de décision ?
  - a. Recours envers qui ? ou as-tu cherché les informations ?
  - b. Rencontre en stage ? Accompagnement ?
- XI) Quelle a été ton vécu de cette phase d'indécision/ choix ? (Peur ? jugement ? stress ? engagement ? motivation ? frustration ?)

- XII) En as-tu parlé autour de toi, si oui à qui ?
- XIII) Comment l'ont pris ton Entourage ? famille ?
- XIV) Pourquoi as-tu pris la décision de rester en médecine générale ou réaliser ton changement de spécialité ?
- Quel a été le déclic ?
  - Qu'est ce qui a rendu ce choix possible ?
  - Comment l'as-tu vécu, comment t'es-tu senti à ce moment-là ?
- XV) Quelle est ton idée de vie professionnelle future ?
- Libérale/Hospitalier/pratique mixte ?
  - Changement de pays ?
  - Choix de carrière ? choix de vie ?
- XVI) Avec le Recul, as-tu des Regrets, des remords ? Es-tu toujours en indécision ?
- XVII) Es-tu fier de toi et de ton parcours ?
- XVIII) Aujourd'hui, referais-tu le même choix ?
- XIX) Quels conseils donnerais-tu à un interne qui hésite entre la médecine générale et une autre spécialité au cours de son internat ?
- XX) Que penses-tu de l'expression « droit au remords » ?
- XXI) D'autres choses à me raconter ?

#### IV. Annexe 4 : Lettre de consentement pour chaque participant

Mr /Mme (rayez la mentionne inutile)

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Il m'a été proposé de participer à une étude dans le cadre d'une thèse de fin d'études sur *Le droit au remords en médecine générale*

L'investigatrice *MASQUELEZ MARGOT* m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Pour toutes informations relatives à ce programme, j'ai été informé(e) de la possibilité de contacter Mme Masquelez Margot à l'adresse suivante : **margot.masquelez@etu.unistra.fr**

Cette étude sera faite sous la responsabilité de la directrice de thèse Dr Elise FRAIH, qui peut être contactée à l'adresse suivante : **fraih@unistra.fr**

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et compris les informations suivantes :

- 1) Je pourrai à tout moment interrompre ma participation si je le désire, sans avoir à me justifier.
- 2) Je pourrai prendre connaissance des résultats de l'étude dans sa globalité lorsqu'elle sera achevée.
- 3) Les données recueillies demeureront strictement confidentielles.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude.

Date :

Date :

Signature du participant :

Signature de l'investigateur:

.....  
.....

Signature en double exemplaire.

## V. Annexe 5 : Avis positif du comité d'éthique Unistra de Strasbourg



Mme FRAH Eïse  
Faculté de Médecins de Strasbourg  
4 rue Kirschleger  
67000 Strasbourg

Eric FLAVIER  
Président du comité d'éthique  
pour la recherche

Strasbourg, le 6 décembre 2021  
Objet : Décret du comité d'éthique pour la recherche (CER)  
Référence dossier : 2021-32

Madame Frah, Chère Collègue,

Adressé(e) par :  
Philippe RÜHLMANN  
Chargé d'appui au Comité  
d'éthique pour la recherche  
Direction de la recherche et de la  
validation  
p.ruhlmann@unistra.fr  
+33 (0)3 88 88 00 10

Vous avez déposé le projet intitulé « Le droit au remords, un questionnaire personnel et professionnel pour les internes de médecine générale à la recherche de leur identité professionnelle » pour évaluation par le comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg.

Le Comité d'éthique pour la recherche Unistra déclare par la présente :

que le résultat de l'examen éthique de ce projet de recherche est POSITIF.

Votre projet est désormais enregistré par le comité d'éthique pour la recherche sous un numéro d'accréditation unique que vous pourrez communiquer à toute entité vous le demandant :

**Unistra/CER/2021-32**

Si une entité vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cette entité afin que notre CER reçoive une copie du dit document modifié indiquant clairement les modifications apportées. Si notre CER juge que ces modifications administratives affectant l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'entité en cause.

Les membres du comité d'éthique pour la recherche de l'Université de Strasbourg vous souhaitent un travail de recherche fructueux.

Le président du comité d'éthique pour la recherche,



Eric FLAVIER

Université de Strasbourg  
4 rue Elise Frey  
CS 10032  
F-67061 STRASBOURG cedex  
Tél. : +33 (0)3 88 88 00 10  
www.unistra.fr

## Bibliographie

1. Legifrance. Loi n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants. [Internet]. 2009-833 juill 7, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020828203>
2. Musée de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris. *Ordre et désordre à l'hôpital: l'internat en médecine (1802-2002)*. Paris; 2002.
3. Déplaud MO. Instituer la « sélection » dans les facultés de médecine. Genèse et mise en oeuvre du numerus clausus de médecine dans les années 68. *Rev D'histoire Prot Soc*. 2009;(2):78-100.
4. Legifrance. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales [Internet]. 2004-67 janv 16, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000781658>
5. Jaigu C. « À l'hôpital, il y a beaucoup plus de tire-au-flanc qu'avant ». *Le Figaro* [Internet]. 1 juill 2022; Disponible sur: <https://nouveau-europresse-com.acces-distant.bnu.fr/Link/bnus/news-20220701-LFF-ba2f4b8e-f85f-11ec-9380-76ccfe3e311e>
6. Pigache C, Lamort-Bouché M, Chaneliere M, Dupraz C, Girier P, Le Goaziou MF. Le stage d'externe en médecine générale ambulatoire. Des représentations à la réalité. *Pédagogie Médicale*. 7 janv 2015;16(2):119-32.
7. Legifrance. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. avr 12, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034419758/>
8. Ministère de la santé et de la prévention. La réforme du 3ème cycle des études de médecine [Internet]. 2022 [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/etudes-de-medecine-reforme-du-3eme-cycle/r3c>
9. Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère de la santé et de la prévention; 2018 [cité 6 avr 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
10. Sabard M, Fillaut T. Vingt-cinq ans d'exercice de la médecine vus par des généralistes d'Ille-et-Vilaine : déception ou satisfaction ? *EXERCER*. 2011;22(96):47-51.
11. Gauthier S. *Le droit au remords vers la médecine générale : quels en sont les enjeux ?* [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Rennes]: Université Bretagne Loire; 2017.
12. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), République Française, Bocognano A, Charrier R. *Les flux d'internes de médecine Suivi de la filiarisation 2013 - 2018*. 2021. Report No.: 2.
13. Hôpitaux Universitaire de Strasbourg. *Droit au remords - Les conditions relatives au droit au remords* [Internet]. 2017 [cité 14 déc 2022]. Disponible sur: <http://www.internestrasbourg.fr/2021/06/25/droit-au-remords/>
14. Legifrance. Code de l'Education, Livre VI, Titre III, Chapitre II, Section 3, sous-section 2 : Stages et enseignements. [Internet]. Article R632-21 août 21, 2013. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000027864903/2015-08-04/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027864903/2015-08-04/)
15. Marchand-Kervern C. *Quelles sont les motivations des internes ayant exercé un droit au remords pour rejoindre la filière médecine générale ?* [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [TOURS]: Université François-Rabelais; 2015.

16. Renoux C, Etori-Ajasse I, Charmant C, Bardeau L. Droit au remords pour la médecine générale : un changement difficile mais libérateur. *Exercer*. 2020;164:280-6.
17. Oliviero-Vignon C. Quels sont les enjeux et les motivations d'un droit au remords de la médecine générale vers une autre spécialité médico-chirurgicale ? [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Rennes]: Université Bretagne Loire; 2021.
18. Legifrance. Arrêté du 2 septembre 2020 modifiant plusieurs arrêtés relatifs à l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie et aux émoluments, primes et indemnités des docteurs juniors [Internet]. sept 2, 2020. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042320041>
19. Agence régional de Santé Grand Est. Fiche pratique « Le droit au remords élargi ; procédure élargie aux postes ouverts par l'ARS » [Internet]. 2021 [cité 16 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.internestrasbourg.fr/wp-content/uploads/2021/06/Fiche-explicative-droit-aux-remords-%C3%A9largi.pdf>
20. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dossier de presse - Enquête 2021 - Santé mentale jeunes médecins - dépression, burn out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger. 2021.
21. ISNAR-IMG, ISNI, ANEMF, ISNCCA. Dossier Presse - Juin 2017 - Enquête Santé mental jeunes médecins [Internet]. 2017 [cité 11 avr 2023]. Disponible sur: <https://isni.fr/wp-content/uploads/2020/02/enquetesantementale.pdf>
22. Département de Médecine Générale de Strasbourg (DMG). Groupe bien être - DMG Strasbourg [Internet]. 2019 [cité 27 juill 2022]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/le-dmg/groupe-bien-etre/>
23. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
24. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader J sébastien, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Média Santé; 2021. 192 p.
25. Santiago-Delefosse M, Del Rio Carral M, Pascal A. Chapitre 2. L'analyse interprétative phénoménologique. In: Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 2 avr 2023]. p. 33-59. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-p-33.htm>
26. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev*. 2015;15(157):50-4.
27. Chassangre K, Callahan S. « J'ai réussi, j'ai de la chance... je serai démasqué » : revue de littérature du syndrome de l'imposteur. *Prat Psychol*. 2017;23(2):97-110.
28. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Polton D, Chaput H, Portela M, Laffeter Q, Millien C. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale. 2021. Report No.: 89.
29. Agence Régional de Santé (ARS). Qu'est-ce qu'une Agence Régionale de Santé [Internet]. 2023 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
30. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Les internes dans les établissements de santé [Internet]. 2017 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/6-4.pdf>

31. Legifrance. Arrêté du 20 février 2015 fixant un taux d'inadéquation pour les choix de postes semestriels des internes de médecine, d'odontologie et de pharmacie [Internet]. févr 22, 2015. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030263145>
32. ISNAR-IMG. Semestres Particuliers [Internet]. [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/stages/semestres-particuliers/>
33. Syndicat National des Enseignants de Médecine Générale (SNENG), Taha A. Le ratio enseignant/étudiant en médecine générale en petite amélioration La filière universitaire de médecine générale doit être une priorité par les tutelles. 2019.
34. Département de Médecine Générale de Strasbourg (DMG). Le DMG - les membres du DMG Strasbourg [Internet]. 2019 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/le-dmg/>
35. Département de Médecine Générale de Strasbourg (DMG). Composition des groupes de travail du Département de médecine générale [Internet]. 2019 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2019/12/Composition-des-groupes-de-travail-du-De%CC%81partement-de-me%CC%81decine-ge%CC%81ne%CC%81rale.png#main>
36. Gosselin É. Évaluation de la mise en place de la reforme 2017 du point de vue des étudiants de 3e cycle de médecine générale à Rouen [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Rouen]: Université de Normandie; 2021.
37. Assemblée Nationale. Projet de loi de financement de la sécurité sociale n°274 pour 2023 - Article 23 [Internet]. sept 26, 2022. Disponible sur: [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0274\\_projet-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0274_projet-loi)
38. Legifrance. Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 [Internet]. 2022-1616 déc 23, 2022. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000046791754>
39. ANEMF. État des lieux : attractivité de la médecine générale, de l'exercice en France et impact sur le bien-être étudiant- Novembre 2022 [Internet]. 2022 [cité 17 avr 2023]. Disponible sur: <http://anemf.org/wp-content/uploads/2022/11/DP-ANEMF-Attractivite-de-la-medecine-generale-de-lexercice-en-France-et-impact-sur-le-bien-etre-etudiant-2022.pdf>
40. ISNI. Futur interne - Guide de l'internat, des subdivisions et DES - ECN 2021 [Internet]. 2021 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <http://www.futur-interne.com/wp-content/uploads/2021/07/ISNI-GUIDE-2021.pdf>
41. ISNAR-IMG. Précis à l'usage des futurs internes de Médecine Générale - ECNi 2022 [Internet]. 2022 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/Precis-a-destination-des-futurs-IMG-2022.pdf>
42. Dahlem L. Influence du stage de deuxième cycle en médecine générale sur le choix aux ECN - Etude réalisée à Bordeaux, Lille et Lyon en 2016 [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Bordeaux]: Université de Bordeaux; 2017.
43. Anantharajah AS. Influence du stage ambulatoire du deuxième cycle des études médicales sur la perception de l'exercice de la médecine générale par les externes [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Angers]: Université d'Angers; 2021.
44. SNEMG, CNGE. Communiqué de presse commun du SNEMG et du CNGE du 17 décembre 2019 - Progression de l'offre des stages en médecine générale [Internet]. 2019 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/communiquede\\_presse\\_commun\\_du\\_snemg\\_et\\_du\\_cnge\\_du/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/communiquede_presse_commun_du_snemg_et_du_cnge_du/)



45. Legifrance. Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. mars 4, 1997. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000565003>
46. Legifrance. Arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales [Internet]. nov 23, 2006. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000276576>
47. SNEMG, CNGE. Communiqué de presse CNGE/SNEMG - Grâce au travail des Collèges et des DMG, près de 12 000 Maîtres de Stages des Universités exercent en France en 2021 [Internet]. 2021 [cité 18 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/le\\_cnge/adherer\\_cnge\\_college\\_academique/cp\\_cnge\\_snemg\\_grace\\_au\\_travail\\_des\\_colleges\\_et\\_des/](https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_snemg_grace_au_travail_des_colleges_et_des/)
48. Pencolé C. Vécu des étudiants de second cycle des études médicales de Montpellier de leur formation théorique et de leurs stages pratiques [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Montpellier]: Université de Montpellier; 2018.
49. Maufroid V. Étude sur le ressenti des étudiants en médecine de Rouen à propos de leur externat, de leur état de santé général ainsi que leurs liens vis-à-vis de la médecine du travail Février 2020- Septembre 2021 [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Rouen]: Université de Normandie; 2021.
50. Auslender V. Omerta à l'hôpital: Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé. Paris: Michalon; 2017. 320 p.
51. Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Réforme du 2ème cycle des études médicales [Internet]. 2021 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: [https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Reforme\\_des\\_etudes\\_de\\_Sante/16/5/sante\\_vadem\\_reforme\\_2ecycle\\_A4\\_03\\_bis\\_1400165.pdf](https://cache.media.enseignementsup-recherche.gouv.fr/file/Reforme_des_etudes_de_Sante/16/5/sante_vadem_reforme_2ecycle_A4_03_bis_1400165.pdf)
52. ANEMF. La R2C expliquée sous l'angle pédagogique en 4 questions réponses [Internet]. 2020 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://u-paris.fr/medecine/wp-content/uploads/sites/24/2021/04/livret-%C3%A9tudiant-VF-R2C.pdf>
53. Conférence Cartésia. La réforme des ECN [Internet]. 2023 [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.conference-cartesia.fr/reforme-ecni>
54. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Chantal A, Dubernet H, Faure Y. Le choix d'une vie ... Étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005. 2006. Report No.: 66.
55. ANEMF. Procédure de choix de poste - Comment choisir son poste après les ECNi 2019? [Internet]. 2019 [cité 13 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.anemf.org/wp-content/uploads/2019/07/procedure-des-choix.pdf>
56. Kübler-Ross E. On Death and Dying [Internet]. Simon and Schuster; 1997. 298 p. Disponible sur: [https://books.google.fr/books?id=zb-ZNYFUXhsC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs\\_ViewAPI&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.fr/books?id=zb-ZNYFUXhsC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ViewAPI&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
57. Ricou J, Moissonnier V. Pro en Conduite du changement - Outil 5. La courbe du changement. In: Pro en Conduite du changement [Internet]. Vuibert; 2022 [cité 13 avr 2023]. p. 20-1. Disponible sur: <https://www.cairn.info/pro-en-conduite-du-changement--9782311625547-p-20.htm>
58. Autissier D, Moutot JM, Johnson K, Metais-Wiersch E. La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation - Outil 6. La courbe d'engagement de Kübler Ross. In: La boîte à outils de la conduite du changement et de la transformation [Internet]. Paris: Dunod; 2019 [cité 13 avr 2023]. p. 24-5. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-conduite-du-changement--9782100776344-p-24.htm>

59. Thomas L, Micheau-Thomazeau S. La Boîte à outils de la Motivation - Outil 36. Les « vagues du changement ». In: La Boîte à outils de la Motivation [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 13 avr 2023]. p. 128-31. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-de-la-motivation--9782100789436-p-128.htm>
60. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée [Internet]. 2017. Report No.: 1011. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1011.pdf>
61. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
62. Dyrbye L, Shanafelt T. A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. Med Educ. janv 2016;50(1):132-49.
63. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population: Acad Med. mars 2014;89(3):443-51.
64. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS, et al. Burnout and Serious Thoughts of Dropping Out of Medical School: A Multi-Institutional Study: Acad Med. janv 2010;85(1):94-102.
65. Grichy L. Troubles anxio--dépressifs chez les internes en médecine. Prévalence, facteurs de risques et prévention. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Paris 7]: Université de Paris Diderot; 2017.
66. SAIA. Burnout et Risques Psycho-sociaux [Internet]. 2020 [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.saia.alsace/aide-soutien-burnout/>
67. Centre Nationale d'Accompagnement des Etudiants en Santé (CNAES). Missions – Organisations CNAES [Internet]. 2019 [cité 15 avr 2023]. Disponible sur: <https://xn--cnae-sant-j4a.fr/missions-organisations>
68. Ministère de la solidarité et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. Lancement du Centre national d'appui à la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. 2019 [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/dossier-de-presse-centre-national-d-appui-juillet-2019--13349.pdf>
69. Société Française de Médecine Générale (SFMG). Carré de White [Internet]. [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/798/fichier\\_carre\\_de\\_white2cd52.pdf](https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/798/fichier_carre_de_white2cd52.pdf)
70. White KL, William T, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. New England J Médecine. 1961;73(265):885-92.
71. Bourgueil Y, Ramond-Roquin A, Schweyer FX. 1. Qu'appelle-t-on « soins primaires » ? In: Les soins primaires en question(s) [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2021 [cité 24 mai 2023]. p. 5-13. Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-soins-primaires-en-question--9782810908820-p-5.htm>
72. CNGE. Présentation du DES et Marguerite des compétences du médecin généraliste [Internet]. 2012 [cité 19 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/)
73. Wright S, Wong A, Newill C. The Impact of Role Models on Medical Students. janv 1997;12:53-6.
74. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. Can Med Assoc J. 17 sept 2002;167(6):638-43.

75. Chamberland M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. *Pédagogie Médicale -Rev Int Francoph Educ Médicale*. mai 2005;6(2):104-11.
76. Société Française de Médecine Générale (SFMG), Clerc P. Des Résultats de consultation... des filières de soins, et des réseaux. [Internet]. [cité 16 avr 2023]. Disponible sur: [https://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/184/fichier\\_assises\\_rouenc8bb1.pdf](https://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/184/fichier_assises_rouenc8bb1.pdf)
77. Guenter D, Fowler N, Lee L. L'incertitude clinique - Aider nos étudiants. *Can Fam Physician*. janv 2011;57:123-5.
78. Lorenzo M. Tolérance à l'incertitude en médecine générale. *Exercer*. 2014;25(112 (suppl 1)):6-7.
79. Bettés M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Toulouse]: Université Toulouse; 2017.
80. Clance PR, Imes SA. The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychother Theory Res Pract*. 1978;15(3):241-7.
81. Oriol K, Plane MB, Mundt M. Family Medicine Residents and the Impostor Phenomenon. *Fam Med*. 2004;36(4):248-52.
82. Legassie J, Zibrowski EM, Goldszmidt MA. Measuring Resident Well-Being: Impostorism and Burnout Syndrome in Residency. *J Gen Intern Med*. juill 2008;23(7):1090-4.
83. Villwock JA, Sobin LB, Koester LA, Harris TM. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int J Med Educ*. oct 2016;7:364-9.
84. Chen C. Docteur qui ? : Réflexions sur le syndrome de l'imposteur chez les stagiaires en médecine. *Can Fam Physician*. 1 oct 2020;66(10):270-2.
85. Ars M. Traduction française de l'échelle de Clance PR. In: *The Impostor Phenomenon: When Success Makes You Feel Like A Fake* [Internet]. Toronto: Bantham Books; 1985 [cité 16 avr 2023]. p. 20-2. Disponible sur: [paulineroseclance.com/pdf/IPTestandscoring.pdf](http://paulineroseclance.com/pdf/IPTestandscoring.pdf)
86. Roussel Q. Prévalence du Syndrome de l'Imposteur chez les internes de médecine générale. [Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2022.
87. Kruger J, Dunning D. Unskilled and Unaware of It: How Difficulties in Recognizing One's Own Incompetence Lead to Inflated Self-Assessments. *J Pers Soc Psychol*. 1999;77(6):1121-34.

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine  
maïeutique et sciences de la santé  
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : MASSUELEZ Prénom : MARGOT

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*"J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'en cours en cas de déclaration erronée ou incomplète"*

Signature originale :

à Strasbourg, le 23 juin 2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

---

**RESUME :**

**Introduction :** Dans le cursus médical, le droit au remords permet aux internes un changement de spécialité jusqu'au 4<sup>ème</sup> semestre de leur internat. Ce cheminement est propice aux doutes et à la remise en question personnelle et professionnelle des étudiants. Nous avons donné la parole aux internes, étant ou ayant été en médecine générale, ayant vécu ce cheminement pour analyser ce processus à travers leurs propos et leur vécu.

**Objectif :** Ce travail a pour objectif de décrire le processus décisionnel, réflexif et émotionnel des internes étant ou ayant été en médecine générale à Strasbourg se posant la question d'un droit au remords et d'apporter certaines clés d'accompagnement de ce processus aux équipes pédagogiques.

**Matériels et méthodes :** Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés compréhensifs a été réalisée du 15 décembre 2021 au 31 mai 2022 auprès des internes se posant la question d'un droit au remords. Les entretiens ont été analysés de manière qualitative via une approche interprétative phénoménologique. Ils ont bénéficié d'une double lecture.

**Résultats :** 15 entretiens ont été réalisés auprès d'internes ayant passé leur ECN entre 2017 et 2020. Le processus décisionnel implique la recherche d'informations sur le recours au droit au remords. Les étudiants intègrent des facteurs relatifs au mode d'exercice et à l'équilibre avec leur vie personnelle dans le choix de leur future pratique et dans la construction de leur identité professionnelle. La prise de conscience des croyances limitantes, pouvant aller jusqu'au syndrome de l'imposteur, ainsi que la réalisation de la présence de préjugés et de conditionnements intériorisés lors de leur parcours, sont des éléments importants à la prise de décision.

Le processus réflexif est représenté par l'indécision vécue par les étudiants. Il est plus ou moins long avec une fluidité variable selon les internes. Certains vont trouver la solution rapidement, d'autres vont entrer dans une boucle d'incertitude.

Le processus émotionnel est défini par le passage par différents sentiments nécessaires au changement. L'intensité de ce processus est fluctuant d'un interne à l'autre, et peut aller jusqu'à l'anxiété ou la dépression.

**Discussion :** Les internes interrogés ont émis un besoin d'accompagnement lors du processus de droit au remords. Des clés d'améliorations sont possibles telle qu'une information claire sur les modalités de réalisation d'un droit au remords ainsi que des dispositifs d'aides. De plus, un accompagnement des étudiants dans la découverte des différentes spécialités et de la diversité des pratiques de la médecine générale permettrait d'améliorer ce cheminement lors de la construction de l'identité professionnelle.

**Conclusion :** Le processus du droit au remords est un processus de changement qu'il est nécessaire d'accompagner. Cette étude a permis une certaine modélisation de ce cheminement et a mis en évidence les principaux points d'accompagnement possibles. La finalité est de permettre aux internes de créer leur propre identité professionnelle ainsi que leur manière d'exercer la médecine en lien avec leurs valeurs et leurs aspirations personnelles.

---

Rubrique de Classement : Médecine Générale

---

Mots Clés : Droit au remords – Médecine Générale – Identité Professionnelle

---

- Président : Professeur Gilles BERTSCHY – Professeur des Universités
- Asseseurs : Dr Claire DUMAS – Maître de conférence associé, Médecin généraliste, Dr Elise FRAIH – Médecin généraliste (Directrice de thèse), Dr Stéphanie MOOG – Médecin généraliste (Co-directrice de thèse)

---

Adresse de l'auteur : MASQUELEZ Margot, 8 quai des Bateliers, 67000 Strasbourg

---