

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2015

2015 TOU3 1092

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

David CLÉMENÇON

le 15 octobre 2015

INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
EN DIFFICULTÉ OU EN SITUATION D'ÉCHEC
DU FAIT DE TROUBLES PSYCHIQUES :
QUELLE PRISE EN CHARGE DANS LE CURSUS
EN FRANCE EN 2015 ?

Directrice de thèse :
Docteur Anne-Lise YVERNÈS

JURY

M. le Professeur Stéphane OUSTRIC
M. le Professeur Jean-Marc SOULAT
Mme le Docteur Brigitte ESCOURROU
M. le Docteur Jean-Noël FRANÇOIS
Mme le Docteur Anne-Lise YVERNÈS

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

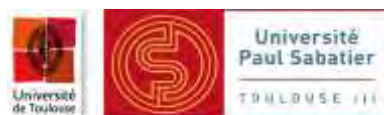


TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADORI M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B.	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. FRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENOUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROCQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme FUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY J.J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAI
	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET LOISEAU H.	Hématologie, Transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologiques)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. UBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVALD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul.
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, med. d'urgence, addkt
M. COGNARD C.	Neurocardiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIE P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J.M.	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Cl.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.

Médecine Génétique

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELUSLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARUE V.	Névrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALEGAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L. (C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Généraliste

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCOABLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURR-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUJCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEQUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAI Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Généraliste
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIÈRE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERDEZ S.	O.R.L.
Mme URO-CÔSTE E.	Anatomie Pathologique

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A.	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Cytobiologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme CASPARI BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLUSEZENSKY J.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
M. DUPUI Ph	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO L.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophtalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme THEMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRIGOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAYANEI F.	Bactérie, Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. GLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASQ D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ D.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI I.	Entomologie

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.	Dr BISMUTH M.
Dr BRILLAC Th.	Dr BOYER P.
Dr ABITTEBOUL V.	Dr ANE S.
Dr CHICOULAA B.	

À notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Professeur des Universités
Médecin Généraliste

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

Je tiens à vous remercier pour la richesse de mes années d'internat en Midi-Pyrénées, pour la grande qualité de la formation reçue de mes pairs généralistes, et pour votre investissement sans faille dans la cause des internes de médecine générale toulousains depuis de nombreuses années.

Merci d'enseigner et de valoriser ainsi la plus belle spécialité du monde.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À notre Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef du service de Maladies professionnelles et environnementales au CHU Purpan

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter, sans même me connaître, de siéger dans le jury de ma thèse.

Je vous remercie de permettre ainsi la confrontation de mon travail à votre expertise et à votre grande expérience de la souffrance au travail chez les soignants.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes plus sincères remerciements.

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Maître de Conférences des Universités

Médecin généraliste

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.

J'espère que ce travail saura être à la hauteur de votre enseignement et votre immense investissement auprès des internes de médecine générale toulousains, qualitativement et humainement parlant.

Merci de votre écoute, votre compréhension et vos conseils, au moment opportun.

Merci enfin pour tous ceux et celles qui ont gardé le cap, un peu aussi grâce à vous.

Soyez assurée de ma profonde gratitude et de toute mon estime.

Monsieur le Docteur Jean-Noël FRANÇOIS
Médecin du travail Coordonnateur au CHU de Toulouse

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger mon travail.

Je tiens à vous remercier pour l'intérêt que vous portez à la santé des internes en Midi-Pyrénées, et pour le travail précurseur mené au CHU de Toulouse auprès de tous les nouveaux internes arrivants.

Veuillez accepter l'expression de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur Anne-Lise YVERNÈS
Praticienne agréée - Maître de Stage des Universités
Médecin généraliste

Un IMMENSE merci.

Pour avoir accepté sans aucune hésitation (apparente ?) de diriger cette thèse, notre thèse, dont tu connais les plus profondes motivations. Pour avoir su m'orienter et me motiver avec souplesse et dextérité dans les moments difficiles. Pour t'être effacée aussi simplement quand il le fallait. Pour ton soutien indéfectible face à l'adversité. Pour tes lectures pointilleuses entre consultations, siestes enfantines et anniversaire. Pour tellement d'autres choses encore...

Personne d'autre n'aurait pu orchestrer ce travail mieux que tu ne l'as fait.

Sois assurée de la profonde affection que j'ai envers toi et ta petite famille, et de mon admiration respectueuse face au médecin que tu es devenue.

À mes amours

À Camille « Bouclette », rencontrée sur les bancs de la faculté...
qui m'a accompagné et soutenu pendant toutes ces années d'études médicales,
qui m'a initié aux Cowboys Fringants et à Mes Aïeux,
qui m'a fait bourlingué en Corse, au Québec, en Espagne, à travers toute l'Amérique du Sud,
qui a crapahuté avec moi dans toutes les montagnes, les Alpes, les Pyrénées, les Andes,
qui a enduré cette longue année (presque) sans rien dire,
et qui me connaît mieux que personne.

Merci de me tirer vers le haut, de me pousser parfois dans mes retranchements, de lutter
contre ma procrastination, de faire de moi un homme meilleur.

À Jeanne,
petit bout de pipelette également à bouclettes,
qui inonde nos vies de bonheur depuis bientôt 3 ans,
et qui va enfin pouvoir cesser de me répéter : « tu travailles ta thèse, papa ? »

À « Claude »,
que je ne connais pas encore mais que j'aime déjà.

À ma famille

À mes parents,

Merci d'avoir toujours été là, comme au premier jour. De m'avoir fait vivre une enfance heureuse, préservée et au grand air dans les « ruines » de la rue des Basses Crozettes. De m'avoir fait cavalier en montagne tant et plus, même pendant les vacances « à la mer ». De ne m'avoir jamais bridé après ce foutu 13^e anniversaire, d'avoir fait comme si de rien n'était et de m'avoir fait confiance pour gérer ça tout seul. De m'avoir encouragé et soutenu pendant ces années d'études et parfois de galère... D'avoir été là à chaque déménagement ou presque, et Dieu sait qu'il y en a eu ! De nous avoir suivis et fait des clins d'œil à l'autre bout du monde... D'être là désormais pour votre petite fille, et pour N°2 très bientôt. Je suppose que ça n'a pas toujours été facile, mais vous avez toujours fait au mieux, et avec brio !

À mon frère,

Bub, mon petit poulet (désolé, je sais que tu choperas personne à mon pot de thèse après ça), mon grand frangin belge... Je ne reviendrai pas sur nos douces années de chamailleries, j'en garde des souvenirs merveilleux dont je te parlerai un jour. Merci d'avoir été là à mes côtés pendant ces années de fac, c'est là qu'on s'est redécouvert... et on ne s'est plus quitté malgré la distance. Continue à perdre tes cheveux, à m'appeler à 8 heures du matin pour me réveiller en semaine (comment ça, c'est moi qui le fais ?! Je vois pas de quoi tu parles !), à me parler de littérature et de bières, une fois... Ne change jamais, t'entends, jamais !

À ma sœur,

Marg, ma p'tite frangine chérie, ma témoin, ma belle... Toi si frêle et si forte, si calme et si tempétueuse, si grande (et oui !) et pourtant toujours la plus petite, la dernière, la pitchoune... Merci pour ta présence, tes attentions, tes coups de fil auxquels je ne réponds pas toujours, ton amour grand comme ça... Je te promets de répondre plus souvent désormais, j'aurai du temps ! Continue à tracer ta route, ne t'arrête pas, fonce !

À ma seconde famille,

Agnès, Daniel, merci de m'avoir accueilli sans aucune limite (bon, après l'épreuve du petit déjeuner toutefois, hein Daniel !?) et avec une gentillesse que je n'aurais jamais pu imaginer. Merci de n'avoir pas bronché quand j'ai esquiné votre voiture, et de ne pas essayer de me convertir au bridge. Merci de m'avoir fait découvrir la Corse et les parties de coinche. Merci pour le gîte et le couvert, le gardiennage de chat, le babysitting de petite fille... J'ai marqué combien de points, là ?

Charlotte et Rémi, le beauf et la belle-doche ! Toujours là en cas de besoin sauf s'il y a rugby, toujours souriants sauf quand vous faites la gueule... mais toujours entiers et authentiques. Merci Charlotte pour l'intendance pendant les périodes de rush et les sorbets pour un régiment, merci Rémi pour les lunettes gratuites, merci à vous deux pour tous ces bons moments depuis plus ou moins 10 ans... C'est un plaisir de savoir qu'on va recommencer nos soirées tacos !!

Arthur, merci pour me permettre désormais de n'être plus que l'avant dernier au squash, et pour l'attention sans faille que tu portes à ta petite nièce. Arrête de brailler quand elle fait la sieste, arrête de secouer les jambes, arrête de jouer aux cartes comme tu le fais, ramène une autre Marie, et tu seras un beauf parfait !

À Pierre et Clo,

Merci pour vos multiples clins d'œil, cartes postales, cadeaux et attentions multiples depuis toujours, votre gentillesse, votre accueil toujours chaleureux bien que souvent prévenus à la dernière minute... Pour votre humour, surtout... Vous êtes l'Oncle et la Tante au top, ne changez rien... Si ! Faites comme le bon vin, bonifiez-vous !

À mes grands-parents

À ma Mamie Mado, dont les pétales s'envolent doucement au vent mais qui conserve tout son parfum.

À mon papi Aimé, silencieux mais bienveillant, qui continue à vivre à travers ses outils et ses livres.

À ma Mamie Germaine qui faisait les meilleurs chocolats du monde et qui tricotait au bord de la Roanne.

À l'Ours du Trièves, Fernand, si peu vu et tellement imaginé...

Aux amis

Aux vieux amis de toujours

Romain, toujours là depuis bientôt 20 ans et les années collège, les filles à la piscine et tes shoots de Ventoline pour réussir les longueurs sous l'eau. Les premières booms, Beauregard, les cinés, les barbecues chez tes parents, la tortue. Le lycée, le pub, la Guinness, Grenoble... jusqu'à aujourd'hui. Je suis sûr que ton père serait fier de l'homme que tu es devenu... En tout cas, je te remercie d'avoir toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments. Et quelle belle bande de gonzesses !

Yo, Spartacus, Popneeger, mon pote, mon frère... Un caméléon que cet ami-là ! Toujours aux quatre vents, inaccessible, vous filant entre les doigts comme le sable ocre du Cameroun... Merci de ces années d'amitié, de handball, de complicité, de grand-n'importe-quoi parfois. Ces soirées place Verdun à compter les étoiles après des heures de travail acharnées, nos virées drômoises, nos escapades à Lautagne... Je te dois ma réussite de P1, j'en suis intimement persuadé. À bientôt à Mayotte, je te promets !

Nanou, miss D-A-DA, la femme aux abdos Chamallow, l'oreille attentive, la gentillesse incarnée. Merci d'avoir été toujours présente pendant ces années grenobloises, et de ta confiance jusqu'à ce jour. Je vais avoir le temps de venir vous voir à Lyon, je m'en réjouis d'avance ! Soyez heureuses, toi et Carole !

Marie... Difficile de te remercier sans risquer de me faire taper par Guillaume ;)... mais je prends le risque. Tu m'as fait sourire et souffrir, tomber et me surpasser. Tu es restée une amie chère, même si les événements de la vie nous éloignent. Merci de ta présence toutes ces années.

Cécile, Corine, Lydie, Amélie, Claire... J'entends d'ici une petite voix me dire : « Que des filles ! », et elle n'aura pas tort. On se voit peu, la faute aux kilomètres, mais on garde le contact et c'est tout ce qui compte. Merci pour votre amitié.

Aux copains d'abord

Doud, Kathie, Phil, Céc, Nôm, Jib, Cécile, Thom, Angie, Seb, Andie, Maud, Cyrille, Valou, Rod : je vous mets tous dans le même panier, avec quelques cèpes et une bouteille de Charteuse ! Je n'ai pas de mot pour qualifier mon bonheur d'avoir été accueilli dans ce groupe de potes d'enfance et de m'être senti aussitôt intégré. Vous êtes des grands barjots, des montagnards amoureux de la vie, des sportifs de lendemain de cuite, des gourmands gourmets, des bouffeurs de patates (enfin, surtout un qui se reconnaîtra), des bricoleurs de vide-greniers, des profiteurs de vie, des copains d'abord ! Que l'on vous prête longue vie, mes amis !

À Loulou et Mouloud : même si vous êtes trop rarement disponibles, c'est toujours un plaisir de vous voir et de vous recevoir. Lyon n'est pas loin... La porte vous est grande ouverte, vous le savez. Et Loulou, arrête de faire du charme à mes femmes !

Aux profiteuses des sous-confet et autres pièces rapportées

Sarah, Dom, Coline, Sophie, Éléa, Pierrot, Pierre, Thomas, Nabil : ça y est, moi aussi je vais être docteur ! Comme quoi tout vient à point à qui sait attendre. D'autres épreuves et d'autres préoccupations justifient vos absences ce soir (sauf Pierrot, je sais que t'avais juste piscine !) mais peu importe : les occasions de fêter ça ne manqueront pas ! Au plaisir de se retrouver tous ensemble dès que possible.

Ô Toulousains !

À L'Albigeoise

Marie-Ève, merci pour ce semestre à tes côtés, dans la souffrance parfois, dans les rires et l'émotion souvent. Ne te fais pas trop rare, hein ! Et viens donc visiter les Alpes, d'accord ?

Aux Ch'tarbais

Leslie, ma Leslinounette, que de bons moments passés au bord de ta fenêtre pendant ce deuxième semestre ! Que de chemins arpentés depuis ! Continue à profiter de la vie, des voyages et des îles (tu auras bientôt fait le tour, ceci dit !) et reviens donc te poser pas trop loin de nous, d'ici quelques années. Ou alors, c'est nous qui viendrons te débusquer sous les tropiques !

Vincent alias Zozo, la force tranquille des urgences tarbaises, du moins en apparence. Un mec pince-sans-rire, un charme fou... Marion ne s'y est pas trompée ! C'est un grand plaisir de vous revoir tous les deux ! Et je vous rappelle la proposition de la thèse de Camille, vous débarquez quand vous voulez à Grenoble !

Aux Castraises

Claire et Bénédicte, les deux plus charmantes internes de la promotion castraise 2011-2012. Claire, on change rien : envois de bédés par la Poste, café-thé, nouvelles fraîches et amour des remplacements à La Barthe ! Béné, sois prudente, j'ai entendu dire que les Bretons mangeaient tout cru les petites doctresses à tresses ! Merci à toutes les deux pour ce semestre tarnais, que du bonheur !

À la fine équipe de l'AIMG

Aly, un remerciement supplémentaire, juste pour laisser une trace à la postérité du déguisement le plus déluré que j'ai jamais vu ! J'ai découvert ce jour-là une autre facette de la Présidente, et j'ai adoré je dois dire ! Tu es une grande dame ! Bise à la famille Revaux !

Anna, merci pour ces longues soirées d'alcool et de monde à refaire, ces joggings ratés, ces voyages racontés, ces randos partagées. Ça a été un plaisir de vivre tous ces instants avec toi, on remet ça quand tu veux !

Myriam et Boris, Marie, Estelle, Benoît, Laurence : vous aussi avez participé à cette belle aventure associative, les soirées pizza à Purpan, le WEI, le week-end rural, les congrès... Que du bonheur ! Mention spéciale à Estelle, merci pour ton entretien test !

Lucie G. : une grande présidente, à n'en point douter. Merci pour ton soutien, merci pour eux. On continue à bosser ensemble sur le sujet ?

Aux autres (très) belles rencontres

Benjamin « Roux-Du-Bouc » El Doctorcito : tu es entré dans nos vies, sans prévenir, presque par effraction. Un drôle de petit bonhomme avec des rêves de fou. On a rien vu venir, on s'est retrouvé à partager des moments d'une intensité incroyable à l'autre bout du monde, et on est devenu amis. Puis Clémence est arrivée et tes cheveux roux sont devenus blonds, comme par magie... Je sais pas si on se fera le Chili en 2018, mais je ne suis pas inquiet, on trouvera bien un ou deux rêves à réaliser.

Cécile : la bonté et la douceur incarnées, notre coup de cœur toulousain à tous les deux ! Tu viens quand tu veux... mais le plus souvent sera le mieux ! Tiens, d'ailleurs, fin février 2016, Puy-Saint-Vincent, tu en es ?

Thomas et Stéphanie : on ne s'est pas assez vu cette année, il va falloir y remédier vite fait, hein ! Merci d'être là pour le grand soir.

Lætitia et François : merci pour votre présence. Trop impatient de découvrir le fruit des amours d'un Kinder et d'un Bisounours...

Les gens bizarres mais qu'on aime bien quand même : Nadim, Chloé, Nico et Anne-Pascale, vous êtes des grands malades, mais c'est pour ça qu'on vous aime !

À mes maîtres

Les Rhône-Alpins

Au Docteur Bernard Chaffois, médecin généraliste, qui m'a soigné depuis toujours et qui a allumé la flamme qui n'a cessé de briller depuis.

Au Docteur Benoît Cotton, qui m'a dit un jour que je mènerais une vie normale et m'a permis d'aller de l'avant.

Au professeur Pierre-Yves Benhamou, qui m'a considéré comme un confrère depuis le début, et qui m'a laissé mener ma barque. Soyez-en remercié.

Au professeur Olivier Chabre, dont le service mériterait d'être montré en exemple à nombre d'enseignants pour la qualité de sa pédagogie et de son encadrement.

Ceux du Sud-Ouest !

Au Docteur Agnès Cardeilhac : Agnès, un immense merci pour tout ce que tu as apporté au jeune interne que j'étais, ton premier SASPAS : les joies de la médecine rurale et montagnarde, les visites à 20 bornes du cabinet dans les Baronnie, mon premier remplacement (que du bonheur !!), une autonomie progressive et sécurisée. Pour tout le reste aussi : la confiture de méréville, les bocaux de fines herbes (y en a plus, d'ailleurs !), le cari poulet et le rougail saucisse, les apéros au porto, la rencontre de ta petite famille, les virées en bagnole (faut quand même que je te dise, j'ai souvent serré les fesses !), la confiance, l'amitié, le chat, le chien, l'âne et la chèvre...

Au Docteur Pierre Mesthé : merci pour avoir guidé mes premiers pas de médecin généraliste dans ton cabinet, pour m'avoir lâché la bride doucement et m'avoir confié ta patientèle. Merci de m'avoir dit, un jour, que j'étais bon !

Au Docteur Pierre-Jean Louvet : merci pour ce semestre de pur bonheur au CH de Bigorre, ton accompagnement tout en justesse et la confiance que tu m'as accordée. Ta présence ce soir me touche profondément.

Au Docteur Marc Couradet : merci pour ce semestre professionnalisant à tes côtés, et les longues conversations sur la montagne et la médecine, en dégustant les morceaux choisis de ton boucher ! T'as vu, je l'ai enfin finie, ma thèse !

Aux médecins qui m'ont accueilli et fait confiance

Anne-Laure, Nadège, Yoann : merci de m'avoir offert mes premières opportunités de travail en Rhône-Alpes, et dans quelles conditions ! J'attends avec impatience de vous retrouver dans vos nouveaux locaux !!

Stéphanie et Valentina : l'année 2014-2015 à vos côtés aura été studieuse, mouvementée, riche... On continue ?

Agnès et Aymeric : cette thèse n'aurait jamais vu le jour sans vous. Merci pour la session de codage nocturne, la capillotractation, la tétrapilectomie et la podothérapie. Vous êtes vraiment de grands malades, des doux dingues comme on en fait plus, des chefs de clinique de la mort-qui-tue !

À mes relecteurs et correcteurs

Un immense merci à toutes celles et tous ceux qui se sont investi(e)s dans la relecture de mes verbatims, de ma thèse ou de mon résumé en anglais.

Je m'engage solennellement et devant témoins à vous payer un verre !

Nanou, Angie (et Thomas ?), Cécile, Phil, Charlotte, Seb, Andie, Valou, Benj, Audrey, Hugues, Anna, Sophie, Phil, Noémie, Papa et Maman.

Mention spéciale à Catherine « Kat-tapez » Pouchaudon pour ses conseils en orthographe et en grammaire, pour tout le reste et pour bien plus encore... Respect !

**INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE
EN DIFFICULTÉ OU EN SITUATION D'ÉCHEC
DU FAIT DE TROUBLES PSYCHIQUES :
QUELLE PRISE EN CHARGE DANS LE CURSUS
EN FRANCE EN 2015 ?**

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
MÉTHODES	6
I. Choix de la méthodologie	6
II. Population et échantillonnage	6
III. Guide d'entretien	7
IV. Déroulement des entretiens	7
V. Traitement et analyse des données	8
VI. Considérations éthiques	8
RÉSULTATS	9
I. Déroulement des entretiens, description de l'échantillon	9
II. Analyse thématique	9
1. Portraits des IMG en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques	9
2. Les acteurs de la prise en charge	12
3. Sensibilisation et repérage des IMG en difficulté	13
4. Interventions et suivi	18
5. Réorientation du cursus	24
6. Des propositions à mettre en œuvre	25
DISCUSSION	27
I. Principaux résultats	27
II. Validité et limites de l'étude	27
III. Confrontation avec la littérature et hypothèses	29
IV. Perspectives	34
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	40

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

ASLR (-IMG) : Associations et Syndicats Locaux Représentatifs (des Internes de Médecine Générale)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DMG (DUMG) : Département (Universitaire) de Médecine Générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

IMG : Interne de Médecine Générale

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

PH : Praticien Hospitalier

PU : Professeur Universitaire

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

INTRODUCTION

En France, la santé mentale des internes en médecine fait depuis quelques années l'objet d'une préoccupation croissante.

Depuis 2000, plusieurs études descriptives portant sur de faibles effectifs ont rapporté une proportion importante d'internes en burn out (1-3). En 2011, une première étude multicentrique nationale portant sur plus de 4 000 internes de médecine générale (IMG) français a confirmé que 58,1 % d'entre eux présentaient au moins un score de burn out élevé et que 7 % présentaient un burn out sévère (4,5). Toutefois, limiter la souffrance psychique des internes de médecine générale au seul burn out, dont l'entité nosographique est discutée par certains auteurs (6), serait réducteur.

Les troubles psychiques désignent toute perturbation ou atteinte de la santé mentale, celle-ci étant définie par l'Organisation mondiale de la Santé, comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté (7).

Au cours de leur vie, près d'un quart des Français vont présenter un trouble dépressif (épisode dépressif majeur ou dysthymie), un sur cinq un trouble anxieux (8). Il est estimé qu'environ 1 % de la population développera une psychose délirante chronique, 1,2 % un trouble bipolaire (9). Difficile dans ce contexte d'imaginer que les internes en médecine puissent être indemnes de tout trouble psychique. Cela est confirmé par une étude récente selon laquelle 30 % des internes bretons présentent des troubles anxieux et 13 % des troubles de l'humeur (10).

Les comportements de soins des internes ne permettent pas toujours une prise en charge satisfaisante : défaut de médecin traitant pour 20 à 30 % d'entre eux, absence de consultation médicale dans un cas sur deux en cas de pathologie, autoprescription et automédication banalisées, y compris dans le cadre de pathologies chroniques (11-16).

Peu ou mal pris en charge, ces troubles psychiques vont parfois engendrer des répercussions importantes chez les internes : addictions, conduites suicidaires (17,18), mais également erreurs médicales (19,20) ou diminution de la qualité des soins portés aux patients (21). Ils vont perturber le bon déroulement du cursus des internes en médecine, parfois de façon conséquente.

Ainsi a émergé dans les pays anglo-saxons depuis plus de quinze ans le concept de *problem residents* ou *residents in difficulty*, les « internes à problèmes » ou « internes en difficulté ». Plusieurs définitions ont été proposées. Pour certains, il s'agit de stagiaires présentant des problèmes suffisamment significatifs pour justifier l'intervention d'une autorité, habituellement le directeur des études ou parfois le

*chief resident*¹ (22,23). Pour Vaughn, ce sont des étudiants dont les performances universitaires sont significativement inférieures à celles attendues du fait de difficultés spécifiques affectives, cognitives, structurelles ou interpersonnelles (24). Une autre définition proposée par Steinert est celle d'étudiants ne répondant pas aux attentes d'un programme d'enseignements du fait d'un problème de connaissances, d'attitudes ou de compétences (25). Des travaux ont permis de mieux appréhender les difficultés de ces *residents*, d'en comprendre les mécanismes et d'émettre un certain nombre de propositions (22,25-27).

En dépit de toutes ces considérations, pouvait-on encore entendre en 2009 et 2010 les administrateurs du principal syndicat français d'IMG, l'Inter syndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG), évoquer fréquemment des cas d'internes en grande difficulté. Les situations rapportées, dont certaines sont retranscrites en ANNEXE 1, étaient multiples : problèmes en stage, invalidations à répétition, troubles de la santé mentale invalidants, suicides (28,29). Les interlocuteurs de ces internes semblaient confrontés à de réelles difficultés de prise en charge et être en attente d'une assistance.

Plus récemment, en 2015, à l'occasion du 16^e Congrès national des internes de médecine générale, une table ronde s'intitulait « L'interne, un patient (pas) comme les autres ». Les débats et les nombreuses conversations qui ont suivi nous ont confortés dans l'idée que la problématique était toujours d'actualité.

Face au constat des difficultés éprouvées autant par les associations et syndicats représentatifs des internes de médecine générale (ASLR-IMG) que par les départements de médecine générale (DMG) vis-à-vis de ces internes en difficulté, nous nous sommes demandés quelles solutions existaient pour manager ces situations. Nous avons voulu savoir quels étaient les acteurs et comment ils intervenaient pour gérer ces internes. L'objectif de notre étude était donc d'explorer la façon dont ces internes de médecine générale en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques sont pris en charge dans leur cursus en France en 2015.

¹ *Chief resident* : titre de certains internes en fin de cursus aux USA, sans équivalent réel en France (à rapprocher de la fonction de chef de clinique). Le *chief resident* exerce notamment une fonction d'encadrement des résidents plus jeunes.

I. Choix de la méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Ce choix était justifié par :

- l'absence de données françaises standardisées sur le sujet justifiant d'avoir une démarche exploratoire,
- le caractère singulier et souvent personnalisé de ces prises en charge,
- le fait que la subjectivité et les affects des intervenants semblent inhérents à la gestion de ces situations,
- l'importance d'évaluer également le vécu et le ressenti des différents acteurs de ces prises en charge (30,31).

II. Population et échantillonnage

Nous avons cherché à recueillir le point de vue des interlocuteurs privilégiés des internes de médecine générale. Il fallait que ces personnes soient communes à la majorité des internes, pour avoir une vision globale de la problématique et une expérience de ces situations (par opposition aux tuteurs ou aux maîtres de stage par exemple). Il fallait également qu'elles soient bien identifiées auprès des internes.

Nous avons donc interrogé :

- des enseignants de DMG au sein de différentes unités de formation et de recherche ¹ (UFR) de médecine d'une part,
- des membres actifs de plusieurs ASLR d'autre part.

Dans chacune de ces structures, nous souhaitions interroger l'informateur-clé, à savoir la ou les personnes en charge des questions de santé des internes ou des situations d'internes en difficulté ou en échec.

Nous avons choisi arbitrairement de limiter notre étude à la spécialité de médecine générale, celle-ci représentant la majorité des internes.

Nous avons dans un premier temps constitué un annuaire des personnes à interviewer. Les coordonnées des DMG provenaient de leurs sites web respectifs, puis ont été complétées à l'aide d'une base de données fournie par la *French association of young researchers in general practice* ². Les coordonnées des associations et syndicats d'internes provenaient du site web de l'ISNAR-IMG, du Précis à l'usage des futurs internes de médecine générale ECN ³ 2014 (32), et des sites des différentes structures.

¹ L'unité de formation et de recherche (UFR) a remplacé la faculté en tant que composante des universités depuis la loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, dite loi Savary.

² FAYR-GP : Association française des jeunes chercheurs en médecine générale.

³ ECN : Épreuves Classantes nationales

Le premier contact avec les structures a eu lieu par courrier électronique en amont des entretiens (ANNEXES 2 et 3). Un document de présentation de l'étude était associé à ce courriel (ANNEXE 4), détaillant le contexte, l'objectif principal, le déroulement escompté de l'entretien, les modalités précises d'enregistrement, d'anonymat et de confidentialité, et proposant l'envoi des résultats finaux.

Une date d'entretien était fixée dès lors que les personnes cibles s'étaient manifestées.

Les interviewés ont été inclus au fur et à mesure de leur entrée en contact avec le chercheur, jusqu'à saturation. Il n'y avait pas de critère d'exclusion à notre étude.

III. Guide d'entretien

Les thèmes ont été déterminés à partir de notre questionnement et des données de la littérature. Le contenu des questions a été élaboré afin de passer en revue l'ensemble des modalités envisageables quant à la prise en charge globale des internes en difficulté ou en échec professionnel du fait de troubles psychiques. Le guide servait de support à l'entretien pour vérifier que l'ensemble des thèmes était couvert lors de celui-ci. L'utilisation du guide d'entretien se devait d'être souple et non directive, afin de ne pas limiter l'interviewé.

Conformément à la méthode qualitative, le contenu du guide pouvait éventuellement être modifié entre deux entretiens, en cas d'incompréhension de certains intitulés ou du fait de l'évolution du champ de recherche.

Le guide d'entretien a été testé à 2 reprises, auprès d'une personne extérieure à notre problématique, et auprès d'une ancienne présidente d'ASLR-IMG.

IV. Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés par un enquêteur unique et par téléphone compte tenu de la dissémination géographique nationale des personnes interrogées. Nous n'avons pas souhaité réaliser d'entretien en colloque singulier avec certains enquêtés physiquement proches, dans un souci de comparabilité des données récoltées. Chaque entretien était précédé d'un court préambule visant à rappeler les modalités d'enregistrement des données, d'anonymat et de confidentialité et à recueillir le consentement à l'étude conformément à la législation.

Les premières questions du guide visaient à caractériser l'échantillon.

Les entretiens ont été enregistrés à partir du mode haut-parleur d'un téléphone portable par deux moyens simultanés afin d'éviter toute perte de données. Nous avons utilisé d'une part le microphone intégré d'un ordinateur portable associé au logiciel QuickTime Player®, et d'autre part un dictaphone Philips Voice Tracer DVT6000®.

Au cours des entretiens, nous avons privilégié des questions ouvertes, formulées de telle sorte que l'enquêté réponde au nom de sa structure. Les relances ont été

utilisées avec parcimonie, les digressions et silences respectés pour ne pas passer à côté d'informations inattendues.

Les données non verbales (langage corporel) n'ont pas pu être recueillies.

À l'issue de chaque entretien, le fichier audio était sauvegardé. Une note de synthèse était immédiatement rédigée afin de conserver une trace du contexte et des impressions « à chaud ». Tous les enregistrements ont été intégralement retranscrits et les verbatims ainsi obtenus ont été anonymisés.

V. Traitement et analyse des données

L'analyse thématique transversale s'est faite de façon exclusive à partir des verbatims. Le codage ouvert a été réalisé en parallèle par l'enquêteur principal et un second chercheur, avec confrontation et mise en concordance des unités de sens codées à l'issue des quatre premiers entretiens, conformément au principe de triangulation. Puis le codage ouvert a été poursuivi par l'enquêteur principal sur les entretiens suivants. Les éléments ainsi codés ont été réarrangés par catégorisation successive jusqu'à émergence des thèmes principaux. Ce traitement a été réalisé via le logiciel NVivo®.

VI. Considérations éthiques

Une mise en conformité légale et une déclaration des documents de l'étude ont été réalisées en collaboration avec le Correspondant informatique et libertés de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier (ANNEXE 5). Nous avons également sollicité l'avis et l'autorisation de la Commission éthique du département de médecine générale de Midi-Pyrénées (acceptation en date du 25 mai 2015) (ANNEXE 6).

Concernant d'éventuels liens d'intérêts, l'enquêteur principal a été entre 2009 et 2011 membre du conseil d'administration de l'Association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées, et entre 2009 et 2010 un des administrateurs locaux de l'ISNAR-IMG pour la subdivision de Toulouse.

RÉSULTATS

I. Déroulement des entretiens, description de l'échantillon

La saturation des données a été obtenue après réalisation de 13 entretiens, entre le 2 mai 2015 et le 30 juillet 2015. Ils ont duré entre 26 et 72 minutes, et ont été numérotés E1 à E13.

Parmi les personnes interviewées, on comptait huit hommes et cinq femmes, d'un âge compris entre 25 et 62 ans. Sept personnes étaient des membres d'ASLR, six étaient des enseignants de DMG. Les caractéristiques des participants sont réunies en ANNEXE 7.

II. Analyse thématique

L'analyse des verbatims (ANNEXE 8) a fait émerger 6 thèmes principaux.

1. Portraits des IMG en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques

Une problématique connue, non spécifique de la médecine générale

La santé physique et mentale de la majorité des IMG est considérée comme « *globalement satisfaisante, à l'image de ce qu'elle est dans la population générale* » (E4), avec toutefois une notion de précarité de la santé car « *quand il va y avoir une situation compliquée, ça va tout de suite devenir catastrophique* » (E3) ; « *Je pense pas qu'elle soit très bonne, je pense que personne s'en préoccupe, ni les internes eux-mêmes, ni... voilà. Ni qui que ce soit d'autre.* » (E11).

Environ 10 % des internes vont présenter des difficultés, « *et dans cette petite partie, y en a qui savent le dire, et y en a aussi une grande partie qui ne... enfin, la plus grande partie ne sait pas le dire, quand ça ne va pas.* » (E8).

Cette problématique persiste au fil des années et concerne également les autres spécialités, car « *la médecine générale n'est pas la seule concernée par ce souci, hein. [...] Je voudrais pas entendre penser qu'il n'y a qu'en médecine générale où les internes ont des problèmes* » (E4).

Une certaine typologie des internes en difficulté ou en échec

Chez certains internes, « *on identifie des problèmes plutôt de compétences et de connaissances* » (E4). Parmi ceux-ci sont identifiés « *les internes glandeurs [...] C'que les Canadiens appellent des bullshitters [...] Qui n'ont à notre avis pas forcément de problème psychologique en dehors d'un gros poil dans la main* » (E2).

Toutefois, la plupart du temps, *« derrière les problématiques de compétences, y a vraiment un problème effectivement psychique, ou un problème de santé plus euh... d'ordre somatique... »* (E5).

Les situations les plus fréquemment décrites sont celles d'internes qui présentent des burn out, des troubles anxio-dépressifs ou des troubles légers de la personnalité : *« c'est le cas le plus fréquent : ce sont des internes qui ont des syndromes anxio-dépressifs. »* (E2) ; *« une sorte d'épuisement professionnel, de burn out, avec une forte connotation dépressive »* (E13).

Les situations d'internes atteints de troubles psychotiques ou bipolaires sont beaucoup plus rares, à l'origine de véritables « histoires de chasse » : *« C'est-à-dire que globalement, on a 1 % de psychotiques ! »* (E4) ; *« Une interne [...] frappait tous ses... tous ses co-internes, et ensuite par rapport aux patients, elle leur disait pendant ses stages qu'il fallait surtout arrêter tous les traitements et se mettre à prier, qu'ils guériraient comme ça. Et que c'est les voix qu'elle entendait qui lui disaient ça. »* (E2).

Enfin, est décrite par certains intervenants la position complexe d'IMG sans pathologie clairement identifiée, *« pas forcément aptes à exercer la médecine générale, entre autres pour des problèmes de relations, de contacts, donc psychologiquement un peu en difficulté vis-à-vis du métier de médecine générale »* (E7).

Des caractéristiques communes à tous ces IMG en souffrance

De façon systématique, les difficultés psychiques ont commencé antérieurement à l'internat et sont passées inaperçues ou ont été ignorées : *« Parce que souvent, si on regarde le parcours des internes en difficulté, on se rend compte que ça revient... [...] c'est déjà là avant, pendant l'externat ! Y avait toujours eu ces... des petites choses qui n'allaient pas et qui sont toujours passées à côté »* (E12) ; *« Ces gens-là, quand on en parle aux gens du second cycle ¹, ils les connaissaient déjà ! »* (E9).

Les IMG font l'impasse sur leur propre suivi médical, maniant autoprescription et automédication : *« Oui, les étudiants n'ont pas de médecin ! La plupart du temps n'ont pas de médecin, on sait qu'ils essaient de se soigner par eux-mêmes [...] en particulier ils sont en grande... en grande difficulté pour aller consulter pour des troubles, et en particulier des troubles psychologiques, quoi. »* (E4).

Diverses représentations sont évoquées pour expliquer ce retard aux soins, comme le mythe du surhomme ou l'injonction sociétale intériorisée de l'interdit de souffrance du médecin : *« Il est très difficile pour un médecin ou un futur médecin d'accepter qu'il puisse être malade, d'abord. Et d'une, hein. Ça renvoie quand même à... à... une image euh... qu'on se doit d'avoir en tant que médecin. C'est-à-dire que si on soigne les autres, on peut pas naturellement être soi-même un problème, hein, ça le fait pas ! »* (E4).

Vont en résulter une tendance à l'autocensure et un déni des difficultés, voire un véritable scotome psychique : *« La plupart du temps, les internes qui sont en difficulté ne se rendent pas forcément compte qu'ils le sont, ou ne veulent pas forcément non plus l'admettre, hein »* (E4).

¹ Second cycle : désigne le deuxième cycle des études médicales (4^e, 5^e et 6^e années), aussi appelé externat.

L'internat, une période à risque de décompensation

L'internat est décrit pour ces IMG comme une épreuve, « *la fonction elle-même d'interne est maltraitante* » (E2), compte-tenu de l'absence de considération et de la dévalorisation des internes : « *personne n'est responsable des internes, quoi ! C'est-à-dire que... ils vivent leur vie ! Euh... Les administrations en ont rien à faire. Du moment qu'ils font tourner la boutique, les chefs s'assoient dessus. Enfin... Pas partout, hein ! Mais les internes qui sont en difficulté, c'est ça. Ils se retrouvent souvent dans une espèce de problématique comme ça* » (E11).

De nombreux facteurs vont pouvoir déstabiliser ces internes déjà fragiles : mise en responsabilité au début du diplôme d'études spécialisées (DES), déracinement et isolement géographique, surmenage, services « *maltraitants* » (E2, E11) ou simplement déclencheurs : « *Pour les internes fragiles, c'est là où les décompensations sont les plus importantes, hein, les gardes et les urgences. [...] l'internat, en tout cas le début du DES, avec la prise de fonctions, et la prise d'autonomie, est un moment de... particulier de risque de décompensation, hein. Euh... C'est un fond, hein. Ou un mur, pour certains. [...] Sans parler des grossesses qui viennent se surajouter là-dessus, euh... des conjoints qui habitent à 500 kilomètres... Enfin, voilà, les choses ne sont pas toujours simples pour certains internes.* » (E5).

À l'inverse, la proximité des lieux de stage, un entourage étayant, la réduction légale du temps de travail, la création de liens entre internes vont plutôt avoir un caractère protecteur en favorisant une qualité de vie accrue : « *on a la chance d'être une subdivision qui est relativement... petite [...] Où les gens sont... font pas forcément le grand écart entre leur conjoint et leur boulot. [...] Donc ils sont pas forcément complètement éclatés, voilà !* » (E11).

Un retentissement imprévisible

Les conséquences potentielles sont multiples : absentéisme en cours, en stage ou en garde, perturbation de la formation, arrêts de travail répétés, perte de revenus, mise en danger des patients ou des co-internes ¹, hospitalisations, conduites suicidaires...

La poursuite du cursus va être impactée de façon variable : « *la bonne majorité, ben ils passent, ils serrent les dents, et puis ils réussissent leur DES et après ils arrivent à... à aller beaucoup mieux dès qu'ils ont une euh... enfin un projet professionnel qui se concrétise* » (E2) ; « *avec une prise en charge de leur pathologie [...] ils ont continué leurs enseignements sur six mois, un an, ils ont fini par valider. Ils ont passé leur DES, souvent dans de bonnes conditions, avec un travail tout à fait, tout à fait satisfaisant, voire même bon...* » (E5).

L'issue des études s'envisage parfois avec l'évitement de contraintes liées à l'exercice de la médecine générale, par une adaptation de la pratique : « *on en voit régulièrement qui s'en sortent ma foi fort bien ! Et qui, effectivement, vont peut-être pas bosser à plein temps, vont peut-être pas bosser dans un cabinet, vont peut-être pas... Mais qui trouvent un mode d'exercice de la médecine qui à la foi leur permet de gagner leur vie, et rend service à la société !* » (E9). Pour certains internes avec des troubles psychiques plus importants, une restriction imposée sur l'exercice médical ultérieur est nécessaire.

¹ Co-interne : par rapport à un interne, désigne l'interne (ou les internes) en stage dans le même service.

Pour une fraction minime, le cursus ne sera pas mené à son terme, du fait des invalidations successives voire d'un abandon brutal : « *Et puis on a régulièrement quand même un certain nombre d'internes dont on n'a pas de nouvelles. Alors qu'on n'a pas forcément étiquetés... psychiatriques, mais qui ont pas, qui ont pas passé leur thèse et dont on n'a plus de nouvelles.* » (E5).

2. Les acteurs de la prise en charge

Des associations et syndicats investis... mais parfois démunis

Les ASLR revendiquent leurs fonctions d'assistance et de conseil, exercées auprès des internes souvent sans condition d'adhésion. Leurs représentants insistent beaucoup sur leur rôle de liaison entre les internes et les DMG, dont elles estiment parfois pallier les insuffisances, « *Donc c'est bien que l'association soit sensibilisée, parce que je pense que pour certains internes, c'est plus facile de parler avec un autre interne, que de parler avec l'entité « département de médecine générale »* » (E8).

L'immixtion dans la prise en charge médicale est globalement évitée, « *c'est une règle que nous, on n'a jamais transgressée ! C'est pas notre job, hein ! On veut pas être leur toubib !* » (E11).

Certains membres d'ASLR expriment leur impuissance et leur manque d'influence face à certaines prises en charge complexes : « *on peut rien faire sans le DMG ! Nous. On n'a aucune... [la structure] en [elle-même] n'a aucun poids, n'a aucune... dans les instances facultaires et cetera. On en a sur... comment dire... sur l'organisation collective, sur la répartition des internes, sur des choses comme ça, oui, mais sur des situations individuelles on peut difficilement intervenir.* » (E11).

D'autres au contraire soulignent leur implication : « *On est convié et on est même... on est même vivement sollicité. L'impression que j'ai, c'est qu'on est un membre à part entière de cette commission, avec voix délibérative.* » (E7).

Des enseignants de DMG pédagogues avant tout

Le rôle pédagogique exclusif est mis en avant, en particulier l'établissement d'un diagnostic pédagogique et d'un suivi centralisé. La nécessaire séparation des rôles de soignant et d'enseignant est promue : « *on leur dit : « Attention à pas déraiper là-dessus ! Bien sûr, être bienveillant, avoir une écoute bienveillante vis-à-vis de ces gens en souffrance, évidemment, comme tout être humain le ferait ! Mais attention, pas une écoute thérapeutique ! Vous êtes leurs pédagogues, vous êtes leurs enseignants ! Il faut pas mélanger. » Et je pense que c'est une très grosse difficulté, ça ! Donc nous, enfin, moi je fais très attention à vraiment mettre en garde les tuteurs et les MSU ¹ » (E9).*

On retrouve toutefois chez ces enseignants une ambivalence des sentiments, une charge émotionnelle importante et un ressenti pesant lié à la responsabilité engagée dans la gestion de ces situations : « *Sur le plan personnel (rires), ça me désespère ! Parce que je me dis que... que... que d'énergie ! Et que de temps perdu ! Voilà... Ça me désespère surtout quand... quand les choses sont très antérieures. [...] Ce sont des internes qui*

¹ MSU : maître de stage universitaire, il peut être ambulatoire ou hospitalier.

demandent beaucoup de temps... et d'attention. Moi, ce sont des gens auxquels je m'attache énormément (rires), c'est une grosse part de mon... de mon travail. » (E9).

La collaboration essentielle entre acteurs sensibilisés

Autant les ASLR que les DMG insistent sur la nécessité d'une attitude d'écoute bienveillante et d'une collégialité dans la gestion de ces situations, d'autant que chaque acteur (ASLR, DMG, enseignants, tuteurs, mais également médecine du travail, agence régionale de santé ou direction des affaires médicales) va activer un levier différent dans la prise en charge.

La souplesse des institutions est un facteur de succès souvent mis en exergue : *« nous avons réorienté, avec l'accord de l'ARS ¹, et donc [la signature du coordonnateur], réorienté le cursus de ces internes, en collaboration avec leur... avec l'interne lui-même, pour l'obliger à se soigner d'abord. Et puis ensuite on gère avec les affaires médicales un arrêt de travail, une mise en disponibilité, enfin on essaie de voir quelle est la gestion administrative la plus... la plus efficace [...] Et ça, c'est parce qu'on a [...] une très très bonne synergie entre les acteurs. Avec une ARS qui est très compréhensive, et très... j'allais presque dire... maternante. » (E13).*

3. Sensibilisation et repérage des IMG en difficulté

Modalités de sensibilisation existantes

Certaines structures d'internes et certains DMG ont mis en place une information concernant les personnes disponibles à contacter en cas de problème, souvent réalisée lors de l'accueil initial des IMG de première année. Cette information non spécifique est parfois répétée lors des choix ou de certains cours présentiels.

Il existe plus rarement, une présentation spécifique des risques liés à l'épuisement professionnel organisée par les DMG. L'utilisation de supports d'information (*newsletter*, mails, volet spécifique sur le site web de la structure) est peu contributive.

Les week-ends d'intégration organisés par les ASLR permettent de jouer un rôle de sensibilisation reconnu par certains DMG : *« Et donc l'enseignement a consisté à demander aux étudiants [...] de créer un projet de prévention, un projet de dépistage, un projet d'information au public, grand public, n'importe comment, de le créer et éventuellement de le réaliser. Et on a des étudiants qui ont justement abordé cette question. Leur projet de mémoire a été présenté en conseil pédagogique, et c'est maintenant institutionnalisé. Les étudiants qui arrivent en D4, enfin qui sortent de D4, qui sont inscrits en première année de DES de médecine générale, sont accueillis par l'association des internes, pendant deux jours, dans lesquels justement on les familiarise avec tous ces fonctionnements, avec tout ça, et c'est très convivial [...] ils se retrouvent entre eux et ils parlent justement de tout ça, de ce qui va se passer, et c'est les internes seniors, entre guillemets, qui les préparent. Et je pense que ça, c'est une très très bonne chose. » (E13).*

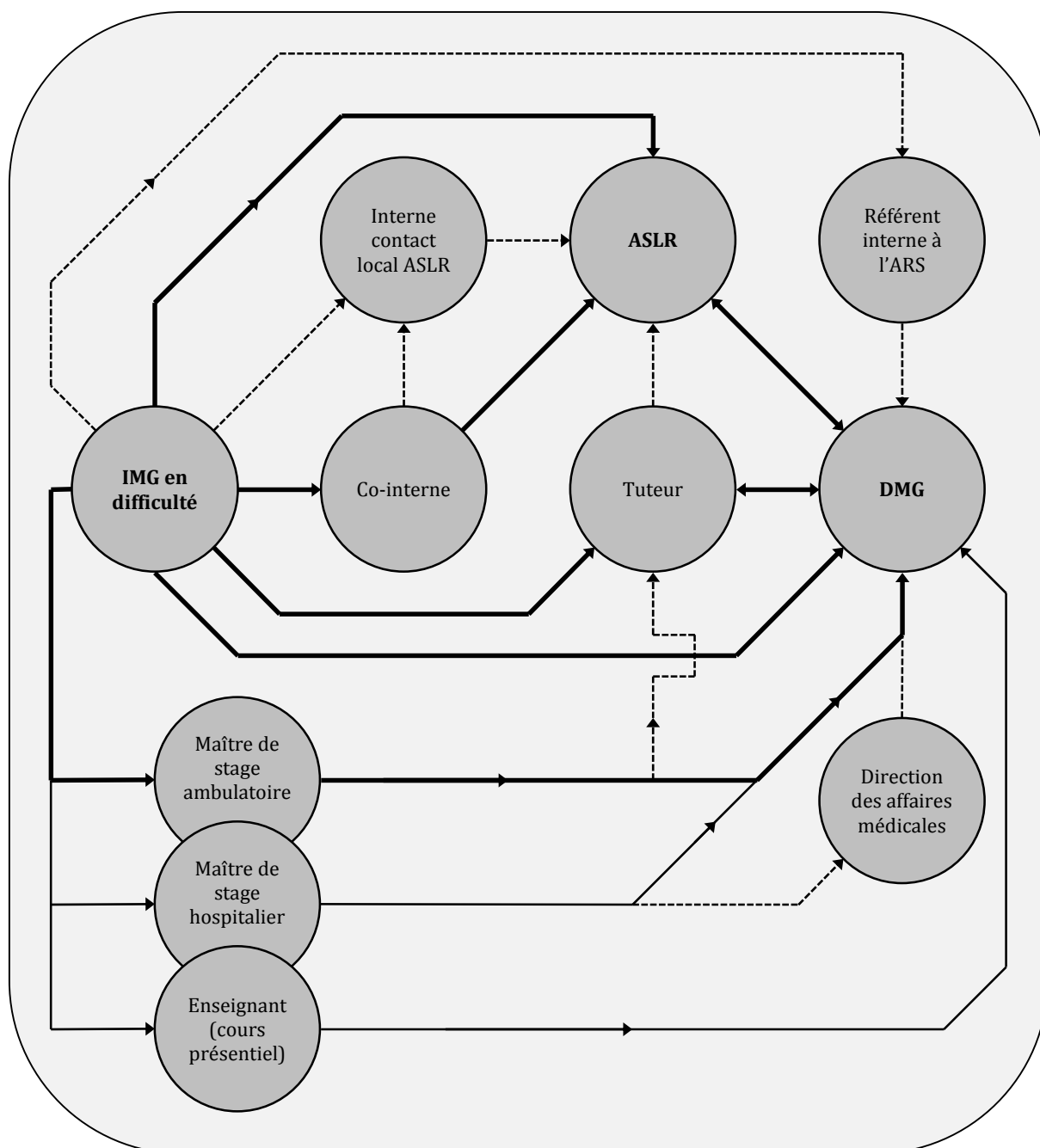
¹ ARS : Agence régionale de santé

Modalités de repérage existantes

Les modalités pour détecter les internes en difficulté à partir d'un signalement sont nombreuses, favorisées par le grand nombre d'interlocuteurs des internes et par leur sensibilisation. Elles sont représentées dans l'organigramme en FIGURE 1.

Tout l'enjeu est d'intervenir le plus précocement possible : « *le but est quand même d'en dépister le plus tôt possible pour pouvoir être plus attentif et plus préventif, voilà ! Et éviter que les situations euh... arrivent à des arrêts de travail, avec des fois des situations du coup financières compliquées, quoi !* » (E8) ; « *Des internes qui ont erré un peu dans le truc, pendant un an, dix-huit mois, enfin, c'est possible, hein !* » (E11).

FIGURE 1 : Multiplicité des acteurs et des modes de signalement d'un interne en difficulté



Les flèches en gras représentent les modes de signalement les plus fréquemment évoqués, celles en pointillés les canaux plus « confidentiels ». Les flèches à double sens illustrent les informations qui sont transmises des DMG vers les ASLR ou vers les tuteurs, lorsque des internes ont été signalés par d'autres moyens.

Les stages en ambulatoire auprès des praticiens agréés maîtres de stage sont le mode le plus fréquent de repérage des difficultés psychiques des internes, « *parce que clairement et nettement, c'est... c'est le lieu où l'interne est en permanence avec le maître de stage, et là où il peut pas camoufler j'allais dire euh... ses problématiques, qu'elles soient personnelles ou en terme de connaissances.* » (E4).

L'évaluation de l'aptitude physique et mentale prévue par la loi est une barrière théorique inégalement appliquée. Certains répondants évoquent les modalités qu'ils connaissent (E1, E3, E6) : réalisation obligatoire par un praticien hospitalier (PH), rédaction d'un certificat médical. Dans certaines subdivisions, cette évaluation est systématiquement faite par la médecine du travail du centre hospitalier universitaire (CHU) ou du premier hôpital dans lequel l'IMG se retrouve en stage : « *j'ai passé l'entretien avec un des médecins du travail du CHU avant de devenir interne, enfin avant de prendre mon poste d'interne de médecine générale à [...]. Euh... Moi, j'ai été étonnée parce qu'elle a vraiment pris le temps, euh... à la fois de m'examiner sur le plan physique, O.K., mais surtout de... de... Enfin, j'ai vraiment eu le sentiment que quand-même, elle a essayé de m'évaluer un petit peu sur le plan psychologique, de comment je ressentais les choses et comment je vivais ce changement de statut de... d'externe à médecin. Donc j'ai été agréablement étonnée.* » (E8) ; « *La médecine du travail intervient de façon systématique dans la première année d'internat. [...] On est tous convoqué.* » (E10).

Un certain nombre de procédures mises en place selon les subdivisions, prévues ou non à cet effet, vont également permettre de détecter et parfois de comprendre les difficultés des internes, elles sont répertoriées dans le TABLEAU 1.

TABLEAU 1 : Procédures de détection des internes en difficulté

Procédures	Citations
Analyse du parcours de l'IMG (dossier universitaire parfois)	« <i>Nous on fait une analyse des dossiers, on regarde les dossiers universitaires, mais je le dis, uniquement pour les internes qui sont [de la subdivision] puisque pour les autres...</i> » (E4)
Entretien/évaluation avec le maître de stage à mi-stage	« <i>On est renseigné assez rapidement par les maîtres de stage, que ce soit hospitaliers ou... ou les maîtres de stage ambulatoires, quand il y a un problème et quand il est envisagé de ne pas valider [...] puisque ils ont des évaluations [...] qui sont faites en cours de stage, au moins deux, voire trois, hein ça dépend.</i> » (E5)
Entretien systématique annuel avec un membre du DMG	« <i>Et chaque année, on est... on a une évaluation individuelle avec un membre du DUMG ¹ [...] Où là, eux, ils font un peu de dépistage, ils te demandent comment ça se passe, dans notre vie professionnelle et perso, si on a des problèmes et cetera [...] ça dure à peu près une heure, avec à peu près... ouais, vingt, trente minutes sur les RSCA ². Et puis le reste en temps, en questions plus personnelles.</i> (E1)
Révélation lors des groupes d'échange de pratiques (ou équivalent)	« <i>c'est vraiment un lieu où se parlent les difficultés type épuisement professionnel, type... anxiété, et cetera. Et il peut arriver qu'un directeur de [nom du groupe] signale, à la suite de ça, ou simplement signale que les choses se règlent à l'interne aussi, au sein du [nom du groupe], où les choses sont parlées, et cetera. C'est d'ailleurs une des fonctions du [nom du groupe].</i> (E9)

¹ DUMG : Département universitaire de médecine générale

² RSCA : Récit de situation complexe authentique. Travail d'écriture à propos d'une situation clinique vécue par l'IMG, ayant généré un questionnement et la nécessité d'une recherche bibliographique. Le nombre de RSCA à produire et leur mode d'évaluation, visant à apprécier la capacité réflexive des IMG et à permettre une rétroaction pédagogique, est variable selon les subdivisions.

TABLEAU 1 (suite) : Procédures de détection des internes en difficulté

Procédures	Citations
IMG référent local de l'ASLR	« on essaie plus ou moins difficilement de mettre en place des contacts locaux. Notre idée, c'était vraiment qu'il y ait un interne de médecine générale identifié dans chaque [hôpital] périphérique. [...] Qui soit le relai entre les internes et nous, et qui potentiellement puisse relayer ce message » (E8)
Rencontres tutorées obligatoires	« Donc nous on compte beaucoup sur les tuteurs finalement, c'est le seul interlocuteur un peu institutionnel de l'interne qui change pas, tu vois. Les tuteurs qui détectent et qui souvent mettent en arrêt leurs internes quand ils sentent que ça va mal se passer. C'est un fusible qui marche relativement bien. On compte sur les tuteurs. » (E6)
Repérage via une adresse mail spécifique	« Et en gros les internes de psychiatrie euh... faisant partie du [nom de la structure des spécialistes] lisent ces mails, et quand ils détectent qu'il y a un problème, rappellent l'interne et ont un circuit de déclenchement d'hospitalisation... » (E6)
Suivi administratif de la présence en cours ou en groupes obligatoires	« enfin la participation à ces groupes est obligatoire, on tient un registre des participations. Donc dès qu'on voit qu'un interne commence à être un petit peu absent, il est vu soit par moi, soit par ma collègue » (E5)
Suivi administratif des traces universitaires	« y a des écrits, des traces, des RSCA et cetera, à rendre soit tous les semestres, soit par an, ça dépend. [...] Si il n'a pas rendu ses écrits aussi, on va le voir parce que administrativement, il va y avoir un problème pour le valider » (E12)
Informatisation du dépôt des traces universitaires	« Ils doivent avoir rendu avant, et sinon la session [...] sur laquelle ils doivent remettre, et bien ils peuvent plus le faire, enfin c'est fermé ! C'est bloqué ! Donc ils peuvent plus déposer leurs traces. » (E12)
Analyses des évaluations de stage	« y a souvent des choses qui ressortent des fois dans les évaluations de stage des internes sachant qu'elles sont anonymes. Des fois ils se confient un peu. Et donc, on se doit d'être hyper vigilant sur les évaluations de stage [...] y a des choses qui sortent dans les évaluations de stage [...] dont on n'a jamais connaissance par d'autres moyens. Et donc c'est un moyen d'agir un petit peu sur ces internes, qui ont quand même peut-être lancé un petit peu une petite bouteille à la mer dans l'évaluation de stage, et puis qui verront bien si ça revient ou pas. » (E8)

En cas de défaillance des moyens précédemment cités, un certain nombre d'évènements vont alerter sur la situation d'un interne en difficulté : absentéisme parfois répété en stage ou en garde (parfois transmis par les directions des affaires médicales aux DMG), arrêts de travail prolongés, invalidations itératives (E5, E8, E9, E12).

Les entraves à la sensibilisation et au repérage de ces internes

Un frein évoqué à la sensibilisation des IMG est l'absence d'information spécifique sur la problématique du burn out et la santé mentale, ou sur les ressources disponibles : « c'est nous justement qui, en premier, les orientons vers leur tuteur, vers le DMG et tout, parce qu'ils ne savent pas, officiellement, qu'ils peuvent trouver une aide à cet endroit-là. » (E6). La difficulté à atteindre les internes par des annonces est soulevée : « l'attention des internes au moment des choix de stage, si t'es toi-même interne tu dois savoir qu'elle est proche du néant ! Donc en fait la grosse difficulté qu'on a, c'est qu'ils ne nous écoutent pas, quoi ! » (E3).

Plus précocement, un certain nombre d'éléments limitent le repérage des étudiants en difficulté pendant l'externat et sont mis en avant par de nombreux

interviewés : masse étudiante anonyme, défaut d'encadrement lors des stages hospitaliers, médecine préventive universitaire inadaptée, statut nébuleux des externes ne facilitant pas la rencontre avec la médecine du travail : *« il faudrait avoir des enseignants qui passent du temps avec leurs apprentis. Ça veut dire qu'il faut arrêter de se gargariser sur le compagnonnage puis qu'il faut le faire pour de vrai, quoi ! [...] Quel enseignant est capable aujourd'hui de nommer ses externes par leur prénom ? »* (E12) ; *« On l'a signalée au médecin de l'université et au médecin du travail de... du CHU. Le médecin de l'université et le médecin du travail se sont renvoyés la balle. Celui de l'université disant : « Vous dépendez de la médecine du travail du CHU ! », et le médecin du travail du CHU disant : « Vous dépendez de la médecine universitaire ! » Oui, bon, ben en même temps, en attendant, cette externe était en difficulté, O.K. ! »* (E8).

Les freins au signalement ou à la détection pendant l'internat vont être nombreux. Évoqués précédemment, les mythes et représentations des jeunes médecins vont notamment être à l'origine d'un déni des troubles ou d'une autocensure, facilités par la possibilité d'autogestion de sa propre santé. (E4).

L'internat de médecine est encore souvent considéré comme un passage de souffrance obligée, où le burn out est banalisé, où les difficultés vont être considérées comme *« la faute de l'interne »* (E3) : *« ils ont des co-internes qui sont pas forcément très alertes sur le truc, et qui trouvent plutôt que « c'est un chieur, parce que il fait pas ses gardes, et bon, il faut se les retaper, quoi ! » Y a aussi cette mentalité-là, hein ! Voilà, des chefs de service qui en ont un peu rien à secouer, ou qui trouvent que « franchement, c'est un interne qui n'devrait pas être interne, et puis c'est tout, quoi ! Donc vaut mieux l'invalider, et puis on verra ce qu'il deviendra, on s'en fiche ! » Enfin voilà. »* (E11).

Plusieurs interviewés évoquent la peur des institutions, DMG en tête, et des répercussions sur le cursus ou la carrière : *« C'est pas impossible que des gens se disent : « Il risque d'y avoir des conséquences sur ma scolarité, et donc je m'y prends pas comme ça. » Après, j'ai pas de moyen de savoir si c'est vrai. Mais en tout cas, ça me paraît plausible avec le fonctionnement de certains internes, ça. »* (E9).

La dissimulation ou la non reconnaissance des troubles dans le cas de pathologies psychiatriques lourdes sont également des causes soulevées.

Des freins plus organisationnels sont relevés : absence d'examen pendant l'internat qui pourrait éventuellement constituer une barrière, interlocuteurs multiples et changeants, perte d'informations liée à la mobilité géographique des étudiants et à l'absence de transfert des dossiers universitaires (E1, E4).

Des dysfonctionnements en cause

La défaillance ou la méconnaissance de certains effecteurs ou systèmes expliquent pour certains l'absence d'identification de ces internes. Il peut s'agir de l'absence de relation de proximité entre internes et maîtres de stage ou tuteurs, des carences du système de tutorat, de l'absence de cadre discriminant lors de la réalisation du certificat d'aptitude. Les validations de complaisance ou le non signalement volontaire d'un IMG présentant des troubles psychiques sont des problèmes également rapportés : *« il y a un certain nombre d'internes qui ne passent pas par la médecine du travail pour faire ce certificat mais c'est leur médecin généraliste ou presque leur... leur ami qui est déjà interne qui le fait. Auquel cas, ben clairement, l'évaluation psychologique,*

elle est pas faite ! (E8) ; « certains validaient... les gens simplement pour ne surtout pas les revoir dans leur service, quoi ! Pensant que si ils les validaient pas, ils les retrouveraient dans leur service, en fait. » (E4).

Le rôle de la médecine du travail dans le repérage de ces internes est souvent méconnu des personnes interviewées ou jugé déficient : *« ils sont censés avoir [...] une visite de médecine du travail, hein, mais qui est en fait tout à fait... tout à fait relative. » (E4) ; « Mais est-ce qu'on a une vraie médecine du travail quand on est interne ? [...] Ben moi je dis non. Les rapports avec la médecine du travail à [...] ? En fait, ça dépend du stage où on est. [...] moi j'ai été contactée une seule fois, en premier semestre, et après plus du tout. [...] C'était vraiment, les problèmes de santé organique, mais rien à voir avec le psychique. Donc ça dépend des hôpitaux en fait. » (E12).*

4. Interventions et suivi

Les principes généraux

Pour les personnes interrogées, la prise en charge des internes en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques doit se faire avec une approche globale, considérant aussi bien les aspects médicaux et administratifs que le déroulement des stages ou le respect des obligations universitaires : *« Et puis ensuite on gère avec les affaires médicales un arrêt de travail, une mise en disponibilité, enfin on essaie de voir quelle est la gestion administrative la plus... la plus efficace. [...] Je pense que le traitement, à la fois les obliger à s'orienter sur une prise en charge médicale, aménager leur cursus, le faciliter, fléchir les stages, les accompagner, ça aide quand même pas mal, hein ! » (E13).*

L'évaluation pédagogique et les réponses éventuelles doivent être considérées et élaborées de façon collégiale : *« Et donc je les vois systématiquement, jamais seul, avec un... un conf... un ami qui est euh... PU-PH, qui est chef de service de médecine interne, donc on les voit à deux. [...] il est jamais bon je pense de recevoir les internes tout seul. » (E2).*

Les interviewés décrivent l'importance pour la gestion de ces problématiques d'une personne référente ou une structure référente identifiée des internes.

Il est mentionné dans tous les cas un accompagnement de proximité, une attitude de soutien et de conseils notamment en cas d'invalidations qu'il convient de dédramatiser : *« nous-mêmes, comme les enseignants, nous sommes convaincus que l'invalidation n'est pas forcément une punition... Y a besoin d'une formation complémentaire s'il n'y a pas eu de progression durant le semestre. » (E6).*

La singularité de ces situations complexes, justifie une approche individualisée, souvent au « cas par cas » : *« En fonction des... des... des difficultés, on va proposer à l'interne de faire tel ou tel stage, hein. Voire même c'est arrivé assez exceptionnellement mais c'est arrivé quand même, sur des internes en difficulté, de leur proposer de faire un deuxième stage chez le praticien, lorsque les compétences acquises à l'issue du premier n'étaient pas suffisantes, pour des personnes qui ont euh, qui ont un projet professionnel de faire de la médecine générale... C'est arrivé deux fois. Donc c'est très rare, mais c'est... mais on s'adapte en fait en fonction des, des situations, quoi. » (E4).*

Le caractère informel des prises en charge est souvent exprimé par les interviewés, qui sont amenés à prendre des décisions au jugé, compte-tenu de l'absence de cadre précis.

Le cheminement naturel de l'IMG en difficulté est autant que possible respecté, des attitudes de veille et de réflexion sont privilégiées dans un premier temps : *« on va leur poser la question de savoir effectivement où ils en sont dans leur réflexion par rapport à l'exercice de la médecine, hein. [...] ces internes... bon, prennent conscience de leurs difficultés au fur et à mesure de la non validation des stages, quoi. »* (E4).

Respect du secret médical et intransigeance vis-à-vis des critères de validation sont des notions jugées essentielles : *« Pour nous, les... les stages qu'ils soient hospitaliers et surtout ambulatoires, ne peuvent être validés que si l'interne a répondu aux exigences du cahier des charges, quoi. [...] Je dis toujours aux internes, qu'on a un certain nombre d'exigences, parce que ce que je délivre en tant que, en particulier en tant que coordonnateur interrégional, et c'est moi qui signe les DES de tous les internes de médecine de la région [...], ce que je signe, c'est un permis de soins, c'est pas un permis de chasse, quoi ! »* (E4).

L'unité référente

Si elle a dans certaines subdivisions une existence informelle, elle est ailleurs organisée sous différentes formes. Elle est parfois commune aux internes de toutes spécialités.

Il s'agit parfois d'un interlocuteur spécifique au sein du DMG, rarement au sein de l'ASLR. Dans certaines subdivisions, une véritable commission dédiée aux problématiques des internes en difficulté est créée, regroupant selon les endroits titulaires ou associés de médecine générale, responsables pédagogiques universitaires, responsables des ASLR. La présence du référent « internes » de l'ARS y est plus anecdotique : *« Et donc dès que nous sommes alertés, nous convoquons l'étudiant pour le rencontrer et discuter avec lui de ses problèmes. Donc soit c'est ce professeur des universités, [...], président de la commission pédagogique du troisième cycle, soit moi, soit ensemble, soit avec la personne de l'ARS, nous recevons ces étudiants. »* (E13).

La commission peut n'être destinée qu'aux internes, qui sont systématiquement convoqués en cas de problème identifié. Elle peut également convoquer les maîtres de stage en difficulté, conjointement ou séparément, en s'attachant à respecter les principes de neutralité et d'impartialité évoqués par certains interviewés : *« l'interne des fois peut être en difficulté à cause d'un maître de stage on va dire, et puis du coup on va aussi demander à voir le maître de stage, pour voir ce qui se passe exactement. »* (E12).

La réalisation d'un « diagnostic pédagogique » (E4) est la norme, même s'il n'est pas toujours formalisé en ces termes : *« Donc, oui oui, y a une commission. Alors du coup, maintenant de plus en plus elle est connue, puisque justement on le dit à chaque fois, et parce que c'est pas à visée de sanction ou quoi que ce soit, c'est vraiment à visée de soutien, et de voir ce qu'on peut faire au mieux pour aider la personne. [...] L'interne des fois peut être en difficulté à cause d'un maître de stage on va dire, et puis du coup on va aussi demander à voir le maître de stage, pour voir ce qui se passe exactement. Pour savoir. »* (E12).

Selon les subdivisions, les attributions de la commission sont variables. Il peut s'agir d'un rôle essentiellement consultatif, d'avis et de propositions à destination du maître de stage ou du coordonnateur. À d'autres endroits, la commission s'occupe de l'organisation du cursus et du suivi.

La prise en charge médicale

Elle est toujours fortement conseillée si elle n'est pas effective au moment du repérage de l'interne. Dans certains cas, l'assistance du DMG notamment en terme d'aménagement du cursus est soumise au respect préalable de cette « incitation » aux soins : *« Et la première des choses, la première question que nous posons à ces étudiants, c'est de savoir si ils ont un médecin. Un médecin traitant, éventuellement un médecin psychiatre avec lequel ils sont en liaison. Et nous leur demandons, si ce n'est pas le cas, de prendre contact, puisque nous on ne pourra pas gérer cette affaire-là. Donc c'est un engagement qu'on leur demande systématiquement. »* (E13).

L'importance d'un environnement de soins normal et indépendant est soulignée : *« nous sommes tous professionnels de santé, et on a tendance [...] à avoir envie de faire un diagnostic et proposer une prise en charge, et on est très très attentifs à ne pas faire ça. Et à dire aux gens qu'ils doivent consulter... qu'ils doivent consulter en dehors de leur famille, qu'ils doivent consulter un professionnel de santé indépendant, et qu'ils doivent se faire suivre tout à fait sérieusement. [...] Pas... comme ça, entre deux portes... »* (E9).

Le rôle du médecin traitant est plébiscité, notamment en cas de nécessité d'un arrêt de travail qui constitue parfois la thérapeutique principale. La place attribuée aux tuteurs est variable : alors que certains interviewés insistent sur leur rôle pédagogique, il arrive qu'ils se substituent au médecin traitant pour la rédaction des arrêts de travail.

L'utilisation du temps partiel thérapeutique est évoquée par une seule personne, de même que la mise en disponibilité : *« En particulier quand il y a des... des demandes particulières avec des mi-temps thérapeutiques, des choses comme ça... qui sur le plan administratif demandent de passer par la commission administrative ad hoc. Là, on fait passer par la médecine du travail, et là on a une écoute très très bienveillante du chef de service de médecine du travail vis-à-vis de ça, quand on a besoin de lui. [...] Alors c'est rare, hein ! C'est rare, mais ça peut rendre des services. »* (E9).

Un protocole d'hospitalisation libre en milieu psychiatrique, sous couvert d'anonymat, existe dans une subdivision au moins.

Pour les situations mettant en péril la pratique de l'exercice médical, le recours à une expertise indépendante est possible, bien que ses modalités de déclenchement soient mal connues de la plupart des répondants. Il s'agit généralement d'une expertise psychiatrique via le comité médical de l'ARS, après sollicitation de la médecine du travail : *« ils passent devant une commission médicale de l'ARS [...] Commissions médicales auxquelles nous ne participons pas mais entre autres, il y a des psychiatres. Et on en a eu plusieurs comme ça où un diagnostic de psychose a été euh... disons évoqué, et donc il y a un arrêt de travail qui est mis en place, et euh... lorsque l'interne repasse devant la commission, souvent il est avec un traitement neuroleptique. »* (E2).

L'aménagement des obligations universitaires

Si l'intransigeance est la règle en terme de compétences et de connaissances, il existe dans plusieurs subdivisions une flexibilité des délais pour rendre les traces universitaires exigées. Une tolérance s'exerce parfois au moment de la validation du DES : *« Ça m'est arrivé par exemple de valider au... à la soutenance du DES de médecine générale... des internes qui avaient été en grande difficulté, et donc qui n'avaient pas pu se présenter aux enseignements obligatoires, en présence obligatoire. Mais à ce moment-là, je*

les repère à l'avance, bien sûr, et je les fais passer dans un jury qui est courant. En général, j'essaie de les prendre dans mon jury [...] On règle ça en amont. » (E13).

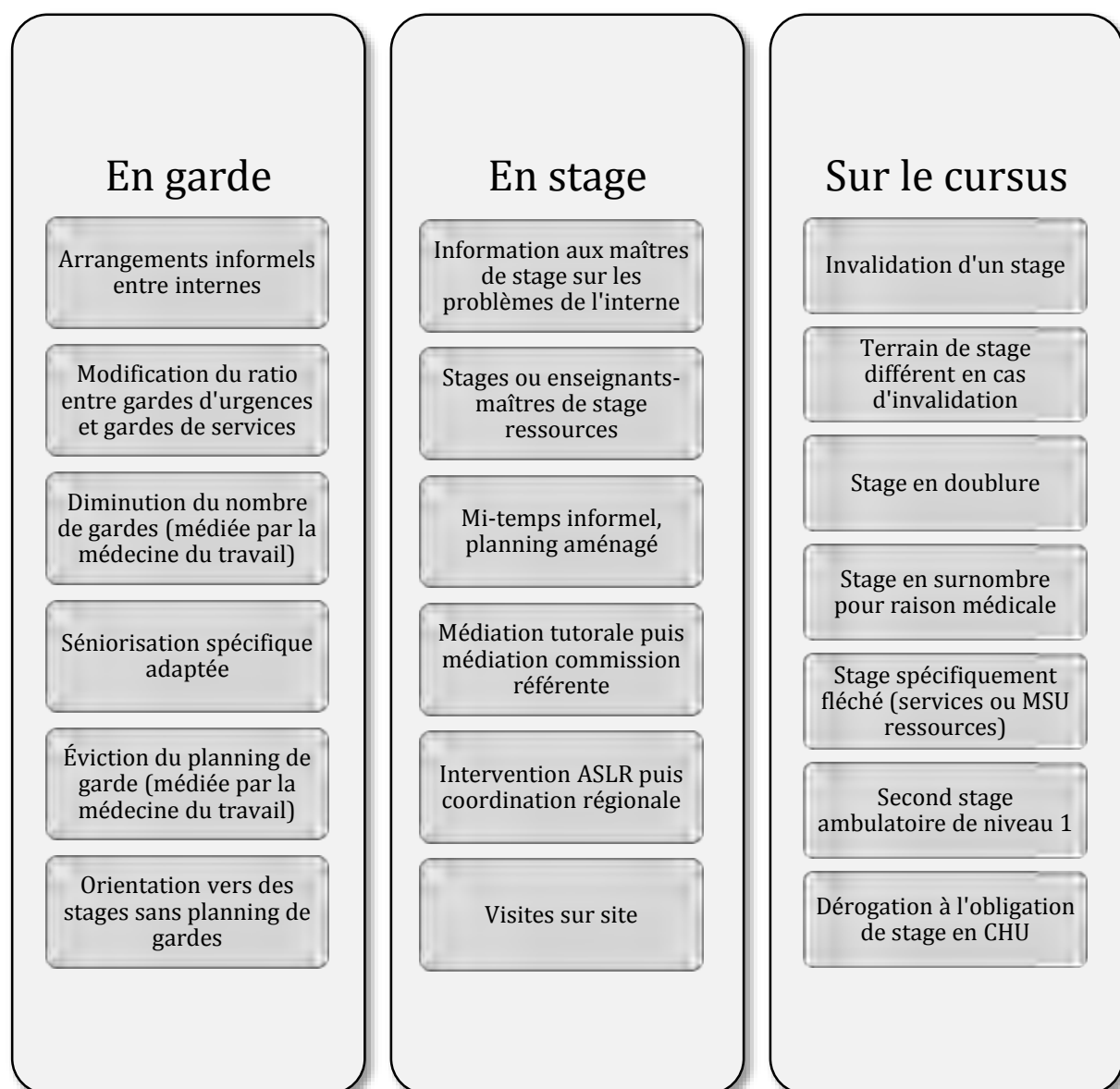
Dans une subdivision interrogée, un programme de rattrapage pédagogique peut être ordonné par la commission et élaboré avec l'interne : « Donc ils peuvent arriver à être à deux ans, trois ans voire des fois, et ils en ont pas fait la moitié ! [...] en fait, on monte avec eux, et puis en tenant informés le tuteur et les maîtres de stage, le programme de rattrapage. [...] Comment il va faire pour rattraper ses enseignements et comment il va faire pour rattraper ses... les écrits et cetera. Pour ne pas être à la fin invalidé. » (E12).

La prolongation du cursus en cas de stage invalidé et l'encadrement pédagogique renforcé permettent généralement le respect des obligations universitaires, voire une progression de la qualité des traces d'apprentissage (E8).

L'adaptation des gardes, des stages et du cursus

Les possibilités d'interventions existantes sont représentées dans la FIGURE 2.

FIGURE 2 : Éventail des interventions existantes pour prendre en charge les IMG en difficulté ou en échec



Un certain nombre d'interventions se font de façon transgressive vis-à-vis de la législation, par le biais d'arrangements informels entre les coordonnateurs de DES, les représentants d'internes, les ARS parfois : *« ça nous est arrivé de nous dire : « Ben, ce stage officiellement il tourne bien avec trois internes. On va laisser trois internes aux choix, et on va rajouter le quatrième interne via la commission des dérogations. » [...] Donc c'était un surnombre au sens propre du terme, pas au sens réglementaire. »* (E8) ; *« Invalider un stage par exemple, pour faciliter un autre stage. Demander à un chef de service d'invalidier pour que l'étudiant ne perde pas son cursus ou son rang de classement. Réorienter un stage, faciliter des... flécher... on a fléché des stages, pour que l'interne puisse reprendre son cursus dans les meilleures conditions possibles, et le moment venu. [...] ça reste entre la personne qui gère les stages à l'ARS, le président du conseil du troisième cycle, là, et moi. [...] Donc si vous voulez, ça reste totalement secret, ça échappe totalement à l'association des internes, qu'on avertit, hein. On leur dit : « Voilà, Monsieur Untel fera son stage à tel et tel endroit », et comme il y a une excellente entente avec l'association des internes, elle ne pose pas de question et ça va comme ça. »* (E13).

Dans un souci d'indépendance, la gestion des adaptations de cursus (fléchage, surnombre) peut être soumise à l'appréciation de la médecine du travail ou à une commission de dérogation : *« Et si on commence, nous, de notre propre chef, à dire : « Il faut adapter, il faut flécher un choix, il faut adapter le rythme de travail et cetera » euh... c'est la porte ouverte à toutes les fenêtres (rires), j'ai envie de dire ! Donc le fait qu'il y ait vraiment une dérogation au choix, une adaptation administrative, passe vraiment par quelqu'un d'extérieur au DMG »* (E9).

Le suivi ultérieur

Tous les interviewés insistent sur la nécessité d'un suivi individualisé et régulier, éventuellement imposé à l'IMG. En fonction des situations, il peut s'agir d'une réévaluation de la situation par la commission référente, d'un contrôle administratif des traces universitaires d'apprentissage, de rencontres avec le tuteur ou le référent au DMG, ou d'un simple suivi téléphonique de soutien : *« on essaie d'être le plus possible en soutien pendant leurs études, de leur dire de prendre des arrêts de travail autant qu'ils en ont besoin, quand ils ne sont pas en arrêt de travail de les soutenir sur le plan pédagogique pour [...] s'assurer qu'ils puissent remplir leurs obligations universitaires, valider leurs stages dans de bonnes conditions, pour voir... où ils en sont de leurs compétences. »* (E9).

De façon plus confidentielle, sont signalés un suivi par une association de soutien aux médecins en difficulté, la désignation par le DMG d'une personne ressource chargée de l'accompagnement et du suivi rapproché (notamment des traces d'apprentissage) (E4), ou le suivi par un médecin du travail référent à tous les internes (toutes spécialités confondues) (E6).

Les obstacles à la prise en charge des internes en difficulté

Ils sont répertoriés dans le TABLEAU 2.

TABLEAU 2 : Facteurs limitant la prise en charge des internes en difficulté ou en échec

Freins	Citations
Refus de prise en charge de l'interne	« il faut dire aussi que certains n'acceptent pas forcément... les conseils qui leur sont donnés, hein, de prise en charge et cetera, hein ! Voilà ! » (E5)
Limites légales au fléchage	« D'autant plus qu'on ne flèche pas les terrains de stage à [...] parce que c'est pas autorisé, sauf dans quelques cas notamment les SASPAS ¹ en CESP ² . Mais en dehors de cela, on ne flèche pas les terrains de stage, sauf pour les DESC ³ , mais pour les DESC c'est légalement autorisé. » (E7)
Surnombre réservé aux femmes enceintes ou en congé maternité	« Moi j'ai jamais obtenu, pour les internes, là... Les situations auxquelles je pense, l'ARS les reconnaît pas ! Les surnombres non plus, ça marche pas ! Il faut être enceinte. Quand t'es un mec c'est compliqué, hein ! » (E11)
Manque de communication ou de collaboration entre les acteurs	« Et ça c'est le truc qu'on découvre au moment des choix, où l'ARS dit : « Ah mais non, non, mais cet interne il est déclassé, parce qu'il a pas validé son semestre ! » Il y a un an, des fois ! C'est ça, on arrive longtemps après la bataille, en fait, hein ! D'accord ? Voilà, c'est parfois... on découvre parfois des histoires catastrophiques, hein, des parcours... » (E11)
Relations conflictuelles entre les acteurs	« Et donc ce qui fait qu'on a des praticiens qui sont connus maltraitants, qui sont connus euh... comme dépassants les bornes largement depuis longtemps, qui sont toujours maîtres de stage et qui ont toujours des internes tous les semestres ! Voilà. Donc ça, ça fait partie de nos grosses difficultés que le DMG a beaucoup de mal à entendre. » (E11)
Manque de transparence des invalidations	« Alors euh... Nous avons de gros reproches à... à faire sur une absence totale de transparence de nos enseignants sur ces questions. Beaucoup de facultés ne laissent absolument pas les internes accéder, les représentants des internes, accéder à ces réunions où ils décident d'invalider ou pas les internes. » (E6)
Manque de ressources humaines et financières	« Notre DMG est en train, je pense, d'imploser ou d'exploser, au choix. Euh... Voilà, ils ont des problématiques relationnelles majeures, ils sont submergés par la charge de travail euh... liée à l'explosion du nombre d'internes qui a pas été suivie d'explosion du nombre d'enseignants, hein ! Soyons clairs ! » (E11)
Défaillances : aptitude de complaisance, validation en suspens	« L'inaptitude ? Comment on fait l'inaptitude pour un confrère ? Ben, on laisse tomber... Ça pose plein de problèmes. » (E11) ; « je sais que des fois quand ils ont des doutes, enfin c'est plutôt avec les stages, ils font des validations en suspens, et ils voient comment ça se passe au stage d'après. » (E1)
Absence de référent ou de structure identifiée	« Non, on n'a pas de personne clairement identifiée, et surtout elle assure pas forcément le suivi. » (E7)
Difficultés à faire appliquer la législation sur le temps de travail des internes	« Et même quand ils savent quels sont leurs droits, ils arrivent pas à les faire respecter. [...] Et d'ailleurs, c'est vrai avec la réforme du temps de travail, hein ! Donc on a dit qu'il fallait que les internes travaillent moins de quarante-huit heures par semaine, mais il n'y a pas de sanction pour les hôpitaux qui n'appliqueront pas cette loi. Résultat : 100 % des CHU n'appliquent pas cette loi aujourd'hui ! Bon ben... à partir de là... » (E11)

¹ SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé. Stage réalisé par un interne de médecine générale en fin de cursus, dans un ou plusieurs cabinets libéraux. L'IMG exerce seul sous la responsabilité du praticien habilité à la maîtrise de stage, qui doit rester disponible si besoin.

² CESP : Contrat d'engagement de service public. Contrat à l'intention des étudiants et internes en médecine (et odontologie depuis 2013) qui peuvent bénéficier d'une allocation mensuelle à partir de la 2ème année des études médicales en contrepartie de l'engagement d'exercer, pendant la durée de versement de l'allocation et au minimum 2 ans, dans une zone où l'offre médicale fait défaut.

³ DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

5. Réorientation du cursus

Des possibilités limitées

Le changement d'orientation vers une autre filière médicale voire la réorientation vers une formation totalement différente est parfois une nécessité, notamment en cas de problématique psychique avérée empêchant selon toute vraisemblance la pratique de la médecine générale.

Le droit au remords est souvent évoqué comme une possibilité en cas de repérage précoce et en l'absence d'inaptitude, sous réserve d'un classement qui permette une réorientation jugée satisfaisante par l'interne. Le changement de filière apparaît souvent dans les faits comme une mesure imposée, sur la base des spécialités encore accessibles à la vue du classement aux ECN : *« Je sais que d'une manière générale, entre filières, il y a souvent des échanges. Là les chirurgiens, il y avait quelqu'un de complètement incompetent en chirurgie. Ils nous l'ont envoyé en médecine générale parce qu'il était pas... il avait rien à faire en chirurgie. Il va être dans un terrain de stage avec un senior du département de médecine générale. Et s'il est... s'il est incompetent à la suite de ce stage, il sera envoyé en médecine du travail ou en... ou carrément en épidémiologie et puis il aura pas le choix, quoi. »* (E3).

Les DESC, diplômes universitaires ou interuniversitaires vont parfois constituer une alternative, en permettant un exercice libéré des exigences relatives à la pratique de la médecine générale : *« après y a des gens qui font des choix différents, qui vont faire de l'acupuncture, qui vont faire de la médecine thermale, qui vont faire des choses comme ça, qui vont leur permettre de pas être forcément en prise directe avec euh... avec la violence du quotidien d'un médecin généraliste, j'ai envie de dire. »* (E9).

Les restrictions d'exercice sont parfois évoquées comme une solution intéressante permettant un exercice médical limité : *« Mais alors je sais plus comment ça s'est passé mais elle avait pas le droit en fait de revoir les... les patients. Elle avait pas le droit de faire de la méd... enfin de la médecine ou du... des consultations, donc en fait elle est devenue médecin... heu... qui fait le codage, je sais plus comment on appelle ça. »* (E1).

Le changement de cursus se fait parfois vers des professions paramédicales (kinésithérapeute, orthoprothésiste) sans que les équivalences éventuelles soient connues des personnes interrogées.

Des obstacles importants

Un sentiment d'impuissance est souvent évoqué devant l'absence de passerelle. Cela rend particulièrement difficile l'arrêt d'un cursus fortement investi par les IMG : *« Il faut pour l'interne qui a déjà fait huit, des fois, sept, huit, neuf ans, d'études, euh... qu'il fasse le deuil de ce qu'il avait affiché initialement pour lui et pour les siens, quoi ! [...] Donc c'est pas simple ! Hein ! Y a un vrai travail de deuil à faire, et un travail de deuil ça se fait pas en cinq minutes, hein ! »* (E4).

Un refus de réorientation peut aussi découler de la faible attractivité des spécialités accessibles, souvent peu valorisées dans la hiérarchisation des spécialités issue de la tradition médicale (psychiatrie, médecine du travail, santé publique) : *« On a eu un exemple récent, on pensait que ça pourrait être une solution pour lui, mais ça*

l'intéressait pas. [...] La pratique de la santé publique l'intéressait pas, quoi. Donc on est vraiment parfois dans des situations très compliquées. » (E5).

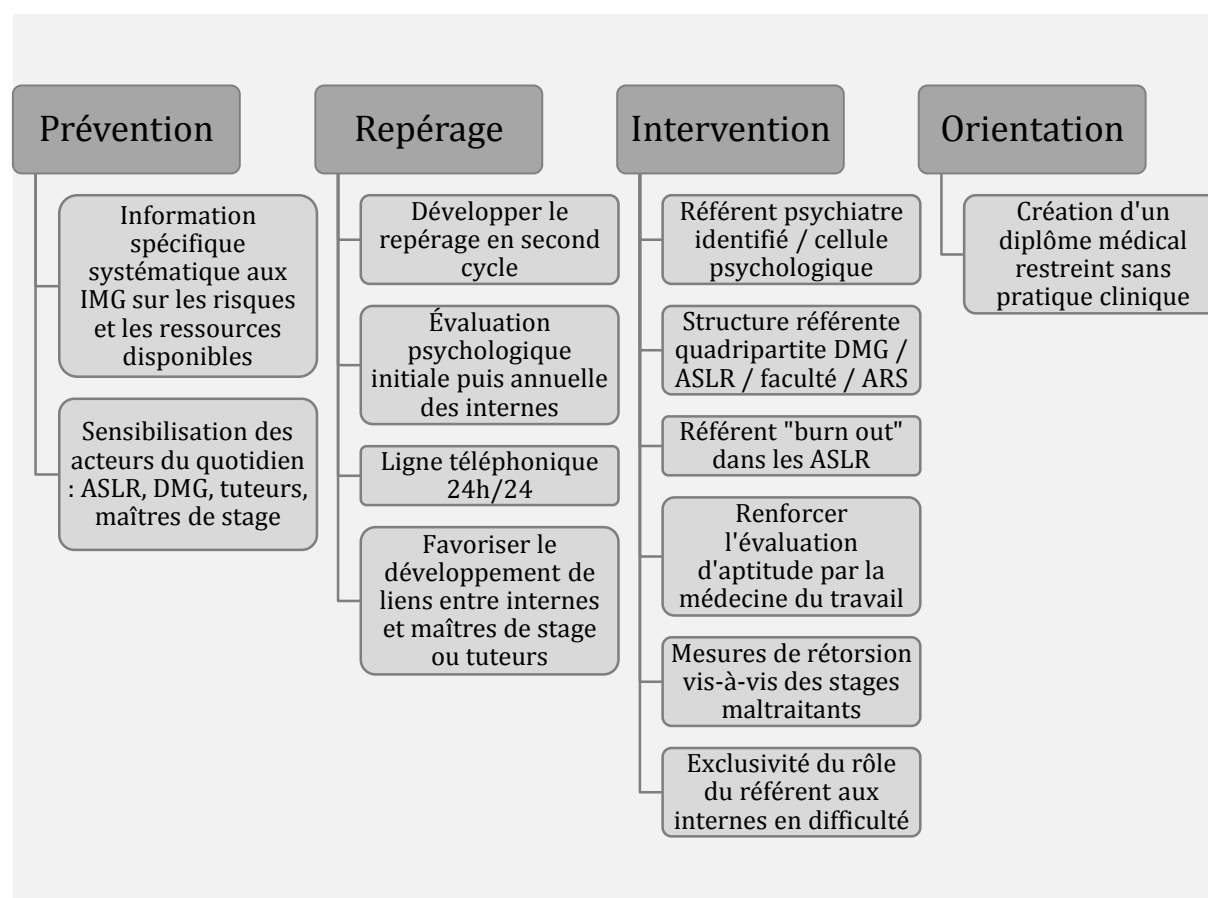
Plusieurs interviewés doutent du bien-fondé voire s'opposent à ces changements de filières dans un souci de qualité et de sécurité des soins : « Ça, c'est la grosse merde, si je peux me permettre. Ça, c'est catastrophique, ça c'est... ça, c'est catastrophique ! En fait, euh... si on les trouve avant leur quatrième semestre, y a la porte du droit au remords vers de la médecine administrative, hein ! Santé publique, médecine du travail, et où moi je trouve que c'est pas du tout une bonne solution parce que en fait, ils sont quand même amenés à faire de la médecine, ces gens ! Donc, ça c'est extrêmement compliqué ! Moi, j'ai pas de solution pour ces problèmes-là. » (E11).

Les modalités de restriction de l'exercice médical, par le biais supposé d'une décision ordinaire ou de l'ARS, sont majoritairement méconnues.

6. Des propositions à mettre en œuvre

Un certain nombre de propositions par rapport à la gestion des IMG en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques ressortent des entretiens. Elles sont regroupées dans la FIGURE 3.

FIGURE 3 : Propositions visant à améliorer la prise en charge des IMG en difficulté ou en échec



Selon plusieurs participants, la problématique justifie que des études soient actuellement menées ou projetées, sur le syndrome d'épuisement professionnel des internes et sur la santé psychologique des étudiants : *« Et après, nous sur [...] on a une grosse étude qui s'appelle [...] et qui justement essaie de voir quelles sont les personnes les plus à risque, quelles sont les méthodes pour éviter ça, et cetera. [...] Du coup, y avait six ou sept internes sur la thèse, puis chacun avait une population différente ou une méthode, enfin une méthode différente, pour combattre... en fait pour éviter le burn out, en gros. »* (E12).

DISCUSSION

I. Principaux résultats

Cette étude qualitative est la première à s'intéresser en France à la problématique des IMG en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques. Alors que le nombre de travaux sur la santé ou sur le burn out des internes va croissant, nous avons voulu avoir une approche différente. En partant du constat des difficultés parfois majeures de ces IMG voire de leur échec dans leur cursus, nous avons exploré les réponses apportées par leurs interlocuteurs privilégiés et révélé les obstacles qui entravent ces prises en charge.

Notre étude décrit quelques spécificités de ces jeunes médecins et des acteurs qui les accompagnent. Elle montre qu'il existe une multitude d'interventions possibles pour « *piloter vers un exercice... adapté à leur santé des gens dont on pense qu'ils sont aptes à soigner, même si c'est pas... comme nous, soignants dans nos cabinets* » (E9), à condition de les détecter de façon précoce, d'intervenir de façon globale, collégiale et coordonnée. Considérant que les possibilités de réorientation en cas de repérage tardif ou d'incapacité définitive à pratiquer la médecine générale sont limitées, il est justifié de développer dès à présent des solutions pratiques à apporter à ces IMG en souffrance, le plus précocement possible pendant le cursus.

II. Validité et limites de l'étude

Il s'agissait d'une première étude qualitative par un enquêteur n'ayant pas l'expérience de ce type de travaux ou des techniques d'entretien. Le choix d'une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés s'est imposé comme le plus adapté pour explorer notre question de recherche. En effet, la grande diversité des modalités de prise en charge, leur caractère informel, la singularité des situations à gérer rendaient difficile une étude descriptive par questionnaire. De plus, seule une méthode qualitative permettait d'explorer également chez les personnes interrogées le vécu affectif et émotionnel de ces situations.

Le choix d'une problématique englobant les troubles psychiques dans leur ensemble découle de notre volonté d'inclure dans le champ de recherche l'ensemble des internes de médecine générale pouvant se trouver en difficulté ou en échec du fait d'un trouble de la santé mentale. Nous ne voulions pas préjuger d'étiologies inconstamment établies ou nous préoccuper de nosographie psychiatrique.

Notre décision de se concentrer sur les interlocuteurs des internes de médecine générale permettait théoriquement de toucher un interne sur deux (33). Compte-tenu du faible ratio enseignants/internes dans la filière universitaire de médecine générale à

l'heure actuelle (34), nous augmentions ainsi la probabilité de répondants ayant l'expérience de ces prises en charge.

Le fait que l'échantillon se soit constitué sur la base du volontariat a pu réaliser un biais de sélection. Nos répondants étaient potentiellement les personnes les plus sensibilisées à notre problématique, ce qui diminue la représentativité de la population interrogée. On ne peut donc pas généraliser les modalités de prise en charge décrites dans notre étude à l'ensemble des unités de formation et de recherche en médecine. Notre postulat était que les personnes sensibilisées seraient également celles ayant la plus grande expérience des situations d'internes en difficulté, et seraient donc d'autant plus « informatives ».

Pour augmenter la représentativité de notre travail, il aurait pu être intéressant d'interroger d'autres acteurs de la prise en charge des internes, comme par exemple des tuteurs, des maîtres de stage ou des médecins du travail impliqués dans la prise en charge des IMG.

La triangulation des sources réalisée en interrogeant deux populations différentes améliore en revanche la validité interne de notre travail.

La rédaction du guide d'entretien s'est faite à partir de notre expérience et sur une bibliographie francophone initialement limitée qui a été étoffée secondairement. Les thèmes et questions du guide n'ont pas été modifiés en conséquence. Toutefois, nous n'avons pas eu l'impression au fil des interviews successives qu'un thème faisait défaut, ce qui va dans le sens d'une construction satisfaisante de notre outil.

La gestion du déroulement d'un entretien semi-directif est une technique à part entière. Elle justifierait selon nous d'une formation spécifique dans le cadre de la formation à la recherche. Malgré une préparation rigoureuse, nous avons pu constater dans certaines retranscriptions des erreurs, comme la tendance à vouloir induire certaines réponses, ou l'utilisation de questions fermées. Ces biais d'intervention ont pu, surtout lors des premiers entretiens, influencer les répondants ou induire une perte de données. À l'inverse, laisser libre cours à l'expression spontanée des interviewés a parfois engendré des digressions (dans les entretiens 6 et 11 notamment).

Il convient de noter également des remarques méthodologiques de la part d'une interlocutrice enseignante (entretien 9), qui ont perturbé le début de l'entretien et nécessité une brève mise au point.

Concernant la réalisation des interviews par téléphone qui pourrait être responsable d'une perte de données contextuelles et non verbales, des travaux ont montré que cet inconvénient est favorablement compensé par une attitude plus détendue et un stress moindre des participants. Cela favoriserait un discours libéré et la divulgation de données plus sensibles (35).

Parmi les autres biais d'information, on doit évoquer l'existence de brefs passages inaudibles qui ont été signalés dans les verbatims, malgré une double prise de son. Trois entretiens ont été brièvement interrompus (appels téléphoniques ou intervenants extérieurs). Un court passage n'a pas été retranscrit à la demande de l'interviewé de l'entretien 6. Il n'y a pas eu en revanche de refus de réponse ou de refus

d'enregistrement. Cela résulte peut-être d'une information préalable détaillée sur les modalités de confidentialité, d'anonymat et de conservation des données.

L'une des personnes interviewées (entretien 8) était connue de l'enquêteur principal, de même que certaines modalités de prise en charge dans sa subdivision. Tout cela a pu constituer un biais de subjectivité, favorisant l'émergence de certaines informations.

Du fait de contraintes logistiques (vacances scolaires), des entretiens ont dû être menés alors même que le codage des entretiens précédents n'était pas terminé, ce qui a pu limiter l'émergence de certaines notions et leur incorporation dans les entretiens suivants. De même, il aurait été plus satisfaisant de réaliser une triangulation de l'intégralité du codage, voire de déléguer à des enquêteurs multiples les différentes phases (entretien, retranscription, codage, analyse).

Toutefois, la triangulation d'un tiers des entretiens (4/13) avec confrontation des unités de sens et résolution des discordances par étude transversale, puis la présentation du codage thématique final à l'autre chercheur sont des garanties de validité de notre travail.

III. Confrontation avec la littérature et hypothèses

La situation de santé psychique des internes en difficulté ou en échec et son retentissement sur le cursus

Notre travail s'inscrit en dehors du champ habituel des travaux français sur la santé des internes de médecine générale. Dans le cadre de notre mémoire de DES, nous avons préalablement réalisé une revue de la littérature des thèses d'exercice de médecine générale sur la santé des internes. Il s'agissait majoritairement de travaux sur les habitudes de soins des internes (1,14,15,36-41), dont peu ont été publiés (3,5,13). Parmi les travaux les plus récents, on retrouvait des études qualitatives (16,42-45) s'attachant à mieux comprendre les représentations et les facteurs à l'origine de l'épuisement professionnel ou des comportements de soins. Seule la thèse réalisée par Lieurade (41) sur une population d'IMG de Midi-Pyrénées s'intéressait à la connaissance par les IMG des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel, et décrivait une « utilisation modérée des moyens disponibles en cas de besoin », et la nécessité de promouvoir les ressources existantes. Parmi les thèses incluses, aucune ne s'intéressait aux troubles de la santé mentale dans leur globalité.

Les fréquences alléguées pour les troubles psychiques varient selon nos interlocuteurs. Globalement, la prévalence rapportée des troubles psychotiques est comprise entre 1 et 2 %, ce qui est conforme aux prévalences vie-entière des données françaises et internationales (8,9). En tenant compte du nombre d'internes par subdivision (46), la proportion rapportée d'IMG en grande difficulté psychique dans leur cursus et justifiant une prise en charge par les DMG est de l'ordre de 5 à 10 %. Deux études menées à 10 ans d'intervalle aux USA sur l'ensemble des *internal medicine*

*residency programs*¹ ont montré que 73 à 94 % des programmes avaient des *problem residents*, avec une proportion moyenne de 3,5 à 7 % des *residents* (27,47). La problématique était retrouvée indifféremment dans d'autres spécialités (48,49), ce qu'affirment également plusieurs de nos répondants.

Les IMG en difficulté ou en échec sont souvent classés de différentes façons selon les intervenants. Il nous semble que les enseignants des DMG ont plus tendance à catégoriser les internes que les membres d'ASLR. Cela est peut-être lié à leur plus grande expérience de ces situations. Les critères s'articulent majoritairement autour de la nosographie psychiatrique, et du retentissement sur la capacité à exercer. Des internes ayant uniquement des problématiques de connaissances ou de compétences (en apparence du moins, comme le fait remarquer le répondant de l'entretien E5) sont également signalés. On retrouve dans les travaux sur les *problem residents* des propositions de classification (25,27) qui s'organisent plutôt autour des connaissances, compétences et comportements défailants (défaut de connaissances médicales, de sens clinique, mauvaise gestion du temps, relations inadaptées vis-à-vis des patients, etc.). Les maladies mentales y sont considérées comme des causes sous-jacentes, au même titre que le stress ou l'abus de substances. Cette différence peut être liée à la formulation de notre question de recherche.

La présence antérieure de troubles psychiques est presque systématiquement rapportée dans nos entretiens. Il peut s'agir de troubles anxieux préexistants, d'un suivi psychiatrique. De même, des difficultés engendrées sur le cursus dès le second cycle des études médicales (externat) sont fréquemment rapportées dans nos entretiens. Cela est cohérent avec certains résultats de l'étude de l'Association nationale des étudiants en médecine de France, réalisée fin 2012 auprès de 7200 externes. Près d'un étudiant sur deux disait ressentir le besoin d'une aide psychologique et pleurer au moins une fois par mois à cause de ses études. Plus de 40 % d'entre eux n'arrivaient pas à gérer leur stress, 87% avaient des troubles du sommeil imputables aux études. 12 % avaient eu un suivi spécialisé pour des troubles psychiques. 60 % des externes enfin y disaient avoir envisagé d'arrêter leur cursus (50). Les scores d'épuisement professionnel sont également élevés chez les externes français (51). Une des hypothèses que nous proposons à cela est le stress engendré par un cursus médical éprouvant, sur une population de jeunes gens sélectionnés uniquement sur la base de leurs connaissances livresques et de leurs capacités mnésiques à l'issue du concours de première année. Sans préparation ou soutien d'aucune sorte, sans valorisation de la part de leurs aînés, la confrontation brutale à la maladie, à la souffrance et aux décès de patients parfois jeunes peut largement expliquer l'émergence d'une souffrance psychique chez les étudiants en médecine.

Les troubles psychiques sont parfois à l'origine d'une sortie de l'internat ou de l'absence de soutenance de la thèse ou du DES. Toutefois, certains arrêts de cursus ne sont pas étiquetés et sont à l'origine d'étudiants véritablement « perdus de vue ». Un des interviewés (entretien 13) fait le rapprochement avec des chiffres du Conseil national de l'Ordre des médecins à propos des médecins nouvellement diplômés qui ni ne

¹ L'organisation des études médicales est très différente aux USA. L'équivalent du *residency program* est grossièrement le troisième cycle des études médicales, ou internat. *Internal medicine* ne désigne pas la spécialité de médecine interne, mais l'ensemble des spécialités médicales chez l'adulte, incluant la spécialité de médecine générale ou *family practice*.

s'installent, ni ne remplacent. Se pourrait-il qu'une partie de ces médecins sans activité corresponde à d'anciens internes psychologiquement en souffrance au point de ne pouvoir exercer ?

La sensibilisation et le repérage des IMG

La sensibilisation aux troubles de la santé mentale chez les IMG fait défaut selon les résultats de notre travail. Un seul interviewé mentionne l'existence d'une information spécifique sur l'épuisement professionnel et peu de répondants mentionnent l'utilisation de supports. Cela s'explique peut-être par une sensibilisation insuffisante des acteurs eux-mêmes sur ces problématiques. Une autre hypothèse est le caractère tabou de la souffrance des médecins évoqué par certains de nos interviewés, qui pourrait empêcher la libre évocation des problèmes de santé mentale chez les IMG.

Le repérage des IMG en difficulté passe par de nombreux canaux. Si la majorité des cas était auparavant révélée par les praticiens ambulatoires, la part des signalements par les maîtres de stage hospitaliers tend à augmenter. Cela est peut-être lié à une information accrue et à la diffusion auprès de cette population de notions pédagogiques par les DMG. Le rôle de détection des tuteurs est également mis en avant, mais des inégalités notables sont signalées. On peut supposer que l'implication des tuteurs varie en fonction de leur sensibilisation (c'est une des hypothèses de l'interviewée de l'entretien 8), mais également en fonction d'autres critères : charge de travail propre, nombre d'internes à tutorer, encadrement et formation des tuteurs par le DMG, etc. Les travaux chez les *residents* étatsuniens ont montré que les signalements de *problem residents* provenaient majoritairement des médecins en supervision directe auprès de l'interne et des enseignants, loin devant les signalements par les autres *residents*, les équipes paramédicales, les patients, les événements indésirables ou l'autosignalement (27,47).

Plusieurs de nos interlocuteurs ont mis en avant l'importance d'une détection et d'une prise en charge précoce des troubles psychiques dès le deuxième cycle des études médicales. Des préoccupations similaires, suite à plusieurs études alarmantes sur la santé des étudiants en médecine britanniques, ont conduit le *British Medical Council*, l'équivalent du Conseil national de l'Ordre des médecins au Royaume-Uni, à élaborer en 2013 un guide intitulé « Soutenir les étudiants en médecine atteints de troubles de la santé mentale » (52,53). Conçu avec le *Medical Schools Council*, ce document établit clairement qu'il est de la responsabilité des structures d'enseignement médical de s'assurer du bien-être et de la bonne santé mentale des étudiants en médecine. Il s'intéresse à l'ensemble de la problématique, du repérage des étudiants jusqu'à la transition avec le *postgraduate training*, l'équivalent du troisième cycle. Concernant le repérage, ce document conseille notamment de créer un environnement où ces pathologies sont librement évoquées, et de développer des procédures pour identifier les étudiants en difficulté. Les intervenants ciblés sont les enseignants, les tuteurs, mais aussi les étudiants plus âgés (*peers*).

Le certificat médical d'aptitude prévu par l'article R6153-7 du Code de la santé publique (54) n'est de toute évidence pas discriminant pour filtrer ou repérer les internes présentant de tels troubles. On peut évoquer plusieurs raisons pour cela, en dehors du fait indéniable qu'il est réalisé de façon très inégale selon les subdivisions et

au sein d'une même subdivision. Les hypothèses que nous proposons sont le manque de moyens humains en médecine du travail, la méconnaissance de la législation, une certaine forme de complaisance vis-à-vis des futurs confrères. Nous pensons que la piètre image dont pâtit la médecine du travail auprès de la majorité des jeunes médecins ainsi que le mythe du surhomme dans cette population ne favorisent pas l'adhésion à une visite médicale initiale pourtant obligatoire.

Les interventions et le suivi

La notion d'Unité référente en charge des problématiques d'internes en difficulté est un des résultats majeurs de notre travail, et se retrouve à tous les stades de la prise en charge. Sa constitution et ses attributions sont variables en fonction des subdivisions où elle existe, mais son rôle pédagogique est toujours prédominant. Plusieurs interviewés évoquent la nécessité qu'elle se positionne de façon impartiale et indépendante (entretien 9 et 12 notamment). Certains répondants suggèrent la création de commissions pluripartites intégrant faculté, ARS, représentants des internes et enseignants. En effet, est-il adapté que les coordonnateurs en charge de la validation des internes soient ceux-là mêmes qui décident de la nécessité d'une adaptation du cursus ? La place de la médecine du travail dans ces décisions est mise en avant par une partie des interviewés. C'est également le cas dans le rapport du *British Medical Council* précédemment cité qui suggère que les services de médecine du travail sont en mesure d'éclairer sur les ajustements nécessaires à la bonne poursuite du cursus, en tenant compte de la législation en vigueur (53).

À propos de la prise en charge pédagogique par les DMG, aucun répondant n'a mentionné l'utilisation de procédures ou d'outils standardisés visant à produire un bilan pédagogique précis des difficultés conséquentes aux troubles psychiques. Il pourrait être intéressant d'adapter des outils pédagogiques existants, tels ceux utilisés pour les résidents en difficulté de l'autre côté de l'Atlantique. Un exemple de ce type de document est présenté en ANNEXE 9, issu des travaux de Lacasse (55,56). Ce type d'analyse pourrait permettre d'évaluer au mieux les besoins pédagogiques des internes en difficulté. L'élaboration des programmes de rattrapage pédagogique mentionnés par l'interviewée de l'entretien 12 pourrait ainsi se faire sur la base de critères précis et évaluables, véritablement adaptés à l'interne.

Concernant la prise en charge médicale, l'utilisation du temps partiel thérapeutique est mentionnée par la seule répondante de l'entretien 9. L'interviewée de l'entretien 11 a mentionné cette modalité pour signaler son impuissance à la mettre en place. Il est vrai que le temps partiel thérapeutique est théoriquement possible pour les internes en médecine depuis un décret de 2010 (57) mais cette possibilité est méconnue des internes, limitée à des situations bien précises (dans les suites d'un congé longue maladie ou longue durée) et soumise à l'accord du comité médical.

C'est ce même comité médical départemental qui est saisi en cas de pathologie psychiatrique invalidante remettant en question l'aptitude à exercer. Il conviendrait de mieux préciser auprès des intervenants habituels des IMG les modalités de saisine, tant les situations donnant lieu à ce type d'interventions sont rares.

Nous avons été interpellés par la grande variabilité des solutions proposées pour adapter le déroulement des stages. La réglementation sur le sujet est théoriquement

précise, soumise à l'application de plusieurs textes législatifs (58–60). Certains ajustements, dont les fléchages vers des stages choisis spécifiquement, se font donc de façon transgressive. Seule la dérogation au stage au CHU est théoriquement possible, dans le cas où les capacités de formation de la subdivision sont insuffisantes. Le surnombre quant à lui est une disposition spécifiquement réservée aux femmes présentant une grossesse médicalement constatée. Les solutions proposées, si elles rendent souvent de grands services, sont donc rendues possibles par la connivence des différents acteurs mais engagent la responsabilité des coordonnateurs. Il conviendrait donc peut-être d'envisager une modification des textes législatifs pour encadrer ces ajustements.

La réorientation du cursus

« Complicé » est le mot qui revient le plus souvent quand on aborde la question de la réorientation des IMG dont les troubles compromettent l'aptitude à la pratique de la médecine générale.

La première problématique qui se pose est celle de l'absence d'équivalence vers d'autres filières d'études en cas d'invalidité définitive. Il ne semble pas normal que la validation des deux premiers cycles des études médicales ne puisse donner lieu à une équivalence dans un cursus d'enseignement supérieur. Il faut espérer que la création récente du Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM) sanctionnant le deuxième cycle et l'obtention des 280 crédits européens correspondant au niveau master permettront de développer de telles passerelles (61).

La seconde problématique est celle de l'aptitude à un exercice médical différent de celui de la médecine générale (autres spécialités ou exercices particuliers par le biais de diplômes universitaires ou interuniversitaires). Nous avons vu que les avis diffèrent sur cette question. Comment juger de l'invalidité à la médecine générale, vu la diversité des pratiques possibles ? Comment savoir si l'interne jugé inapte à la pratique de la médecine générale sera apte à pratiquer une autre forme d'exercice ? Comment assurer la qualité du travail fourni ? Comment assurer la qualité des soins ? Sur qui reposera la responsabilité en cas de problème ultérieur à l'obtention du titre de Docteur ?

L'Ordre des médecins s'est posé un certain nombre de ces questions (transposées aux médecins thésés) à travers le rapport Leriche de 2008 sur « Le médecin malade » (62), et a énuméré certaines propositions : remise en cause de l'unicité non fractionnable du droit d'exercer accordé par l'inscription au tableau de l'Ordre, établissement d'un droit à l'exercice partiel qui pourrait être permissif ou contraignant, création de modalités de reconversion se basant sur la validation des acquis, distinction entre invalidité totale pour dangerosité et incapacité partielle justifiant d'aménager les conditions d'exercice.

Il nous semble que ces propositions pourraient s'appliquer également aux internes, à condition bien sûr de les adapter dans le champ du cursus des études médicales.

IV. Perspectives

Notre travail ouvre plusieurs perspectives de recherche.

Il pourrait être intéressant d'évaluer par méthode quantitative les dispositions mises en place sur l'ensemble des facultés de médecine de France, en se basant sur celles que nous avons décrites dans notre étude.

Étudier le parcours universitaire des internes en difficulté ou en échec par des entretiens ouverts ou semi-structurés pourrait également permettre de mieux comprendre leurs difficultés, et de les anticiper voire de les prévenir pendant le deuxième cycle.

Un travail de traduction, de synthèse et d'adaptation aux spécificités du cursus français pourrait également être réalisé à partir des documents pédagogiques issus d'équipes ayant une expertise sur le sujet des internes en difficulté (Royaume-Uni, USA, Canada).

Un travail similaire pourrait être accompli à partir de supports faisant la promotion de la santé chez les étudiants en médecine et les internes, comme par exemple les documents en catalan de la fondation Galatea (63) ou les nombreuses ressources du site web de la Fédération des médecins résidents du Québec (64).

L'étude de la littérature et les résultats de notre travail de recherche ont contribué à l'émergence de nombreuses propositions pour améliorer la prise en charge des IMG en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques. Ces propositions sont réunies en ANNEXE 10.

La question de la gestion de ces internes s'intègre selon nous dans une problématique plus globale sur la façon de prévenir et de gérer les problèmes de santé mentale chez les médecins, c'est pourquoi il convient d'associer l'ensemble des acteurs institutionnels à cette réflexion.

CONCLUSION

La santé mentale des internes en médecine fait l'objet d'une préoccupation croissante depuis plusieurs années. 60 % des internes de médecine générale français présentaient en 2011 un score élevé dans une des trois dimensions du burn out. D'autres troubles psychiques sont également retrouvés dans cette population soumise à un cursus éprouvant. Ces troubles vont avoir un retentissement parfois conséquent sur le déroulement du cursus.

Notre étude qualitative a exploré à partir d'entretiens semi-dirigés les modalités existantes pour prendre en charge ces internes en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques. Ces interviews ont été réalisées auprès d'enseignants de départements de médecine générale et auprès d'internes représentants associatifs ou syndicaux, dans différentes subdivisions de France métropolitaine, en 2015.

Bien que différentes catégories d'internes soient proposées, la majorité d'entre eux présente des caractéristiques communes, notamment le fait que les troubles aient débuté antérieurement à l'internat.

Le repérage de ces internes peut se faire de multiples façons, permettant ainsi de pallier le défaut de leur identification pendant l'externat. Il s'y oppose un certain nombre de freins intrinsèques, organisationnels et la défaillance de certains effecteurs.

La prise en charge doit être globale, individualisée, collégiale. L'adhésion de l'interne à des soins adaptés à son état de santé psychique est un prérequis capital. La réalisation d'un diagnostic pédagogique va donner lieu à des aménagements de la formation, dont la mise en place est variable selon les subdivisions. Il peut s'agir d'actions sur le déroulement du cursus, d'ajustements sur les gardes ou les stages, ou d'adaptations des obligations universitaires. La coordination et le suivi de ces modalités s'organisent le plus souvent via une unité référente dont la nature et les attributions sont variables.

Les possibilités de réorientation des internes de médecine générale en échec sont d'autant plus limitées que le repérage est tardif, et ne sont pas forcément compatibles avec les souhaits des intéressés. Le problème de la qualité et de la sécurité liées à l'exercice de ces internes est soulevé.

Notre travail appréhende de façon approfondie la problématique des internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques, de leur identification jusqu'à leur accompagnement à tous les niveaux de la formation. Il convient désormais de sensibiliser l'ensemble des acteurs intervenant auprès de ces internes, et de développer des outils de prévention et d'intervention adaptés, en tenant compte des obstacles identifiés.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guinaud M. Évaluation du burn out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés [Thèse d'exercice]. Université de Paris-Val-de-Marne; 2006.
2. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer*. oct 2010;46(15):2708- 15.
3. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exerc Rev Fr Médecine Générale*. mars 2012;23(101):72- 8.
4. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier Grenoble 1; 2011.
5. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. mars 2013;63(608):e217- 24.
6. Canoui P, Mauranges A. 3 - Limites du syndrome d'épuisement professionnel. In: *Le burn out à l'hôpital (4e édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2008. p. 18- 43. Disponible sur : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294704680500038>
7. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cité 1 mars 2015]. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
8. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. avr 2005;31(2):182- 94.
9. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. févr 2008;166(1):63- 70.
10. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Le Galudec M, Loddé B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. *Presse Médicale*. avr 2015;44(4, Part 1):e84- 91.
11. De Villelongue C. Les pratiques d'automédication chez les internes en médecine générale d'Île de France en 2008-2009 [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2010.
12. Deforge T. Les habitudes de soins des internes de la région Champagne-Ardenne en 2012 toutes spécialités confondues. [Thèse d'exercice]. Université de Reims Champagne-Ardenne; 2012.
13. Le Quintrec T, Penneau-Fontbonne D, Garnier F, Fanello S. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. *Arch Mal Prof Environ*. sept 2013;74(4):369- 79.
14. Schreck C. Comment les internes de Rennes prennent-ils en charge leur santé, sur le plan préventif, physique et psychique ? [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2013.
15. Koyadinovitch C. L' état de santé physique et mentale des internes en médecine générale : états des lieux en Ile-de-France. [Thèse d'exercice]. Université Paris-Est Créteil; 2014.

16. Prud'homme A, Richard A. Pourquoi les internes en médecine de France métropolitaine pratiquent l'automédication et l'autoprescription? Étude qualitative. [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier Grenoble 1; 2013.
17. Rubin R. Recent suicides highlight need to address depression in medical students and residents. JAMA. 5 nov 2014;312(17):1725- 7.
18. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. Ann Intern Med. 2 sept 2008;149(5):334- 41.
19. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ. 1 mars 2008;336(7642):488- 91.
20. Venus E, Galam E, Aubert J-P, Nougairede M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. BMJ Qual Saf. avr 2012;21(4):279- 86.
21. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. Ann Intern Med. mars 2002;136(5):358- 67.
22. Goodman CJ, Lindsey JI, Whigham CJ, Robinson A. The problem resident: the perspective of chief residents. Acad Radiol. 2000;7(6):448- 50.
23. Yao DC, Wright SM. The challenge of problem residents. J Gen Intern Med. 2001;16(7):486- 92.
24. Vaughn LM L, Baker R, Thomas D. The problem learner. Teach Learn Med. 1998;10:217- 22.
25. Steinert Y. The « problem » junior: whose problem is it? BMJ. 17 janv 2008;336(7636):150- 3.
26. Borus JF. Recognizing and managing residents' problems and problem residents. Acad Radiol. 1997;4(7):527- 33.
27. Yao DC, Wright SM. National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents. JAMA. 6 sept 2000;284(9):1099- 104.
28. ISNAR-IMG. Procès verbal du Conseil d'Administration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG, Rennes, 23-24-25 octobre 2009. 2010 p. 10/71.
29. ISNAR-IMG. Procès verbal du Conseil d'Administration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG, Clermont-Ferrand, 02-03-04 avril 2010. 2010 p. 6,14,16- 7/69.
30. Britten N. Qualitative interviews in medical research. BMJ. 22 juill 1995;311(6999):251- 3.
31. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142- 5.
32. ISNAR-IMG. Précis à l'usage des futurs Internes de Médecine Générale ECN 2014 [Internet]. 2014 [cité 4 févr 2015]. Disponible sur : <http://www.isnar-img.com/content/villes-de-france>
33. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision [Internet]. JORF n°0161 du 13 juillet 2014 page 11794 texte n° 17 juill 10, 2014. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2014/7/10/AFSH1416662A/jo/texte>
34. Collège national des généralistes enseignants. Effectifs d'enseignants et d'étudiants en

médecine générale - Une situation de plus en plus tendue dans les facultés de médecine. [Internet]. 2014 [cité 18 sept 2015]. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_avril_2014_effectifs_denseignants_et_detud/

35. Novick G. Is there a bias against telephone interviews in qualitative research? *Res Nurs Health*. août 2008;31(4):391- 8.

36. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes en médecine générale à la Faculté de Médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. [Thèse d'exercice]. Université de Strasbourg; 2009.

37. Thévenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile-de-France et le Languedoc-Roussillon. [Thèse d'exercice]. Université Pierre et Marie Curie; 2011.

38. Dast J. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out chez les internes de médecine générale rennais en 2012 [Thèse d'exercice]. Université de Rennes 1; 2013.

39. Quesnot A. Épidémiologie du burnout : quels sont les facteurs professionnels liés au burnout chez les internes de médecine générale de Caen ? [Thèse d'exercice]. Université de Caen; 2013.

40. Ridet O. Comment les internes en médecine générale prennent-ils en charge leur propre santé ? Enquête menée auprès des internes en médecine générale de la faculté de Poitiers. [Thèse d'exercice]. Université de Poitiers; 2013.

41. Lieurade C. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale : enquête chez les internes toulousains. [Thèse d'exercice]. Université Paul Sabatier Toulouse 3; 2014.

42. Monfort A. Satisfaction des internes de Médecine Générale : étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d'exercice]. Université de Bretagne Occidentale; 2012 [cité 19 mai 2015]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01001726/document>

43. Bellin G. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale : quelles en sont leurs connaissances et leurs représentations ? [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.

44. Bouteiller M, Cordonnier D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine : analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. Université Joseph Fourier Grenoble 1; 2013.

45. Lestienne Crémère M. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Paris Descartes; 2014 [cité 19 mai 2015]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01100440/document>

46. Ministère des affaires sociales et de la santé. Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision [Internet]. JORF n°0163 du 14 juillet 2012 page 11573 texte n° 19 juill 10, 2012. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2012/7/10/AFSH1228896A/jo/texte>

47. Dupras DM, Edson RS, Halvorsen AJ, Hopkins RH, McDonald FS. « Problem Residents »: Prevalence, Problems and Remediation in the Era of Core Competencies. *Am J Med*. avr 2012;125(4):421- 5.

48. Janower ML. The problem resident. *Acad Radiol*. 2000;7(6):393- 4.

49. Tabby DS, Majeed MH, Schwartzman RJ. Problem neurology residents A national survey. *Neurology*. 14 juin 2011;76(24):2119- 23.

50. Association Nationale des Étudiants en Médecine de France. Conditions de travail et de formation des étudiants en médecine [Internet]. ANEMF; 2013 [cité 31 mai 2015] p. 36. Disponible sur : http://anemf.net/conf/Enquete_Condition_de_travail_des_etudiants_en_medicine.pdf
51. Ladner J, Tavalacci M-P. Prévalence de l'épuisement professionnel (EP), stress et facteurs associés chez les étudiants en médecine. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. sept 2014;62, Supplement 5:S204.
52. Matthew Billingsley. More than 80% of medical students with mental health issues feel under-supported, says Student BMJ survey [Internet]. Student BMJ. 2015. Disponible sur : <http://student.bmj.com/student/view-article.html?id=sbmj.h4521#ref6>
53. General Medical Council, Medical Schools Council. Supporting medical students with mental health conditions [Internet]. 2013 [cité 17 sept 2015]. Disponible sur : http://www.gmc-uk.org/Supporting_students_with_mental_health_conditions_0715.pdf_53047904.pdf
54. Code de la santé publique - Article R6153-7 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
55. Lacasse M, Théorêt J, Skalenda P, Lee S. Situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale Outils novateurs et structurés pour l'évaluation, le diagnostic pédagogique et la prise en charge. Partie 1: cueillette des données. Can Fam Physician. 4 janv 2012;58(4):e234- 7.
56. Lacasse M, Théorêt J, Skalenda P, Lee S. Situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale Outils novateurs et structurés pour l'évaluation, le diagnostic pédagogique et les interventions. Partie 2: examen objectif, diagnostic et plan. Can Fam Physician. 7 janv 2012;58(7):e418- 20.
57. Code de la santé publique - Article R6153-18-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
58. Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche. Décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales. JORF n°15 du 18 janvier 2004 page 1394 texte n° 14 janv 16, 2004.
59. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°233 du 6 octobre 2004 page 17076 texte n° 23 sept 22, 2004.
60. Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine. JORF n°0199 du 28 août 2010 page 15668 texte n° 38 août 10, 2010.
61. Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales. JORF n°0095 du 23 avril 2013 page 7097 texte n° 30 avr 8, 2013.
62. Leriche B, Biencourt M, Bouet P, Carton M, Cressard P, Faroudj JM, et al. Le médecin malade - Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins [Internet]. Conseil nation de l'Ordre des médecins; 2008 [cité 3 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lemedecinmalade.pdf>
63. Fundació GALATEA. Programmes de promotion de la santé [Internet]. Fundació GALATEA. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur : http://www.fgalatea.org/fra/prog_promocio.htm
64. Fédération des médecins résidents du Québec. Santé/Bien-être [Internet]. FMRQ. [cité 18 sept 2015]. Disponible sur : <http://www.fmrq.qc.ca/ressources-et-services/sante-bien-etre/top-10>

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Extraits issus de procès-verbaux de conseils d'administration de l'ISNAR-IMG,
datant de 2009 et 2010 41

ANNEXE 2 :

Courriel de mise en contact avec les ASLR 42

ANNEXE 3 :

Courriel de mise en contact avec les DMG 43

ANNEXE 4 :

Document de présentation de l'étude 44

ANNEXE 5 :

Documents de mise en conformité légale et déclaration informatique et libertés 45

ANNEXE 6 :

Demande d'autorisation et d'avis à la Commission Éthique du DMG de
Midi-Pyrénées 54

ANNEXE 7 :

Caractéristiques de l'échantillon 56

ANNEXE 8 :

Verbatims des entretiens 57

ANNEXE 9 :

Feuille de consultation pédagogique 220

ANNEXE 10 :

Propositions visant à prévenir ou à améliorer la prise en charge des situations
d'internes de médecine générale en difficulté ou en échec du fait de troubles
psychiques 231

ANNEXE 1 : Extraits issus de procès-verbaux de conseils d'administration de l'ISNAR-IMG, datant de 2009 et 2010

« On est dans un « no man's land » pour ce qui est de la santé. Il y a quelque chose à faire pour que les IMG soient mieux pris en charge. Nous, on a eu un collègue qui s'est suicidé en juillet, une autre hospitalisée en psychiatrie et une autre qui ne va pas bien du tout... (...) il serait bénéfique d'avoir quelqu'un qui intervienne sur notre santé (...). »

« À propos des semestres invalidés, on a une interne qui a trois invalidations sur cinq semestres. Un ou deux internes par an posent problème. Le département ne sait pas quoi faire et demande s'il y a d'autres cas en France.

– Oui, des internes posent souci, ce sont souvent des cas « psy » (pas toujours) mais en l'absence de tout contrôle pendant les études de médecine... Le décret du 3^{ème} cycle fixe une durée maximale pour le DES, mais du coup ces internes vont se retrouver simplement virés sans solution de reclassement. Le problème est que certaines situations passent, car les chefs de service ne veulent pas avoir deux fois ces internes dans leurs services...

– On a un interne qui pose problème depuis plusieurs semestres, son rang de classement ne lui permettait rien d'autre... Nous avons eu des discussions entre moi, le DUMG et la DRASS¹. Ils se relancent un peu la balle. Il est allé en biologie le semestre dernier, ça s'est très mal passé, ce semestre il est en médecine du travail. Il m'a contacté pour me rencontrer, on va voir avec le DUMG (...) ce qu'on va faire. »

« Le souci est de repérer ces internes tôt. On a un manque de communication entre les hôpitaux et les DUMG. Par exemple, quand il y a des interdictions de gardes. Mais si le chef ne fait pas de retour au DUMG... Comme ça très tôt, on pourrait mieux dépister les internes.

– On a eu le problème avec une interne de pédiatrie : elle a été reçue par la médecine du travail, le DUMG n'a pas géré. Cette interne a été formée sur (...) et en tant qu'externe il y avait déjà eu des problèmes visiblement. On a tous un papier signé par un PH qui dit qu'on est apte. Faudrait-il un entretien entre plusieurs acteurs avant ? »

ISNAR-IMG. Procès verbal du Conseil d'Administration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG, Rennes, 23-24-25 octobre 2009. 2010 p. 10/71.

ISNAR-IMG. Procès verbal du Conseil d'Administration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG, Clermont-Ferrand, 02-03-04 avril 2010. 2010 p. 6,14,16,17/69.

¹ DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Elles ont été supprimées par la loi Hôpital, patients, santé et territoire du 21 juillet 2009, leurs attributions touchant à la santé publique et au secteur médico-social sont désormais gérées par les agences régionales de santé.

ANNEXE 2 : Courriel de mise en contact avec les ASLR

Objet du mail : Mise en relation avec un interlocuteur du syndicat ou de l'association des internes de médecine générale volontaire pour participer à une étude qualitative nationale sur les internes de médecine générale en difficulté ou en échec professionnel.

Toulouse, le XX Avril 2015

Madame, Monsieur,

Médecin généraliste remplaçant, inscrit en thèse à la faculté de médecine Rangueil de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, je vous contacte dans le cadre de mon travail de recherche dirigé par le Dr Anne-Lise YVERNÈS, intitulé :

« *Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ?* ».

Nous cherchons à joindre la ou les personne(s), au sein de votre association ou syndicat local représentatif des internes de médecine générale, s'occupant préférentiellement des problématiques de santé des internes et des situations d'internes en difficulté dans le cadre de leurs stages et/ou de leurs études universitaires, du fait notamment de troubles psychiques.

Il peut s'agir du président de la structure, du secrétaire, d'un vice-président, d'un membre actif, etc.

Nous réalisons une **étude qualitative par entretien semi-dirigé**.

L'objectif de notre travail est de faire un **état des lieux des modalités existantes pour appréhender ces internes en difficulté**.

Nous sollicitons pour cela un rendez-vous téléphonique avec la ou les personnes les plus sensibilisées à cette problématique, d'une durée prévisible d'environ 30 minutes. Un document synthétique en pièce jointe vous présente les modalités de notre étude.

Merci de me permettre d'entrer en contact avec cette personne en lui transmettant ce courriel comportant mes coordonnées ci-dessous, pour qu'elle puisse me joindre dans le cas où elle souhaiterait participer. Si plusieurs personnes s'occupent de ces problématiques, merci de transmettre ce courriel à chacune d'entre elles.

En vous remerciant par avance de faciliter ce travail, je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses.

David CLÉMENÇON, thésard.



Dr Anne-Lise YVERNÈS, directrice de thèse.



M. David CLÉMENÇON, interne de médecine générale, thésard.

(Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 9)

Portable : 06 63 61 70 68

Courriel : david.clemencon@gmail.com

Adresse : Cabinet médical du Dr A.L. YVERNÈS - 11 Rue Lucien Cassagne - 31390 CARBONNE

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande auprès de : David Cléménçon, david.clemencon@gmail.com, 06 63 61 70 68.

ANNEXE 3 : Courriel de mise en contact avec les DMG

Objet du mail : Mise en relation avec un interlocuteur du DMG volontaire pour participer à une étude qualitative nationale sur les internes de médecine générale en difficulté ou en échec professionnel.

Toulouse, le XX Avril 2015

Madame, Monsieur,

Médecin généraliste remplaçant, inscrit en thèse à la faculté de médecine Rangueil de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, je vous contacte dans le cadre de mon travail de recherche dirigé par le Dr Anne-Lise YVERNÈS, intitulé :

« *Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ?* ».

Nous cherchons à joindre la ou les personne(s), au sein du département de médecine générale (DMG) de votre faculté, s'occupant préférentiellement des problématiques de santé des internes et des situations d'internes en difficulté dans le cadre de leurs stages et/ou de leurs études universitaires, du fait notamment de troubles psychiques.

Il peut s'agir du coordinateur du DES ou du directeur du DMG, du directeur des études, d'un enseignant, etc.

Nous réalisons une **étude qualitative par entretien semi-dirigé**.

L'objectif de notre travail est de faire un **état des lieux des modalités existantes pour appréhender ces internes en difficulté**.

Nous sollicitons pour cela un rendez-vous téléphonique avec la ou les personnes les plus sensibilisées à cette problématique, d'une durée prévisible d'environ 30 minutes. Un document synthétique en pièce jointe vous présente les modalités de notre étude.

Merci de me permettre d'entrer en contact avec cette personne en lui transmettant ce courriel comportant mes coordonnées ci-dessous, pour qu'elle puisse me joindre dans le cas où elle souhaiterait participer. Si plusieurs personnes s'occupent de ces problématiques, merci de transmettre ce courriel à chacune d'entre elles.

En vous remerciant par avance de faciliter ce travail, je vous prie d'agréer mes salutations respectueuses.

David CLÉMENÇON, thésard.



Dr Anne-Lise YVERNÈS, directrice de thèse.



M. David CLÉMENÇON, interne de médecine générale, thésard.

(Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 9)

Portable : 06 63 61 70 68

Courriel : david.clemencon@gmail.com

Adresse : Cabinet médical du Dr A.L. YVERNÈS - 11 Rue Lucien Cassagne - 31390 CARBONNE

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande auprès de : David Cléménçon, david.clemencon@gmail.com, 06 63 61 70 68.

ANNEXE 4 : Document de présentation de l'étude

M. David CLÉMENÇON, interne de médecine générale, thésard.

(Université Toulouse III - Paul Sabatier. Faculté de médecine Rangueil - 133 Route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 9)

Portable : 06 63 61 70 68

Courriel : david.clemencon@gmail.com

Adresse : Cabinet médical du Dr A.L. YVERNÈS - 11 Rue Lucien Cassagne - 31390 CARBONNE

Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ?

Médecin généraliste remplaçant, je réalise actuellement une étude dans le cadre de ma thèse de médecine à l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, dirigée par le Dr Anne-Lise Yvernès.

L'idée de notre recherche est partie du constat suivant : régulièrement, des internes de médecine générale (IMG) se retrouvent dans des situations difficiles voire en situation d'inaptitude à leurs fonctions, du fait de troubles psychiques. Ces troubles peuvent être anciens, diagnostiqués ou non, ou apparaître pendant l'internat. Ils peuvent être secondaires à l'exercice médical.

Nous avons donc souhaité répondre à la question suivante : comment ces internes sont-ils pris en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ?

Nous aimerions faire l'état des lieux des façons d'appréhender ces internes en difficulté, telles qu'elles sont organisées et vécues par les associations et/ou syndicats d'internes et par les départements de médecine générale, interlocuteurs privilégiés des IMG.

Modalités de l'étude

Nous réalisons une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, téléphoniques et facultatifs. Il s'agit d'une discussion sur la thématique annoncée. La durée prévue pour l'entretien est d'environ 30 minutes.

Quelques questions générales précéderont l'entretien afin de préciser le contexte dans votre faculté (localisation, effectifs en enseignants et IMG, etc.).

Vous pourrez sans justification refuser de répondre à certaines questions ou refuser d'aborder certains thèmes.

Pour les besoins de l'étude, l'entretien est susceptible d'être enregistré, sous réserve d'un accord verbal préalable. L'enregistrement sera retranscrit et anonymisé, puis détruit. Le verbatim sera conservé et versé en support du travail de thèse.

Diffusion des résultats de l'étude : sous la forme de résultats agrégés.

Sur simple demande de votre part à l'adresse électronique ci-dessus, les résultats finaux de notre étude pourront vous être transmis, ainsi qu'une copie de la retranscription de votre entretien.

Déclaration d'intérêts : nous n'avons aucun conflit d'intérêts à déclarer en relation avec cette étude.

David CLÉMENÇON, thésard.

Dr Anne-Lise YVERNÈS, directrice de thèse.

Pour mener l'étude exposée, des données personnelles vous concernant sont collectées (nom, prénom, genre, âge, statut, structure d'appartenance, fonction au sein de la structure, adresses professionnelles postale et électronique, numéro de téléphone à usage professionnel, voix et conversation, contexte spatio-temporel, appartenance syndicale pour les IMG sans précision sur le nom du syndicat, fonction syndicale de l'IMG le cas échéant) et font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer l'entretien auquel vous avez accepté de participer. Les critères liés à l'appartenance syndicale ne seront pas exploités dans les résultats de l'étude.

Lors de cet entretien, il vous est recommandé de ne fournir aucune donnée personnelle concernant les internes en difficulté que vous êtes amené(e) à suivre dans le cadre de votre activité.

Les destinataires de ces données personnelles sont : David Cléménçon, thésard, et le Dr Anne-Lise Yvernès, médecin et directrice de thèse. Un médecin supplémentaire habilité à l'analyse et au codage des données accèdera à la retranscription des entretiens.

Toutes les données personnelles collectées (y compris les enregistrements bruts) seront supprimées au moment de l'analyse des résultats traités anonymement (au plus tard un an à compter de la date de collecte).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent durant la période de pré-analyse, pendant laquelle vos données personnelles seront conservées.

Vous pouvez exercer ces droits sur simple demande auprès de : David Cléménçon, david.clemencon@gmail.com, 06 63 61 70 68.

ANNEXE 5: Documents de mise en conformité légale et déclaration informatique et libertés

Direction générale des services Service informatique et libertés Affaire suivie par Florence Celen Tél. : + 33 5 61 55 00 00 Fax : + 33 5 61 55 00 00 cil@univ-tlse3.fr Références BE15003CIL	 UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES	
Toulouse, le 16-04-2015		
BORDEREAU D'ENVOI		
Documents	Nombre	OBSERVATION
Objet : Mise en conformité légale		
Déclaration informatique et libertés relative au traitement de données à caractère personnel mis en œuvre par un étudiant UT3 dans le cadre du Projet de recherche (Thèse) intitulé : Etude qualitative nationale sur la prise en charge, dans les facultés et hôpitaux français en 2015, des internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques	1 dossier complet	Régime déclaratif : Déclaration normale, réalisée conformément aux obligations légales (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Cette déclaration est soumise à votre signature en tant que Responsable du Traitement décrit. Elle sera ensuite portée au registre des traitements de données personnelles de l'UT3 par le CIL.
Signature :		Florence CELEN Correspondant informatique et libertés Université Toulouse III - Paul Sabatier 
Université Toulouse III - Paul Sabatier Bâtiment 1A - B 27 118 route de Narbonne 31062 Toulouse Cedex 9 www.univ-tlse3.fr		

Signalement CNIL du 09-03-2015 relatif à la téré déclaration n° 1640031 du 01-03-2015 réalisée au nom de l'UT3 sur le site CNIL.

Instruction CIL : Echanges avec l'étudiant concerné / Période du 10-03-2015 au 16-04-2015
Détermination du régime déclaratif

Rendez-vous téléphonique CIL / D. Cléménçon du 01-04-2015

Objet : Synthèse des recommandations de protection des données pour mise en œuvre du projet de recherche cité en entête conformément à la loi

Vu l'appartenance du déclarant à l'Université Toulouse III - Paul Sabatier (étudiant inscrit en faculté de médecine de Rangueil) ;

Vu le projet de recherche, validé par la faculté de médecine dans le cadre du cursus de formation de l'étudiant ;

Vu l'instruction de conformité légale CIL et les compléments d'information apportés par le déclarant sur le projet de recherche envisagé ;

Vu les échanges CIL / CNIL sur la détermination du régime déclaratif du projet de recherche.

Considérant l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, responsable de traitement de données personnelles ;

Considérant l'étudiant et sa structure de rattachement UT3, service chargé de la mise en œuvre du projet de recherche.

Il résulte après instruction que le projet de recherche référencé peut être mis en œuvre dans les conditions décrites ci-dessous, conformes à la loi n° 78-17 du 06-01-1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés :

Sur le responsable du traitement de données personnelles	Université Toulouse III - Paul Sabatier est Responsable du traitement de données D. Cléménçon, étudiant à la Faculté de médecine de Rangueil, diplôme d'études spécialisées de médecine générale (3^{ème} cycle du DES - thèse)
Sur la finalité du traitement de données personnelles	Travail de recherche réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat de médecine générale / Etude qualitative par entretiens (facultatifs) téléphoniques semi-dirigés auprès des : - Enseignants de différents départements universitaires de médecine générale (DUMG) de France ; - Internes appartenant à des associations et/ou syndicats locaux représentatifs des internes de médecine générale (IMG). > Environ 30 personnes. Finalité du traitement : Etude qualitative nationale sur la prise en charge, dans les facultés et hôpitaux français, des internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques. Objectif du travail de thèse : Dresser un état des lieux des méthodes et protocoles pour la prise en charge des internes de médecine en difficulté. Constitution d'un fichier de contacts, d'un guide d'entretien/formulaire de collecte d'informations et d'enregistrements vocaux des conversations téléphoniques. L'enregistrement de conversations a pour seule finalité la retranscription à bref délai. Pas d'accès envisagé à un Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI).

Sur les données traitées

Les catégories de données personnelles collectées concernent les répondants à l'entretien et sont les suivantes :

Fichier de contacts : nom, prénom, organisme d'appartenance, statut, fonction au sein de l'organisme, adresses postale et électronique professionnelles, numéro de téléphone à usage professionnel.

Guide d'entretien/Formulaire : genre (Homme/Femme), âge, fonction, localisation : organisme et service concerné, voir et conversation, appartenance syndicale (MG sans précision sur le nom du syndicat ; fonction syndicale de l'IMG le cas échéant ; contexte spatio-temporel de l'interviewé au moment de l'interview (bureau, lieu privé, bruit, calme).

Aucune information nominative n'est collectée concernant des internes de médecine générale en difficulté.

Attention :

- Veiller à ne pas faire de collecte excessive de données par rapport à l'objet de l'étude ;
- Les opinions politiques et l'appartenance syndicale sont des données sensibles interdites de collecte (art. 8 loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, informatique et libertés), ces critères ne doivent donc pas être exploités et ne doivent pas être susceptibles d'être révélés à l'issue de l'étude ;
- Aux recoupements possibles de l'information et aux données indirectement identifiantes. Les retranscriptions de conversation et les résultats de l'étude doivent être anonymisés (ne plus permettre d'identifier une personne directement ou indirectement).

Sur les destinataires des données

Accès à toutes les données collectées : L'étudiant et son Directeur de thèse.
Accès aux retranscriptions uniquement : 1 personne habilitée et sensibilisée à la stricte confidentialité des données accédées, chargée d'aider à l'analyse et au codage des entretiens.

>>> Ces destinataires n'appellent pas d'observation particulière.

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les personnes interviewées sont informées de leurs droits d'accès, de rectification et de suppression par mention légale portée sur les 4 documents transmis dans le cadre de l'étude, soit :

- 1 courriel de présentation et recherche de volontaires pour participer à l'étude, transmis pour diffusion aux intéressés auprès des secrétariats des départements de médecine générale des facultés de médecine françaises, aux associations et syndicats d'internes de médecine générale ;
- 1 courriel d'information adressé aux volontaires qui se seront manifestés auprès de l'étudiant pour participer à l'étude ;

Sur l'information et le droit d'accès

- 1 entretien téléphonique semi-directif (script d'appel) ;
- 1 guide d'entretien / formulaire de collecte de données.

L'enregistrement des conversations est porté à la connaissance et soumis à l'accord verbal préalable de chaque participant à l'étude, recueilli systématiquement avant chaque entretien téléphonique.

Mentions légales rédigées et proposées par le CIL UT3 sur les 4 documents cités.

>>> Ces modalités d'information et d'exercice des droits des personnes apparaissent suffisantes. L'information écrite proposée est complète et respecte la réglementation. Elle ne se substitue pas à l'information orale délivrée par l'investigateur aux participants à l'entretien au moment de la prise de contact téléphonique.

	L'accès physique aux traitements est protégé (bâtiment ou local sécurisé). Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (mot de passe individuel). L'enregistrement d'un entretien est réalisé intégralement sans pause. Il est déposé sur un support vierge et sécurisé. Tous les enregistrements sont à bref délai retranscrits et anonymisés.
Sur les mesures de sécurité	Les enregistrements doivent être détruits et ne peuvent en aucun cas être conservés à l'issue du travail de retranscription et d'analyse. L'enregistrement audio (avant destruction) et/ou la retranscription de chaque entretien individuel peut être transmis à la seule personne concernée sur demande. Les résultats d'entretien sont anonymisés et peuvent être communiqués aux seules personnes enquêtées sur demande. Modalités de diffusion des résultats de l'étude : sous la forme de résultats agrégés.
Sur les autres caractéristiques du traitement	Les coordonnées et enregistrements des personnes seront supprimés au moment de l'analyse des résultats des entretiens traités anonymement (au plus tard un an à compter de la date de collecte). Les données sont rendues anonymes, sans possibilité de revenir vers l'identité de la personne interviewée ni de celle d'éventuels internes en difficulté. >>> Cette durée de conservation est pertinente au regard de la finalité poursuivie. Déclaration normale (Caractère facultatif de l'entretien / Anonymisation des résultats / Pas de collecte de données de santé).
Sur le régime déclaratif du traitement de données	Registre des traitements de données personnelles UT3 du fait de la désignation du CIL. cf. Déclaration (DIL_TheseMG_DC04-2015_p0) Toute modification substantielle et/ou suppression du traitement déclaré doit être portée à la connaissance du CIL UT3. A renouveler en cas de mise en œuvre d'un autre traitement de données personnelles. La télé déclaration n° 1840031 (DN) réalisée directement auprès de la CNIL par l'étudiant est supprimée conformément aux échanges CIL UT3 et CNIL.
Date de mise en œuvre	Avril 2015
Rappel : L'exercice éventuel du droit des personnes sollicitées dans le cadre du projet de recherche doit être porté à la connaissance du CIL UT3 sans délai aux fins d'accompagnement des réponses à apporter dans un délai légal contraint. Contact CIL UT3 : cil@univ-tlse3.fr Réalisé : Validation et signature par l'étudiant et sa Directrice de recherche de la déclaration informatique et libertés > DIL_TheseMG_DC04-2015_p0 jointe au dossier du projet de recherche. En attente : - Information et signature du Président de l'université Toulouse III, responsable du traitement déclaré ; - Inscription, après validation et signature, au registre des traitements de données à caractère personnel de l'UT3 du fait de la désignation du CIL et du régime déclaratif normal du traitement ; - Retour CIL UT3 > CNIL sur la clôture du dossier UT3.	

Le présent avis est transmis à : D. Cléménçon (Étudiant), A.L. Yvernès (Directrice de thèse, Médecin) ; B. Marchubert, Président, H. Chap, Vice-Président délégué à la santé et à l'éthique, Directrice générale des services de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier ; E. Serres, Doyen de la Faculté de médecine de Rangueil (par l'intermédiaire de M.C. Janton, Responsable administrative) ; S. Oustric, Médecin et coordinateur du DUMG.



DECLARATION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Traitement de données à caractère personnel

(Loi n° 78-17 du 06-01-1978 mod. - Art. 47, Décret n° 2005-1300 du 20-10-2005)

Pour tout renseignement s'adresser à : cil@univ-tlse3.fr

N° d'enregistrement CIL UT3 et domaine d'activité (code réservé CIL) : DN2015-002

Régime déclaratif : Déclaration normale

État du dossier : Création

* Champ obligatoire

Établissement : Université Toulouse III - Paul Sabatier

Structure UT3 concernée par le traitement : Faculté médecine Rangueil

(David Cléménçon, étudiant 3^{ème} cycle, thèse - DES médecine générale)

Adresse : 118, route de Narbonne

Code postal : 31062 Ville : Toulouse Cedex 9

Adresse électronique (facultative) : david.clemencon@gmail.com

Siège : UT3-UPS

N° SIREN : 193 113 842

N° SIRET :

Code APE : 8542Z

Référent informatique et libertés (RIL) de la structure UT3 :

Nom et prénom :

Adresse électronique :

2 - Structure chargée de la mise en œuvre du traitement (lieu d'implantation)

Préciser quel est le service, le service ou les services chargés de mettre en œuvre le traitement et d'assurer

☒ le siège de la structure UT3

☐ le traitement est réalisé par un personnel ou un tiers externe à la structure compétitive de tableau ci-dessous :

Nom du personnel ou du tiers :	Siège :
Service :	N° SIREN :
Adresse :	N° SIRET :
Code postal :	Code APE :
Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :
Le contrat contient une clause de protection des données : Oui - Non (joindre un exemplaire)	

3 - Dénomination et finalité du traitement*

Quelle est la finalité ou l'objectif du traitement de données personnelles : préciser le document, l'acte d'acte, l'opérationnel, le lieu, le jour, le jour

Projet de recherche (Thèse d'exercice) : Étude qualitative nationale intitulée « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? »

Logiciel utilisé :

Le traitement a-t-il déjà fait l'objet d'une consultation auprès de la CNIL ?

☐ Non ☒ Oui, indiquez les références du dossier et l'adresse : copie

Télé déclaration CNIL n° 1840031 du 01-03-2015 / Redirection vers CIL UT3 par la CNIL

Quelles sont les personnes concernées par le traitement ?

☐ Régions ☐ Collectivités locales ☐ Usagers ☐ Clients (actuels ou potentiels) ☐ Médiateurs

DECLARATION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Traitement de données à caractère personnel

(Loi n° 78-17 du 06-01-1978 mod., Art. 4) Décret n° 2005-1389 du 09-10-2005

Autres résultats personnels :

Étude qualitative par entretiens (facultatifs) téléphoniques semi-dirigés auprès des :

- Enseignants de différents départements universitaires de médecine générale (DUMG) de France ;
- Internes de médecine générale (IMG) membres d'associations et/ou de syndicats locaux représentatifs des IMG.

> Environ 30 personnes.

Si vous utilisez une technologie particulière, précisez la/les ci-dessous :

- ☐ Dispositif sans contact ou sans fil(s) ☐ Mécanisme d'interposition
- ☐ Cadre à puce ☐ Écran tactile/écran ou GPS ou autre sans fil(s) ou autre
- ☐ Vidéoconférence ☐ Nanotechnologies
- ☒ Autre(s) : retranscription de conversations enregistrées par dictaphone

4 - Données enregistrées / traitées

Catégories de données	Origine (comment les données sont-elles collectées ?)	Durée de conservation (combien de temps les données sont-elles conservées et sous quelle forme ?)	Destinataires (personnes, organismes ou services destinataires des données, internes et/ou externes à l'UT3)
☒ État-civil, identité Données d'identification Nom, Prénom Genre (M/F), Âge	☒ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précisez : _____	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☒ 1 an max ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, précisez : _____	Destinataires : Thésard Directrice de thèse
☐ Vie personnelle (habitudes de vie, situation familiale, complètes)	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précisez : _____	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, précisez : _____	Destinataires : _____ _____ _____ _____
☒ Vie professionnelle Statut, structure d'appartenance, fonction dans ladite structure, adresses professionnelles postale et électronique, N° de téléphone à usage professionnel	☐ Directement auprès de la personne concernée ☒ De manière indirecte, précisez : Recueil sur internet sur les sites des différentes structures d'appartenance	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☒ 1 an max ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, précisez : _____	Destinataires : Thésard Directrice de thèse
☐ Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, dépenses complètes)	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précisez : _____	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, précisez : _____	Destinataires : _____ _____ _____ _____
☐ Données de connexion (adresses IP, logs, complètes)	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précisez : _____	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, précisez : _____	Destinataires : _____ _____ _____ _____

DECLARATION INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Traitement de données à caractère personnel

Loi n° 78-17 du 03-01-1978 mod. Art. 42 Décret n° 2005-1309 du 20-10-2005

Données de localisation (adresse postale, domicile, GPS, etc.)	Directement auprès de la personne concernée De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires
---	--	---	---------------

5 - Données sensibles

Les données « sensibles » ci-dessous, dont le traitement est particulièrement encadré par la loi, ne peuvent être enregistrées dans un traitement que si elles sont absolument nécessaires à sa réalisation.

Catégories de données	Origine (comment avez-vous obtenu les données ?)	Durée de conservation (durée du temps, justifiée pour les données qui supportent traitement ?)	Destinataires (veuillez indiquer les organismes auxquels vous transmettez les données)
N° de sécurité sociale (v)	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires
Infractions, condamnations, mesures de sûreté (préciser des condamnations de justice)	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires
Appréciation des difficultés sociales, exclusion du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires
Données biométriques Données génétiques Voix retranscrite à bref délai	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☒ 3 ans : le temps de la réalisation de la retranscription ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires Thésard Directrice de thèse
Opinions philosophiques, politiques, religieuses, syndicales, données de santé, vie sexuelle, origines raciales ou ethniques Appartenance à un syndicat d'IMG (sans précision sur le nom du syndicat) ; fonction syndicale le cas échéant. Critères non exploités dans les résultats de l'étude.	☐ Directement auprès de la personne concernée ☐ De manière indirecte, précise	☐ 1 mois ☒ 3 ans ☐ 1 an ☐ Pendant la durée de la relation contractuelle ☐ Autre, préciser	Destinataires Thésard Directrice de thèse

DECLARATION INFORMATIQUE ET LIBERTES Traitement de données à caractère personnel

(Loi n° 78-17 du 06-01-1978 mod., Art. 47, Décret n° 2005-1309 du 20-10-2005)

Support de collecte des données et d'enregistrement des données (ou formulaire en ligne, formulaire papier) : Script d'appel et guide d'entretien téléphonique, enregistrements audio.

Localisation du fichier (Serveur UT3 : Serveur prestataire, partenaire) : Disque dur et sauvegarde sur clés USB / Entretiens enregistrés déposés sur un support vierge et sécurisé.

6 - Echanges de données/interconnexions*

Procédez-vous à des échanges de données ? ☒ Oui ☐ Non

☐ Oui, avec d'autres services ou structures au sein de l'UT3

☐ Oui avec des organismes extérieurs

Des garanties sont-elles mises en place pour garantir le sécurité et la confidentialité des données ?

7 - Sécurité/Confidentialité*

Cacher les cases correspondant aux mesures de sécurité prises

☒ L'accès physique au traitement est protégé (système de mot de passe)

☒ Un procédé d'authentification des utilisateurs est mis en œuvre (ex : mot de passe individuel, carte à puce, signature électronique)

☐ Une journalisation des connexions est effectuée

☐ Le traitement est réalisé sur un réseau interne dédié pour usage interne

☐ Si des données sont échangées ou relayées, le canal de transfert ne les rend pas vulnérables

8 - Transferts de données hors de l'Union européenne*

Cacher la case correspondant à la situation

☒ Vous ne transmettez pas les données de vos usages en pays situés hors de l'Union européenne

(Pensez à la rubrique 5)

9 - Le droit d'accès des personnes fichées

Le droit d'accès est le droit reconnu à toute personne d'interroger le responsable d'un traitement pour savoir s'il détient des informations sur elle, et le cas échéant s'en obtenir communication. Cf. article 27 de la loi.

Comment informez-vous les personnes concernées par votre traitement de leur droit d'accès ?

☒ Mentions légales sur formulaire

☐ Affichage

☐ Mention sur site internet

☒ Envoi d'un courrier personnalisé

☐ Autres mesures : préciser

Coordonnées du service chargé de répondre aux demandes de droit d'accès : david.clemencon@gmail.com

☒ Il s'agit de la structure UT3 responsable de la fiche

☐ Le traitement est assuré par un partenaire ou un tiers (prestataire, sous-traitant ou un service délégué) et, nécessairement, veuillez compléter la rubrique ci-dessous :

Nom et prénom ou raison sociale*	Signature (facultatif)
	N° SIRET *
Service :	ET (cocher) ☐ ou E (cocher) ☐
Adresse*	Code APT*
	Téléphone*
Code postal* Ville*	Fax
Adresse électronique*	

DECLARATION INFORMATIQUE ET LIBERTES

Tratament de donnes à caractère personnel

Docu n° 78-17 du 05-01-1978 modif - Art 42 Docu n° 2000-1309 du 07-10-2000

10 - Signature de la personne responsable de la structure UT3

Les affirmations décrites dans cette fiche se conforment formellement aux exigences de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Le thésard et sa Directrice de thèse s'engagent à respecter et à faire respecter pendant la durée du traitement les termes de la présente déclaration.

Attention : En cas de modification ou de suppression de traitement, le CIL de l'UT3 doit préalablement être saisi : ci@univ-tlse3.fr

Personne responsable de la structure UT3

Nom et prénom : Dr Anne-Lise Yvernès

Fonction : Médecin et Directrice de thèse

Date : 12 / 04 / 2015

Cache et signature

Dr Anne-Lise YVERNÈS

Médecin Généraliste - Correspondante
ET au Laboratoire
d'Épidémiologie
31100-4756

Nom et prénom : David Cléménçon

Fonction : Interne de médecine générale et thésard

Date : 12 / 04 / 2015

Cache et signature

David Cléménçon
Médecin Généraliste
Remplaçant

11 - Signature du responsable de traitement de l'UT3

Date : 05 / 04 / 2015

Cache et signature

Bertrand Monthubert, Président

Le Président

Bertrand MONTHUBERT

Les informations portées sur ce formulaire sont obligatoires pour l'établissement de la liste des traitements de données à caractère personnel de l'ensemble des structures de l'UT3. Elles font l'objet d'un traitement informatisé destiné à la mise en œuvre du registre de l'UT3 tenu par le correspondant informatique et libertés (CIL). Les destinataires des données collectées sont : le CIL, le Président, le Directeur général des services, le Directeur des technologies et des systèmes d'information, la CHU.

En application de la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, certaines données figurant dans ce formulaire seront mises à la disposition du public pour information.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à ci@univ-tlse3.fr

ANNEXE 6 : Demande d'autorisation et d'avis à la Commission Éthique du DMG de Midi-Pyrénées

 Commission Éthique du DMG de Midi-Pyrénées 68 rue de la Providence – 31600 Toulouse Tel : 06.81.80.01.21 – 06.82.82.46.70 – Fax 06.81.34.81.18 – ge.bismuth@annadoc.fr	Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées Secrétaire : Dr Serge BISMUTH 68 rue de la Providence – 31600 Toulouse Tel : 06.81.80.01.21 – 06.82.82.46.70 – Fax 06.81.34.81.18 – ge.bismuth@annadoc.fr
--	---

Président : Mme Laurenoine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION

Date de réception de la demande

Date de demande d'informations complémentaires

Numéro d'enregistrement

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Renseignements concernant le demandeur :

Nom : CLÉMENTON David

Qualité : Interne en Médecine, inscrit en thèse à l'UPS Toulouse 3

Adresse : chez le Dr A.L. YVERNÈS - Cabinet médical - 11 Rue Lucien Cassagne - 31390 CARBONNE

Courriel : david.clementon@gmail.com

Numéro de téléphone : 06 63 61 70 68

Renseignements concernant le promoteur :

Nom : CLÉMENTON David

Qualité : Interne en Médecine, inscrit en thèse à l'UPS Toulouse 3

Adresse : chez le Dr A.L. YVERNÈS - Cabinet médical - 11 Rue Lucien Cassagne - 31390 CARBONNE

Courriel : david.clementon@gmail.com

Numéro de téléphone : 06 63 61 70 68

IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE

Titre complet de la recherche :

Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés et hôpitaux français en 2015 ?

Caractéristiques de la recherche : soins primaires **OUI** - NON

Domaine de l'étude : médecine générale - soins primaires - santé des médecins

Méthodologie de l'étude : étude qualitative par entretiens téléphoniques semi-dirigés

Population concernée :

entretiens auprès d'enseignants au sein des départements universitaires de MG et auprès d'internes au sein des associations locales représentatives des internes de MG

Durée de l'étude : < 1 an (thèse soutenue en octobre 2015 au plus tard)

Résumé de la recherche (avec 5 éléments minimum de bibliographie) :

Inscrit en thèse de médecine générale l'Université Paul Sabatier Toulouse 3, je réalise actuellement mon travail de recherche sous la direction du Dr Anne-Lise Yvernès.

L'idée de notre recherche est partie du constat suivant : régulièrement, des internes de médecine générale (IMG) se retrouvent dans des situations difficiles voire en situation d'inaptitude à leurs fonctions, du fait de troubles psychiques. Ces troubles peuvent être anciens, diagnostiqués ou non, ou apparaître pendant l'internat. Ils peuvent être secondaires à l'exercice médical (1,2). Ils peuvent être aggravés par l'autogestion de sa santé par l'IMG, par l'auto-prescription, par l'absence de médecin traitant ou de suivi médical (3,4).

Du fait de la spécificité de la fonction et du statut de l'interne, praticien en formation, ces troubles vont toujours avoir des répercussions : sur la formation, la pratique et la santé de l'interne, sur le fonctionnement d'un service ou d'un cabinet, sur la santé des patients (5,6).

Ces situations problématiques sont évoquées régulièrement lors des conseils d'administration de l'ISNAR-IMG, principal syndicat national représentatif des IMG, mais force est de constater que les solutions à y apporter ne sont pas, à ce jour, établies de façon précise (7). Nous avons donc souhaité répondre à la question suivante : comment ces internes sont-ils pris en charge, dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ?

Nous aimerons faire l'état des lieux des façons d'appréhender ces internes en difficulté, telles qu'elles sont organisées et vécues par les associations et/ou syndicats locaux d'internes et les départements universitaires de médecine générale, interlocuteurs privilégiés des IMG. Pour cela, nous réalisons une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, par téléphone. Il s'agit d'une discussion sur la thématique annoncée. La durée prévue pour l'entretien est d'environ 30 minutes.

Bibliographie non exhaustive :

1. Barbin B, Gorrillot L. Syndrome d'épuisement professionnel chez les internes de médecine générale. *Exercer*. mars 2012;23(101):72-8.

2. Robert J, Garoian N. Évaluation des facteurs de décompensation des internes en région Centre. *Exercer*. janv 2010;21(90):10-4.

3. Le Quintrec T, Penneau-Fontbonne D, Garnier F, Fanello S. Suivi médical des étudiants en troisième année de diplômes d'études supérieures (DES) de médecine. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, sept 2013;74(4):369-78.

4. Le Tourneur AL, Koryt V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. 2011. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>

5. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet*. 14;374(9702):1714-21.

6. Versu E, Galim E, Aubert J-P, Nougarede M. Medical errors reported by French general practitioners in training: results of a survey and individual interviews. *BMJ Qual Saf*. nov 2012;21(4):279-86.

7. ISNAR-IMG. Procès verbal du Conseil d'Administration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG, Clermont-Ferrand, 02-07-04 et 08 2010, juin 2010:p. 6,14,16-7/89.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

Avis favorable le 25 mai 2015

Le secrétaire Dr Serge BISMUTH

Pièces jointes à fournir :

- Résumé du protocole (3 pages maximum devant renseigner obligatoirement sur les renseignements demandés concernant l'identité du patient).
- Formulaire d'information délivré au participant.
- ~~Formulaire de consentement :~~ POUR NOTRE ÉTUDE, IL EST PRÉVU UN CONSENTEMENT VERBAL AU DÉBUT DE CHAQUE ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE.
- Déclaration de conflit d'intérêt des promoteurs du projet de recherche.

Par la présente, j'atteste / ~~j'atteste au nom du promoteur~~ (rayer la mention inutile) ce qui suit

- Les informations données ci-dessus à l'appui de la demande sont exactes
- La recherche sera réalisée conformément au protocole, à la réglementation nationale et aux principes.

Certifié exact à TOULOUSE le 18/03/15

David CLÉMENTON, thésard

Dr Anne-Lise YVERNÈS, directrice de thèse

ANNEXE 7 : Caractéristiques de l'échantillon

	Genre	Âge	Titre	Structure	Fonction(s)
E1	Homme	25-29	IMG	ASLR	Président
E2	Homme	55-59	PA-MG	DMG	Ex-directeur du DMG
E3	Homme	25-29	IMG	ASLR	Président
E4	Homme	60-64	PU-MG	DMG	Directeur Coordonnateur interrégional du DES
E5	Homme	55-59	PA-MG	DMG	Coordonnateur local du DES
E6	Homme	25-29	IMG	ASLR	Membre
E7	Homme	25-29	IMG	ASLR	Président
E8	Femme	25-29	IMG	ASLR	Vice-présidente Ex-présidente
E9	Femme	50-54	PA-MG	DMG	Directrice adjointe
E10	Femme	25-29	IMG	ASLR	Présidente
E11	Femme	25-29	IMG	ASLR	Ex-présidente
E12	Femme	30-34	CCU-MG	DMG	Membre
E13	Homme	60-64	PU-MG	DMG	Coordonnateur local du DES Coordonnateur interrégional du DES

ASLR : Association ou syndicat représentatif (des internes de médecine générale)

DES : Diplôme d'études spécialisées (de médecine générale)

DMG : Département de médecine générale

IMG : Interne de médecine générale

PU-MG : Professeur universitaire de médecine générale

PA-MG : Professeur associé de médecine générale

CCU-MG : Chef de clinique universitaire de médecine générale

ANNEXE 8 : Verbatims des entretiens

ENTRETIEN 1

Allô ? Oui ?

Oui, [...] ?

Oui. Salut.

Salut, c'est David.

Ouais. J't'écoute.

Tu m'entends bien, là ?

Pas trop mal, ouais. T'es en mains libres ?

Ouais, je suis en mains libres.

O.K., mais ça va, je t'entends.

Bon, super. Bon, du coup, j'ai un petit topo au début. On a essayé de faire, on fait les choses de façon très officielle parce qu'il y a un projet de publi derrière.

Ouais...

Donc j'ai tout un script vocal lié à... aux obligations de la CNIL...

Ouais...

... que je vais te réciter bêtement, et puis après on attaque.

Ouais, vas-y ! Je les connais un peu parce que je suis aussi en train de faire un mémoire, mais je t'en prie, fais ton...

Vite fait !

Fais ton truc !

Ça marche. Donc voilà, donc je m'appelle David Cléménçon, je suis inscrit en DES à Toulouse III, à l'Université Paul Sabatier. Euh, donc mon travail de recherche s'intitule « étude qualitative nationale... », est une étude, pardon, qualitative nationale intitulée : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc je te rappelle que la conversation va être enregistrée avec ton accord, pour les besoins de l'étude...

Ouais...

Euh... Que tu peux bien sûr refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes sans just... sans te justifier et que si tu acceptes l'enregistrement, celle-ci sera... celui-ci sera retranscrit et anonymisé, qu'on gardera les... les enregistrements pour une durée maximale de trois mois le temps de retranscrire, et que les verbatims anonymisés seront versés en annexe à l'étude.

(Il tousse)

Donc sur ce, es-tu d'accord pour participer à l'étude et pour être enregistré ?

Oui, tout à fait, Monsieur le Juge !

Parfait.

On voit que c'est... c'est sérieux.

Donc du coup, dans le cadre de l'étude, les données personnelles que je collecte sont ton nom, ton prénom, ton statut, ta structure d'appartenance, euh... ta fonction au sein de cette structure, ton adresse professionnelle, celle de [la structure] en l'occurrence...

Ouais, d'accord...

... ton numéro de téléphone à usage professionnel, euh... ton âge, euh... le fait que tu sois donc appartenant à une structure sans plus de précision...

Ouais...

... et ta fonction au sein de cette structure, et le contexte de l'entretien, c'est-à-dire un petit peu où tu te situes actuellement. Sachant que toutes les données personnelles seront supprimées dans un délai maximum d'un an, en fait en pratique à partir du moment où on aura traité les données, donc au plus tard en octobre pour la thèse. Voilà.

Ouais, d'accord.

Les destinataires des données sont moi-même et ma directrice de thèse, et un troisième médecin qui va nous aider pour euh, pour coder et analyser les entretiens. Voilà.

D'accord.

Et je te demanderai juste, au cours des entretiens, dans la mesure du possible, de ne pas divulguer d'informations euh... de données personnelles concernant éventuellement des internes dont vous auriez pu vous charger dans le cadre de... de votre activité.

Ouais.

Voilà.

D'accord.

Bon, après, les trois lignes habituelles sur le... sur la loi « informatique et libertés » sont mentionnées sur tous les documents...

Oui, oui, j'connais...

... sur tous les documents que je t'ai envoyés. Voilà. Du coup, pour commencer, je voudrais savoir euh... donc ta fonction, donc toi tu es [...], c'est ça ?

Oui, c'est ça.

À... Dans ta ville, vous avez un statut d'association ou de syndicat ?

[Statut de la structure].

[Statut de la structure]... O.K. Ton âge ?

Euh... [...] ans.

[...]. O.K. Donc, on a dit, [...]. Euh... et actuellement, du coup, tu es à ton domicile personnel ?

Oui.

O.K. Pas trop de bruit autour, ça va ?

Ça va, il pleut chez nous.

Il pleut partout, je crois.

(Rires)

Euh... O.K. Le nom de la faculté ?

[...].

D'accord.

[...]. On n'a qu'une faculté, nous, à [...].

D'accord. O.K. Bon, de toute façon là il y aura des grosses croix au niveau de l'entretien, vu qu'on anonymise. Euh... est-ce que tu pourrais me dire, approximativement, le nombre d'internes qui sont adhérents à la structure, toutes promotions confondues ?

Euh... À peu près [...].

D'accord. Et le nombre euh... d'internes qui sont inscrits, du coup, dans le DES ?

Euh... [...].

(Silence) [...], tu m'as dit ?

Ouais, c'est ça, ouais.

O.K. Et euh, est-ce que tu pourrais me dire approximativement le nombre de membres actifs que vous êtes dans [la structure], vraiment le nombre de personnes qui... qui se bougent ? Approximativement ?

(Rires) Alors, j'ai réfléchi... On doit être [...].

[...], d'accord *(bruits d'écriture)*. O.K., très bien. Bon, allez, du coup on commence l'entretien à proprement dit. Euh... Du coup, euh... Première entrée en préliminaire, euh... J'aurais voulu savoir si tu pouvais me... me dire un petit peu globalement ce que tu pensais, si tu devais qualifier un petit peu la santé des internes de médecine générale dans votre faculté, qu'est-ce que... qu'est-ce que t'en dirais ?

La santé... La santé au sens global ou tu veux la santé psychiatrique, par rapport à ton sujet ?

On peut évoquer les deux, on peut évoquer les deux.

D'accord. J'ai pas beaucoup plus d'idées sur l'un ou sur l'autre. Euh... Comment on les trouve ? Nous on les trouve plutôt mieux par rapport aux D4 qu'on peut encore côtoyer...

Ouais...

Euh... Mieux par rapport aux... aux spécialités, enfin aux autres spécialités qu'on peut voir aussi...

Oui...

Euh... Avec les conditions de travail, là, 48 heures, ça risque de s'améliorer encore... euh... Après on a, on a comme, enfin... Après moi j'ai les chiffres de 2 % de... de troubles psychiatriques euh... qu'on peut trouver dans la population générale donc je pense que dans notre promo ça peut se... euh ça peut se retrouver mais y a pas de... psychotique...

Dans votre vécu ?

Ouais... Enfin, dans dans... J'connais pas d'interne où il y a vraiment de trouble psychiatrique grave... euh... ou de maladie grave aussi.

D'accord.

Il y a... Il y a des cas de burn out. Bien entendu. Enfin, on en a eu. Euh... Voilà ce que je peux te dire sur la santé.

D'accord. Euh... et alors si tu devais me, me dire un petit peu, me décrire un petit peu les démarches que vous... que vous réalisez quand vous vous retrouvez comme ça avec des internes qui du coup, soit du fait d'authentiques maladies psychiatriques, soit de troubles globalement de la santé mentale, sans plus de précision, se retrouvent en incapacité euh... d'effectuer leurs fonctions, voilà, comme ça se passe ?

Euh, alors nous à chaque début de réunion, on fait le premier point, en général c'est la météo des stages... Enfin, la météo des stages, comment ça se passe dans les stages. Donc ça nous est déjà arrivé d'évoquer un cas de burn out. Enfin on se réunit une fois par mois, et à chaque fois on commence par ça. C'est plutôt des problèmes de séniorisation et cetera, mais si il y a des problèmes de santé, on en parle. Et chaque année, on est... on a une évaluation individuelle avec un membre du DMG...

D'accord...

Où là, eux, ils font un peu de dépistage, ils te demandent comment ça se passe, dans notre vie professionnelle et perso, si on a des problèmes et cetera.

D'accord.

C'est plus... C'est plus le DMG qui gère ! Qui va suivre, dépister en fait les problèmes ! Nous on est... on tend une oreille.

D'accord. Donc déjà en terme de dépistage, ça c'est quelque chose qui est vraiment, euh, qui est vraiment pérenne, qui est formalisé, vous avez cet entretien systématique une fois par an ?

Ouais, nous on a vraiment un entretien systématique une fois par an. Euh, je sais pas si ça se fait dans les autres facs, c'est assez intéressant, et je sais que oui, ils te demandent comment ça se passe.

D'accord... Et c'est...

Ça dure, ça dure à peu près une heure, avec à peu près... ouais, vingt, trente minutes sur les RSCA. Et puis le reste en temps, en questions plus personnelles.

D'accord. C'est à l'occasion, en fait, de la validation de vos... de vos traces d'apprentissage ? Sur les RSCA que vous avez pu faire au cours de l'année ?

Ouais, c'est ça. [...] RSCA par an, avec une évaluation annuelle au décours.

D'accord. D'accord. O.K. Et, à par ça, pour repérer les internes qui auraient des difficultés, est-ce que à ta connaissance il y a d'autres... d'autres moyens mis en œuvre ?

(Silence) Non... Non. Nous, enfin, c'est plus dans les problèmes de stage comme je disais, de séniorisation, et cetera. Euh, on leur dit, enfin... on leur dit de nous contacter ou de contacter le DMG mais il n'y pas d'action autre que... ça.

D'accord. Vous avez euh... une façon... particulière, notamment au début de l'internat, par exemple, d'évoquer ces choses-là ? Vous faites un peu de prévention, ou de sensibilisation ?

(Rires) Non, on n'en fait pas, mais en fait comme j'ai vu ton... ton sujet de thèse, ça m'a fait penser que je vais peut-être l'intégrer l'année prochaine pour en toucher un mot aux nouveaux.

(Rires) Ah, ben ça sera la première... le premier effet bénéfique de la thèse, j'espère.

(Rires) C'est ça. Non mais c'est vrai, j'y ai pensé. Mais sinon, non, j'sais pas, en début d'année... Enfin on leur dit voilà s'il y a un problème en stage mais... pas au niveau santé...

D'accord. Donc en cas de problème, ils vous contactent directement sur le... sur le... sur l'adresse perso ou le téléphone du président ?

Ouais, c'est ça.

D'accord. Et heu... En pratique, est-ce que vous avez eu des internes qui n'auraient pas validé un stage ? Est-ce que tu sais, ça ?

Euh, oui, on en a eu. Euh, mais c'était plus au niv... euh, attends, à ma connaissance c'était plus au niveau de... Il n'arrivait pas à se mettre en responsabilité, donc c'était pas, pas... pathologique entre guillemets, enfin pas une maladie. Euh... Y a eu des cas de burn out, mais comme ils avaient fait plus de quatre mois, ils ont réussi à valider leur stage...

D'accord.

... Et au niveau santé euh... Non, j'ai croisé, j'en ai pas entendu parler.

D'accord.

Y en a une qui a arrêté mais je sais pas pourquoi.

D'accord. Est-ce que, à un niveau... ou à un autre, euh... la médecine du travail intervient, ou la médecine universitaire ?

Euh non. Non.

D'accord.

Jamais entendu parler.

D'accord.

(Rires) Tu sais ce que c'est... Le contact avec eux...

D'accord. Donc pas d'évaluation initiale d'aptitude ou de chose comme ça chez vous ?

Mmm... Ben comme tous les... tu sais... comme tous les internes, on doit avoir un mot signé de notre... d'un PH comme quoi on est apte à devenir interne à la fin de la D4, là...

Mmm ?

... Euh... Mais y a pas de... ouais... C'est souvent... c'est fait en... sur l'coin d'une table par ton, par ton chef quand t'es en fin de stage de D4.

Et pas forcément réalisé spécifiquement à [ville du CHU de rattachement], du coup ?

Pardon ?

Je veux dire, c'est pas quelque chose qui est fait spécifiquement à [ville du CHU de rattachement], quand vous arrivez, quand vous débutez votre internat ?

Oui, non non. Si ça se trouve c'est national, hein, le truc d'avoir un certificat comme ça.

D'accord. O.K. Et, heu... alors du coup, pour... pour changer un petit peu de thème, dans la continuité, en pratique les internes que vous repérez, par exemple, et qui vont pas bien, comment ça se passe au niveau purement de leur santé ? Comment, comment vous les orientez ? Comment vous les prenez en charge ?

Euh... En général, c'est assez informel. Euh, c'est plus des amis d'amis, enfin des connaissances. Euh, donc c'est pas avec notre rôle [de structure] qu'on le fait. Nous on tient, on... on tend une oreille, euh, et ça s'est pas présenté mais si ça devenait trop important, j'espère qu'on en parlerait au DMG... Enfin ou on les mettrait en contact, je sais pas comment on ferait mais... C'est plus dans le rôle de...

D'orientation ?

... Comment dire... Ouais, d'orientation, enfin, surtout enfin on tend l'oreille, on voit comment ça se passe et on voit si, euh, si ça va pas du tout, euh... Comment dire, euh... On n'inter... enfin... on n'intervient pas d'emblée, quoi. D'abord on regarde comment ça se passe.

D'accord. Par le pa...

... Mais... En général, ils se prennent par la main et... et bon... et ils sont en arrêt après si il y a un problème ou...

D'accord... Est-ce que, à ta connaissance, il y a des déjà eu des nécessités d'hospitalisation ou de choses comme ça ?

Mmm... Non, pas à ma connaissance.

D'accord. O.K. Et... D'accord donc niveau aménagement, c'est à peu près tout ce qui est formalisé, quoi. D'accord.

Ouais.

O.K. Concernant...

En fait... On n'a pas eu de cas de maladie grave récemment, donc, ça fait plus d'un an et demi que je suis au [nom de la structure], j'ai pas entendu parler de ça.

D'accord.

Ils sont... Ils sont en bonne santé, chez nous.

D'accord. Et en prat... (*Rires*) C'est l'air [adjectif évoquant un lieu], sans doute !

Ouais ! (*Rires*) C'est sûrement ça !

D'accord. Et en pratique, par rapport aux stages, tu as évoqué tout à l'heure la... l'histoire des stages validants...

Ouais...

... Pour ces internes qui peuvent se retrouver en difficulté, est-ce que y a d'autres choses que vous pouvez faire pour les aider au niveau des... des stages en pratique, par exemple ?

Euh... Mmm... Je sais qu'y en a euh... Y en a eu qui étaient en difficulté pour valider leurs stages, alors je sais pas si c'était donc une maladie ou si c'était, un manque d'autonomie, euh, mais... c'est... En fait, l'interne était toujours doublée : elle était jamais seule en stage, donc il y avait eu un aménagement vu avec le service, c'était un service d'urgence je crois, et le DMG pour demander à ce que l'interne soit pas mise seule en situation... Et pareil il y avait eu un stage chez le prat', d'une interne qui avait passé son stage chez le prat' mais qui était pas à l'aise pour faire un SASPAS. Du coup elle avait demandé à faire un deuxième stage chez le prat' pour euh... aller à son rythme, quoi.

D'accord. Donc il y a eu des arrangements pour que les internes puissent réaliser leur stage au mieux, quoi.

Ouais. C'est ça. Sans qu'il y ait de règle particulière, enfin, tu vois, c'était... C'est pas écrit dans n'importe quelle convention ou texte, c'est vu comme ça... Un peu de bon sens, quoi !

D'accord. Est-ce que tu sais, euh, si il y a par exemple des possibilités de... de surnombre non validant ?

Euh, oui mais que... Attends, surnombre non validant... Euh, j'crois que c'est que pour les grossesses, ça ? Attends, j'vais regarder sur le site en même temps.

Ça, c'est en théorie, oui.

Ouais, ouais, mais attends j'avais regarder si on a mis des choses sur mon support. Alors... Je sais que j'ai refait un topo là-dessus... Alors... On a un super site, je sais pas si tu l'as vu : il est trop beau ! Euh... Tac tac tac...

Je regarderais...

Ah, ben j'espère bien (rires) !

Je crois que j'ai vu sensiblement tous ceux de France, là, dernièrement.

(Rires) Oui, tu m'étonnes. Ouais non, je crois qu'il y a pas, les stages en surnombre validant c'est... c'est que pour les femmes enceintes. J'en ai pas vu de... À ma connaissance, il n'y en a pas eu pour les... autres contextes. Dans d'autres contextes.

D'accord. Du coup, là on a parlé de l'adaptation sur les terrains de stage. Est-ce que tu sais si, au niveau de l'université, y a des choses qui sont prévues ou des aménagements qui ont déjà eu lieu pour des internes, concernant par exemple les obligations des RSCA, ou concernant les examens par exemple, pour des internes qui sont en difficulté ?

Attends, tu peux recommencer s'il te plaît ?

Oui, pardon.

Au niveau de la faculté, de l'université, ce qu'il y a eu ?

Oui, savoir si au niveau de l'université, il y a possibilité d'aménagements particuliers pour ces internes en difficulté ou en incapacité par exemple de passer leur examen, par exemple ?

Ah ! Ben... Enfin, tu... Des examens, nous, on n'en a plus !

Ouais. Non, mais parfois y a des validations comme, je veux dire, comme euh... comme par exemple les RSCA. Mettons un interne qui serait dans l'incapacité de... de faire ça. Enfin, la situation s'est peut-être jamais posée.

Oui, je sais que des fois quand ils ont des doutes, enfin c'est plutôt avec les stages, ils font des validations en suspens, et ils voient comment ça se passe au stage d'après. Et quand ils repèrent des problèmes euh... pendant les entretiens individuels justement, euh... ils proposent un suivi. Alors, je sais pas à quel rythme, mais j'ai vu avec quelqu'un du DMG euh... C'est plus au niveau des pathologies, enfin du burn out, et cetera. C'est plus au niveau psychologique. Un... un suivi de soutien, quoi !

D'accord. Au niveau du DUMG, ce... les membres dont tu parles, c'est un tuteur spécifique pour chaque interne ou c'est... ou vous bougez d'une personne à l'autre du DUMG ?

Euh... Alors, chez nous, c'est un DMG. Je sais que chez vous, vous avez pris le « U ».

Oui, c'est vrai.

À Toulouse, vous êtes vachement forts ! Et à [...], ils ont même un « E » et je sais plus quoi, enfin bref... Euh, nous... Nos entretiens annuels, c'est... Alors je ne sais pas si c'est toujours avec le même. Je pense pas. Et après le suivi qu'ils proposent quand on a un problème, c'est au cas par cas. C'est pas pour tout le monde, c'est vraiment à ceux qui ont des difficultés qu'ils proposent, et par contre là c'est avec quelqu'un... un référent.

Je te ferais juste remarquer qu'à [...], nous n'avez pas le « U » mais vous vous appelez le département de médecine générale [...].

Ah ouais ? Non ?

C'est le nom officiel de votre DMG, je t'assure.

(Rires) Ah, ouais ! Ah, c'est génial ! Oh, putain, on est génial ! **(Rires)** Mais bon, on a un logo de merde, et il faut qu'on le refasse. Mais... **(Rires)** Ah ouais, c'est génial, j'avais jamais vu... J'avais me moquer d'eux la prochaine fois que je les verrais !

C'est ça. Euh, du coup, dis-moi...

Oui ?

De façon un petit peu plus sérieuse...

Oui, oui...

Est-ce que tu sais si vous avez déjà eu la situation d'internes qui au final étaient considérés comme inaptes à la pratique de la médecine générale, voire même inaptes à leurs fonctions d'internes ? Comment ça s'est passé pour ces internes-là ?

Euh, oui, alors j'en ai une, mais c'est une histoire euh... racontée. Mais c'était à [...], et c'est une interne en fait qui euh... qui avait des troubles psychotiques je crois, euh... et en fait ça s'est vraiment posé problème lors de son dernier stage d'internat en sixième semestre, ou alors c'était... oui, sixième... Du coup, ça avait pas été relevé avant, enfin ce qui est un peu embêtant quand même. Donc ils se sont réunis, au service d'urgence dans lequel elle était, euh... Ils ont validé son... son stage... Mais alors je sais plus comment ça s'est passé mais elle avait pas le droit en fait de revoir les... les patients. Elle avait pas le droit de faire de la méd... enfin de la médecine ou du... des consultations, donc en fait elle est devenue médecin... heu... qui fait le codage, je sais plus comment on appelle ça.

D'accord... Elle a... ouais... Le, le PMSI.

Ouais, c'est ça, voilà !

D'accord. Mais donc elle a validé, euh... ils lui ont validé son internat, mais avec une obligation d'orientation... euh... euh... professionnelle en quelque sorte.

Ouais, enfin une restriction.

D'accord.

Plutôt.

D'accord. O.K. Donc du coup, comme c'est quelque chose qu'on t'a raconté, tu sais pas trop quelles ont été les modalités pour créer cela parce que...

Ouais, c'est ça, voilà...

... c'est un petit peu dé...

Ça fait plusieurs années...

J'vois pas trop comment c'est possible de mettre ça en œuvre, ouais...

Je... J'avoue que je sais pas. Tu sauras peut-être mieux que moi après, avec ton travail...

À l'issue *(rises)*...

Je crois, ouais, c'était... Elle pouvait exercer la médecine sans pouvoir toucher aux patients. J crois que t'as le même cas dans, quand t'as des... des cas de pédophilie ou des... des choses comme ça. T'as pas le droit d'avoir de contact avec le patient.

D'accord.

Voilà.

D'accord, d'accord. Euh... O.K. Du coup, euh... si tu devais, euh... si tu devais décider peut-être d'une mesure particulière à mettre en œuvre pour ces problématiques-là, euh... au niveau de la faculté, ou plus spécifiquement au niveau de... de votre [structure], euh... tu penses que tu ferais quoi ?

Ben, ce que je t'ai dit là tout à l'heure : le fait d'en toucher un mot aux jeunes quand on fait l'a... l'accueil des nouveaux.

La sensibi...

En octobre.

... Sensibiliser les nouveaux internes.

Ouais, leur dire qu'on est là si ils ont besoin, et puis qu'il y a le DMG aussi qui est là.

D'accord. O.K. Très bien. Et bien écoute, je te remercie pour... pour toutes tes réponses !

J't'en prie, c'était assez intéressant.

Au... Quelque chose à ajouter ?

Non, non non. Ça a l'air bien sympathique.

O.K.

(Fin de l'enregistrement)

ENTRETIEN 2

Allô ?

Oui ? [titre et nom] ?

Oui, Monsieur Clémenton. Bonjour.

C'est exact. Merci (*rires*)... Merci de prendre sur votre temps de congés.

Alors, dites-moi.

Juste, je précise : j'enregistre l'entretien. Comme je suis en mode haut-parleur, vous entendez bien ?

Pas de souci, tout va bien.

Bon, très bien. Bon, j'attaque. Du coup, c'est un peu officiel, on a fait une déclaration CNIL, alors j'ai un tout petit topo à vous... à vous lire avant de commencer, pour que les choses soient bien réglées.

Ouais.

Donc voilà. Donc c'est une thèse de la faculté de Toulouse III - Paul Sabatier, qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques... »

Oui...

... quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc la... la conversation est enregistrée avec votre accord...

Oui.

Vous pouvez bien sûr vous y opposer, euh... et vous pouvez refuser de répondre à toutes les questions que vous ne voudrez... que vous ne voudriez pas aborder sans justification... Euh...

D'accord.

L'enregistrement sera retranscrit, anonymisé, et conservé au max... au maximum pour trois mois le temps de la retranscription ; et les verbatims... les verbatims seront anonymisés et versés en annexe à la thèse. Voilà. Donc vous êtes toujours...

D'accord.

... d'accord pour participer et pour que j'enregistre l'entretien ?

Absolument.

Très bien. Euh... donc, dans le cadre de l'étude, du coup, je vais collecter, je collecte quelques données qui sont vos nom, prénom, votre statut universitaire, votre structure d'appartenance le DUMG, le DMG pardon je crois, à [...], euh...

Oui...

... votre adresse professionnelle postale et électronique, votre numéro de téléphone à usage professionnel, euh... votre euh... le contexte de cet entretien, je suppose que vous êtes à votre domicile du coup ?

Oui, tout à fait.

Voilà... Et donc ces données font l'objet d'un traitement informatique destiné à opérer le suivi des réponses à l'enquête à laquelle vous avez accepté de participer.

D'accord.

Euh... Ces données seront supprimées d'ici la fin de l'année vu que je dois soutenir ma thèse en fin d'année. Voilà.

D'accord.

Donc les destinataires sont moi-même, ma directrice de thèse, et un troisième médecin euh... qui participe à l'analyse et au codage des entretiens. Je vous demanderai dans la mesure du possible pendant l'entretien de ne pas donner de données personnelles concernant les éventuels internes en difficulté, que vous auriez été amené à prendre en charge dans le cadre de votre activité bien sûr.

D'accord.

Donc, euh, si vous le voulez bien, on va commencer. Alors, donc, euh... Quel est le nom de la... l'université, à [...] ?

C'est l'Université de [...].

D'accord. Il y a juste une université ?

Tout à fait.

Très bien. Je vais vous demander votre âge ?

Donc, [...] ans.

Vous êtes professeur associé, si je ne dis pas de bêtise ?

C'est ça, exactement.

Très bien. Euh du coup... Est-ce que vous êtes en capacité de me dire approximativement le nombre d'internes qui sont inscrits dans le... dans le DES ? À [...] ?

Tout à fait. Alors...

Toutes promotions confondues.

Alors nous en avons [...] par an, ce qui fait [...] inscrits pour les trois années.

D'accord... Actuellement, combien y a-t-il d'enseignants universitaires et associés, approximativement, au DMG tou... euh, de [...] ?

Ben je peux vous dire le nombre exact. Alors...

Très bien.

... On est [...].

[...]. Et, en ten...

Y a... Y a...

Oui ?

Il y a donc un maître de conférences universitaire...

Oui.

... qui vient de... C'était un chef de clinique qui vient de, d'être nommé maître de conférences universitaire...

Oui.

Nous avons [...] professeurs associés...

Oui...

[...] maîtres de conférences associés...

Oui.

Et [...] chefs de clinique.

Et [...] chefs de clinique. O.K. Euh... Combien de... de... d'enseignants avez-vous au total en comptant les chargés de cours ?

Alors, au niveau des chargés de cours, il y en a euh, une [...].

D'accord.

Et [...] maîtres... Et [...] maîtres de stage.

Très bien. Alors du coup, je vais, pour attaquer l'entretien, vous poser une question un petit peu globale. Euh, comment... comment vous, vous évalueriez à votre niveau un petit peu, la santé, si on prend la définition de l'OMS, très globale, euh... de vos internes à [...] ?

(Silence) Alors... J'aurais ben... (il souffle)... J'aurais qu'elle est moyenne.

Oui.

Euh... Donc je m'occupe d'une cellule d'aide aux internes en difficulté.

Oui.

Et donc tous les... les enseignants qui participent au DES, que ce soient des généralistes, ou les chefs de service, ou les... les... les PH, enfin dans les stages hospitaliers savent que s'ils repèrent un interne qui va pas bien, ils me contactent. Et donc je les vois systématiquement, jamais seul, avec un... un conf... un ami qui est euh... PU-PH, qui est chef de service de médecine interne, donc on les voit à deux.

D'accord.

Et donc... Et donc nous voyons en moyenne euh... (il souffle) à peu près trois internes qui nous sont signalés comme ça par semestre.

D'accord.

Cela dit, euh... il y a beaucoup d'autres internes que je vois en stage, que je vois en cours, qui n'ont pas forcément besoin d'être vus par cette cellule d'aide aux internes en difficulté, mais qui sont surchargés, surmenés, qui font des semaines de soixante heures, euh qui... C'est pas facile, quoi.

D'accord. D'accord.

Je pense que c'est le... Je pense que y a des services qui sont un peu maltraitants, je pense que la fonction elle-même d'interne est maltraitante...

Oui...

... Euh... Donc voilà, quoi ! C'est... C'est... Bon heureusement, la bonne majorité, ben ils passent, ils serrent les dents, et puis ils réussissent leur DES et après ils arrivent à... à aller beaucoup mieux dès qu'ils ont une euh... enfin un projet professionnel qui se concrétise.

D'accord. Du coup, je rebondis sur vous, euh sur ce que vous venez de me dire. Le... Cette cellule d'aide psychologique, euh... De quand date sa création ?

Alors je... Alors ça fait longtemps. Je dirais euh (*il souffle*)... Donc moi j'ai été nommé tout d'abord maître de conférences en [...], et en [...] je suis passé professeur, et je pense que c'est à peu près au début des années 2000.

D'accord. Et, donc son rôle... est uniquement euh... déclenché lors d'un signalement, ou...

Absolument.

... ou il y a d'autres fonctions ? D'accord.

Non, non, absolument. Alors... On a une personne référente qui est la secrétaire du département. Beaucoup d'internes vont se confier à elle, et elle également nous signale puisqu'on a de très bonnes relations avec elle, et donc c'est un autre moyen d'entrer dans cette structure de cellule d'aide aux internes en difficulté.

D'accord. Donc votre cellule elle est vraiment identifiée, d'une part...

Ah oui !

... auprès de tous les enseignants, et d'autre part également au niveau des internes ?

Des internes parce que le... le... parce que... On a un syndicat qui s'appelle le [...], c'est le syndicat des [...].

Oui ?

(*En épelant*) [...], avec lequel on travaille beaucoup. Et donc euh, lorsqu'ils voient qu'il y a un de leurs collègues internes qui va pas bien, ils nous en parlent.

D'accord. Et donc cette cellule est formée donc de vous-même et d'un autre euh... enseignant universitaire ?

... Et d'un PU-PH. Voilà, un PU-PH puisque, il est jamais bon je pense de recevoir les internes tout seul.

D'accord.

Ceux qui vont pas bien.

D'accord. Et euh... après, une fois que vous les recevez en entretien, comment ça se passe euh, en pratique... hein ? Par exemple ?

Alors il y a trois grandes, trois grandes... Trois grands cas. Un cas qui ne vous concerne pas forcément, c'est les internes glandeurs. Donc l'interne qui est signalé par un chef de service en disant « il a des grosses lacunes... il va pas bien », on le reçoit et puis très vite on voit que sur le plan psychologique, c'est... il va bien, mais que... euh... c'est... c'est un glandeur, quoi ! C'est que les Canadiens appellent des bullshitters !

D'accord.

Donc ceux-là, on... on ressert un peu les boulons. On leur dit qu'ils ont besoin quand même de travailler un peu s'ils veulent valider leur DES, et puis voilà. Et puis y a deux autres cas. Y a un cas qui est, heureusement, le moins fréquent, c'est qu'il y a vraiment des problèmes psychiatriques, donc on a eu plusieurs cas de, d'internes qui visiblement commençaient des psychoses...

Oui ?

Et donc à ce moment-là, euh, on leur... on leur... on leur conseille, et c'est ce qui se passe en général, ils passent devant une commission médicale de l'ARS.

D'accord.

Commissions médicales auxquelles nous ne participons pas mais entre autres, il y a des psychiatres. Et on en a eu plusieurs comme ça où un diagnostic de psychose a été euh... disons évoqué, et donc il y a un arrêt de travail qui est mis en place, et euh... lorsque l'interne repasse devant la commission, souvent il est avec un traitement neuroleptique. Il y en a qui sont mieux, qui sont capables de reprendre leurs études avec leur traitement neuroleptique parce que ça marche bien ; et puis d'autres, ça va pas bien et ils sont obligés d'arrêter. Et le deuxième cas, ce sont plutôt... Alors là c'est, c'est le cas le plus fréquent : ce sont des internes qui ont des syndromes anxio-dépressifs. Donc c'est beaucoup moins embêtant et moins délicat pour eux que la psychose...

Bien sûr...

... et donc, et donc à ce moment-là, l'importance pour nous, c'est de se dire, nous ne sommes pas des soignants, hein, nous sommes des pédagogues dans la relation avec les internes. Donc, le cas échéant, on leur propose, on est... on discute avec eux. On leur propose bien sûr un arrêt de travail, hein, qui n'est pas fait par nous, par leur médecin traitant, euh... on... Et puis, on regarde si on peut aménager leurs études, c'est-à-dire par exemple pour un prochain stage, de faire un stage fléché. Tiens par exemple, je leur dis : « Ben voilà, le prochain choix, si vous n'avez pas fait de... de stage auprès du praticien, si vous êtes d'accord, nous sommes deux ou trois maîtres de stage attentifs à ça, on vous flèche ce prochain stage chez nous. »

D'accord.

De façon à... À ce moment-là, ils ne participent pas au choix, ou alors lorsqu'ils ont encore un stage libre, par exemple, et bien on leur propose un stage avec des... des chefs de service qui sont, disons, attentifs à ce problème-là et qui vont plutôt être vraiment dans le soutien, dans la bienveillance, quoi.

D'accord. Ça, c'est des choses qui...

Et puis... Alors...

Oui, pardon, excusez-moi, allez-y !

Allez-y, allez-y ! Oui ?

Donc, ça ce sont des choses qui sont bien formalisées, même de... derrière, d'orienter le fléchage euh... de... donc de sortir les internes des choix de stages, pour...

C'est-à-dire que... Voilà, on leur flèche un stage. Donc on dit au début du choix, on dit en accord avec le [...], qui est donc le syndicat des internes, en disant : « Ce... ce stage-là ne sera pas au choix, parce qu'il a été pré-fléché pour telle ou telle raison », et puis voilà.

D'accord. Et après en pratique, l'aménagement des stages ? Euh... En stage, il y a des... des modalités particulières qui sont prévues quand, comme vous dites, par les quelques enseignants ambulatoires ou par les... ou au niveau hospitalier ?

Oui. C'est-à-dire que bon, ben, nous, on revoit à peu près tous les... tous les deux mois l'interne. C'est-à-dire que le professeur de médecine interne et moi-même, on revoit notre interne qui va pas bien et, dans la grande majorité des cas, ça s'arrange. C'est-à-dire que, par exemple, ils ne... ils participent beaucoup moins aux gardes que leurs collègues, des choses comme ça.

D'accord.

Et puis petit à petit, ils reprennent confiance en eux. Et puis euh, bon à condition que l'environnement familial enfin, ce qui ne nous concerne pas directement, soit favorable, hein !

Bien sûr. Donc...

Alors on a un autre cas qui est arrivé plusieurs fois, et malheureusement ce sont des internes en début de, d'internat qui décident d'arrêter leurs études. Et on a eu plusieurs cas comme ça euh... où, les internes, ils envoyaient des mails très très très euh... frappants, en disant : « j'ai la boule au ventre avant d'aller en stage, la médecine me donne envie de vomir » et tout. Alors en discutant avec eux, c'est un peu toujours la même histoire. Ce sont des... des étudiants qui étaient brillants au lycée...

Oui.

Ils font médecine parce qu'ils sont poussés par leur famille, peut-être parce qu'ils ont une vision un peu idéalisée. Les six premières années se passent bien. Ils ont de, de bons résultats à l'ECN. Ils choisissent médecine générale, euh... et puis euh... là ils se rendent compte que, ils sont là à affronter la douleur des patients, la mort des patients, et qu'ils sont pas préparés à ça et ils craquent complètement... J'en ai eu d'autres qui ont eu, c'était pas tellement la... Ça, c'était la peur de responsabilité, en me disant : « Mais mon Dieu, si je passe à côté d'une méningite, à côté d'une embolie pulmonaire, le patient va mourir, ce sera de ma faute ! » Et puis ils disent : « Je veux arrêter. » Alors on discute avec eux. Et puis dans plusieurs cas, je pense que pour eux la meilleure solution, c'est effectivement d'arrêter. Je ne leur dis pas ! Mais je leur dis qu'il faut réfléchir ! Et ils arrêtent effectivement, et c'est un gâchis, parce que leur six... six années qu'ils ont faites, y a aucune passerelle !

D'accord. Est-ce que vous avez eu des internes...

Alors partant de ça... Juste, partant de ça, euh... on... j'ai posé la question au doyen, en disant, est-ce qu'il serait d'accord de faire une enquête sur le niveau de... disons, de... de santé psychologique des internes qui commencent leur cursus et il a été d'accord. Et donc, euh... nous avons lancé... la vice-présidente du [...], qui est en train de lancer une enquête ; on a préféré passer par le syndicat parce que ce sera je pense moins... euh... ce sera plus réel que si ça passe par la faculté elle-même. Et donc cette, cette... Elle s'appelle [...], donc cette interne qui est vice-présidente du syndicat des internes est en train de lancer une enquête auprès de tous les internes actuellement en DES pour savoir leur, heu... vécu psychologique, si ils ont envie d'arrêter leurs études, enfin voilà.

D'accord. Euh... Est-ce que vous...

Si vous voulez, je pourrai vous donner son mail, comme ça vous pourrez la contacter, voir où elle en est, quoi...

Oh, mais je suis également en contact, en fait, l'étude concerne d'une part les DMG, et d'autre part les... les associations locales en fait. J'interroge les deux types de structure.

D'accord.

Donc, le [nom du syndicat]... Le [nom du syndicat] ne m'a pas encore répondu mais (*rires*)...

D'accord.

Je vais... Je vais les...

Donc c'est... c'est [...] qui est la vice-présidente, qui est en charge de cette enquête.

D'accord. Euh... Concernant les internes dont vous avez mentionné... qui avaient plutôt des problèmes, des pathologies psychiatriques identifiées, savez-vous si la... euh... la commission médicale d'ARS est une... une structure pérenne ? Quelque chose qui concerne tous les médecins ? Que les internes ? Euh... Voilà. D'autres professions éventuellement ?

Ah, ben non ! Moi je... Enfin, disons que l'ARS c'est, en fait, c'est l'employeur, hein, qui doit vérifier ça. Donc avant c'était la direction des affaires médicales de l'hôpital, et maintenant c'est renvoyé à l'ARS. Et donc je n'ai aucune idée de... si ils voient autre chose, hein, je...

D'accord.

Moi je pense que si c'est des médecins installés, ça doit passer plutôt par le Conseil de l'Ordre, hein, quelque chose comme ça...

D'accord. D'accord, d'accord.

S'il y a signalement d'un confrère, qui a des problèmes d'alcool, ou des... qui va pas bien, je pense ça peut... Parce que l'idée, c'est aussi de voir est-ce qu'il faut faire une interdiction d'exercer, ça doit passer plutôt par le Conseil de l'Ordre, hein... Alors, alors que là c'est vraiment, cette commission médicale, pour les étudiants.

D'accord. Concernant le repérage des internes en début d'internat, donc vous mentionnez l'étude qui commence avec le [...], est-ce que vous savez si y a d'autres choses qui existent ? (*Hésitation*) Est-ce qu'il y a à [...] d'autres modalités, par exemple au tout début de l'internat, pour essayer de repérer éventuellement ces internes, ou d'évaluer l'aptitude notamment psychologique des internes qui commencent leur internat ?

Non. Non, je pense qu'il y a uniquement cette cellule d'aide aux internes en difficulté. À ma connaissance, hein.

D'accord. Est-ce que vous savez, ou saviez peut-être, qu'il y avait normalement un certificat d'aptitude aux fonctions d'interne, qui est normalement obligatoire et préalable à l'embauche ?

Oui, alors ben moi j'ai... j'ai eu à un moment des vacances au centre d'hygiène alimentaire, donc j'ai... j'ai eu besoin d'un certificat. Mais je pense que ce certificat, j'ai l'impression, c'est surtout ... se fait rapidement, sans évaluation intéressante, importante.

D'accord. Bon, concernant le repérage, c'est déjà beaucoup ! Est-ce que il y a, éventuellement, pour des internes, euh... est-ce qu'il y a eu des situations d'internes qui n'auraient pas validé des semestres, ou pas validé des stages ? Et est-ce que ces situations-là aboutissent à une... à une évaluation particulière ou à une surveillance particulière des internes ?

Oui, c'est-à-dire que bon, on a quelques internes qui sont très mauvais. Qui n'ont à notre avis pas forcément de problème psychologique en dehors d'un gros poil dans la main, et qui effectivement ne font pas leurs stages. Quelquefois, malheureusement, certains chefs de service valident le stage, en disant : « J'veux plus le voir, j'en ai marre ! » Mais disons que, y en a ! Ben, ça traîne, ça traîne, et puis je pense que certains n'auront pas leurs études à cause de ça.

D'accord.

Alors j'ai eu une fois, une fois, une fraude à un examen. C'est-à-dire que c'était un interne qui était censé être en gynécologie, qui n'y est jamais allé. Et donc le chef de service avait téléphoné à la secrétaire en disant : « Je veux surtout que cet interne ne soit pas validé ! » La se... la... la secrétaire lui dit : « Mais écoutez, monsieur, je suis désolée, vous venez de nous envoyer la validation ! » Et en fait l'interne avait pris un formulaire, et avait signé à la place du chef de service. Donc moi j'ai été contacté, et puis je l'ai, je l'ai reçu. Je lui ai dit : « Écoutez, c'est quand même grave... » C'était un... un (*rire gêné*)... un homme qui s'est mis pratiquement à pleurer, qui m'a dit des phrases complètement stupéfiantes. Il m'a dit : « Vous savez, je suis homosexuel et les sexes de femme, ça me dégoûte ! Et j'ai pas pu aller en gynéco. » Alors je lui ai dit : « Attendez, moi je suis hétérosexuel, et les sexes d'hommes me dégoûtent pas, j'regarde, c'est tout, et puis après on soigne. » Et donc, euh... il y avait donc fraude à un examen ! C'est quelque chose de grave. Et puis le... le doyen de l'époque a dit : « Bon, allez, on va lui demander de refaire son stage, c'est pas si grave ! » Bon, moi, j'étais un petit peu outré mais bon. Donc ce... ce monsieur a refait un stage en gynéco où il a dû aller, et il a réussi, quoi. Et son projet professionnel, je pense qu'il avait décidé de prendre des parts dans une clinique [...], pour faire des injections de *Botox* dans les... dans les figures des dames !

D'accord.

Voilà (*rires*). Une histoire un peu, un peu incroyable, comme ça.

D'accord. Pour la prise en charge de la santé des internes que vous recevez au sein de la cellule psychologique, on a mentionné globalement deux situations : les internes qui ont d'authentiques

pathologies psychiatriques, euh... qui sont pris en charge au niveau de l'ARS ; et euh... et puis les internes qui ont plus des situations de syndromes anxio-dépressifs ou des, peut-être des burn-out, hein, si ça...

C'est ça... Oui, oui...

... si ça rentre dans le cadre du travail...

Absolument.

Vous avez exclusivement un rôle d'orientation ? Est-ce que vous avez, éventuellement des personnes référentes à qui vous les adressaient ?

Alors... Alors non, alors pas seulement d'orientation, on a aussi le rôle d'aménagement du cursus.

Oui.

Hein ! Donc on leur prend, on leur conseille éventuellement en leur disant, on leur rappelle que si, si... leur stage est validé, si ils font au moins quatre mois sur six, c'est-à-dire qu'ils ont le droit d'être deux mois sur le... sur les six mois en arrêt de travail...

D'accord.

Et puis ensuite on essaie d'aménager les choses. Mais par contre, au niveau orientation, on oriente vers personne ! On leur dit : « C'est à vous de trouver euh... votre euh... votre suivi psychiatrique ou psychologique, et votre médecin traitant, l'arrêt de travail ! » C'est que nous, on s'occupe pas du tout de ça.

D'accord.

Et je pense que ce ne serait pas souhaitable, d'ailleurs. Parce que ça mélangerait le rôle, disons de... d'évaluateur, de pédagogue et le rôle de soignant. C'est pas du tout la même chose à mon avis.

D'accord. Savez-vous si il y a eu des situations d'hospitalisation, même, pour certains internes ?

Euh... Ça, je ne sais pas.

D'accord.

Ah oui ! Si, si ! Enfin je pense... Si, si ! On en a eu deux comme ça qui ont été hospitalisés parce qu'ils avaient des psychoses.

D'accord. Donc ça c'est plus quelque chose...

Je me rappelle d'une interne comme ça qui... Une interne, pardon, c'était un peu après la mort de [personnalité connue], qui à la cafétéria commençait à parler à ses couverts et à ses verres, euh... Qui finalement, frappait tous ses... tous ses co-internes, et ensuite par rapport aux patients, elle leur disait pendant ses stages qu'il fallait surtout arrêter tous les traitements et se mettre à prier, qu'ils guériraient comme ça. Et que c'est les voix qu'elle entendait qui lui disait ça. Donc elle, elle a été hospitalisée rapidement, et elle a repris ses études par la suite, hein, une fois qu'elle était complètement, disons, améliorée et stabilisée sous neuroleptiques.

D'accord. Est-ce que, euh, vous avez déjà eu des situations d'internes pour lesquels effectivement la, la pratique... Enfin, vous m'avez dit qu'il y a des internes effectivement qui ne pouvaient pas reprendre ? Euh...

Oui ?

Est-ce que vous savez ce qu'il advient de ces internes qui peu... qui sont inaptes à la pratique de la médecine, y compris de la médecine générale ?

Ben... Y en a une qu'on a... qu'on a [...] vu plusieurs fois, et son projet [...] de faire des prothèses orthopédiques. Puisque elle était en stage en rééducation, et une chose qui lui a plu, c'est de bien

travailler avec les gens qui fabriquaient les prothèses. Et donc, [...] avoir une équivalence pour ce métier d'orthoprothésiste, quoi.

D'accord.

J crois qu'elle p... j crois qu'elle [...] un an de validations, de choses comme ça, euh... Voilà, j'en ai un autre qui est... qui était venu de [...]. À [...], on a la moitié des internes qui viennent nous voir qui viennent d'autres régions, hein.

Oui.

J'avais fait dirigé une thèse d'ailleurs qui s'appelait « Pourquoi [...] ? », et on s'est rendu compte que la... la... C'est que nous sommes [...] région de France, et y a que [...] départements, et où que soit l'interne en stage, il peut revenir à [...] la nuit.

Oui.

Et que c'était entre autre la région pour laquelle (*rires*)... parce qu'ils ont des bons professeurs, et ben pas du tout !! (*Rires*) C'est parce qu'on est une région petite !

D'accord.

Et donc... Et donc voilà, c'est... Et donc ce jeune homme de [...], d'après ce que je sais, a pris euh... est dans le... dans une banque à faire du *trading*.

D'accord. Donc plus du tout de la médecine !

Ah, plus du tout !

D'accord.

Et... et quand je l'ai vu, je lui ai... Il était complètement affolé, je pense que... C'était pas bon pour lui.

D'accord. Euh... Alors, il y a certaines villes où, euh... il semblerait qu'il y a des situations où les internes sont autorisés à finir leur cursus, moyennant quoi on les restreint à certaines spécialités ou à certaines pratiques euh... non cliniques ? Est-ce que c'est quelque chose dont vous avez déjà entendu parler à [...] ?

Alors, on a eu cette discussion entre nous, avec [...] donc qui est professeur associé avec moi, qui a pris ma suite comme président du département. Nous sommes contre ça, en disant, la personne est Docteur en médecine. Si on pense qu'elle est dangereuse dans sa pratique clinique, il est pas question de lui donner un titre qui lui permettra ensuite, éventuellement, de faire des bêtises. En se disant, imaginons qu'il y ait une grosse erreur après, et que euh... il y ait une plainte, mais qui est-ce qui a validé cette personne en sachant qu'elle était pas du tout euh... adéquate pour la, la... le suivi des patients ? Donc, euh... Moi je préférerais qu'il y ait une espèce de, d'autre diplôme, euh... qui autre que... je sais pas, de médecin ou de... mais sans pratique clinique, mais que ce soit un diplôme qui soit clair, en disant, alors ils feraient peut-être, je sais pas moi, du... de la traduction d'articles médicaux, des choses comme ça... Mais pour l'instant, je crois que le Docteur en médecine permet de tout faire ! Et donc, si on le donne, le médecin pourra tout faire.

Et oui.

Et s'il est pas capable, à mon avis... à mon avis, faut pas lui donner !

D'accord.

Alors si... si effectivement il y avait un texte, un diplôme, médecin « B », qui dirait que, quand ceux qui ont ce diplôme de médecin « B » peuvent faire des tas de choses mais pas de la médecine clinique, pourquoi pas ? Mais tant qu'il y est pas, on n'est pas tellement favorable à [...].

D'accord. Juste une dernière chose, je reviens sur votre rôle de... d'aménagement des stages. Je voulais savoir si il y avait également des choses prévues au niveau universitaire, notamment par rapport à la

validation des... des RSCA, ou des... ou ce genre de choses, pour éventuellement des internes qui auraient raté, pas présenté leurs RSCA, ou pas assisté à certains groupes de discussion, euh... comme par exemple, y a les apprentissages par problème...

Non... Non, non, la validation du DES est la même pour tous.

D'accord. O.K.

Donc, heu... Il faut qu'ils aient validé leurs stages, il faut qu'ils aient fait leurs RSCA, le mémoire de DES, dans les temps, enfin donc... Non, non.

Très bien. Une dernière chose, est-ce que... Vous avez mentionné tout à l'heure les per... les internes qui validaient parce qu'ils avaient réussi à faire, malgré leurs éventuels arrêts de travail, une durée de quatre mois... Est-ce que vous avez déjà, utilisé, envisagé la situation des surnombres non validants, pour un interne qui serait vraiment en difficulté, comme dans le cadre par exemple d'une... comme c'est fait pour les grossesses ?

Euh... Non.

D'accord.

Mais pourquoi pas !

Pourquoi pas ?

Pourquoi pas. Alors on a... On a aussi euh... le projet professionnalisant. Donc on a euh... Les internes peuvent déposer un dossier qui ne rentre pas dans le... Par exemple, pour des stages qui n'étaient pas validés pour l'instant pour le DES de médecine générale, en disant : « Voilà, j'ai un projet particulier, type médecine humanitaire, j'aimerais partir... », par exemple... On avait un contrat avec [ville étrangère]. Par exemple, on a euh... des internes qui peuvent partir là-bas, et donc, pendant six mois, payés par [...], hein, puisque là-bas, ils ont pas de sous, pour des projets... Et ça, on le met en place pour des internes qui ont un... qui ont un, une envie particulière.

D'accord. J'ai pas, heu... saisi l'endroit, vous m'avez dit ?

[...]. C'est, ah oui, vous... C'est l'hôpital qui avait été créé par [...]. C'était donc un médecin humaniste [...], et donc on a des... Ça se passe, c'est au [pays étranger], hein. Donc on a des contacts particuliers puisque la fac de [...] soutient l'hôpital de [ville étrangère].

D'accord. Très bien.

[...] étant une figure locale, on essaie de la... de l'aider, quoi !

Oui. Bon, bien écoutez, je crois qu'on a fait le tour. Merci.

Alors, je serais ravi si vous pouviez m'envoyer une copie numérique de votre travail une fois qu'il sera fini, parce que c'est intéressant.

C'était... Voilà, c'était la question suivante.

Et bien la réponse est oui (rires) !

(Rires) Merci beaucoup.

Bon, et bon courage pour votre travail ! À bientôt, au revoir !

Au revoir !

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 3

Oui, allô ?

Oui, [...] ?

Oui.

Oui, bonjour. David, l'interne toulousain.

Bon...

Oui, tu m'entends bien ?

Oui, oui.

Parce que je suis en haut-parleur comme je... j'enregistre l'entretien, donc voilà, je voulais juste m'assurer que tout était bon de ton côté.

Oui, oui, pas de souci.

O.K. Impeccable. Euh... Dis-moi, juste, comme on a des velléités de publication sur cette thèse, euh... c'est très officiel, on a fait une déclaration à la CNIL. Donc j'ai un petit topo à te, à te faire avant rapido, et puis après on démarre si ça te va.

O.K.

Voilà. Donc euh... c'est une thèse de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier de Toulouse, euh... qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc la conversation est... va être enregistrée avec ton accord. Euh, tu peux bien sûr t'y opposer, heu... car ton accord verbal est requis. Et tu peux sans justification accepter de t'opposer à cet enregistrement... euh, pardon, refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Et en cas d'enregistrement, la conversation sera retranscrite et anonymisée. Les enregistrements seront conservés pour une durée de trois mois au maximum, et la retranscription des entretiens, euh... les verbatims qui en seront issus seront versés en annexe de la thèse. Donc... sachant cela, es-tu toujours d'accord pour participer et pour être enregistré ?

Oui, oui, pas de souci.

Très bien. Donc je t'informe que les données que nous recueillons, euh... te concernant sont donc ton nom, ton prénom, ton... ta structure d'appartenance... ta fonction au sein de cette structure, ton... l'adresse professionnelle postale et électronique de cette structure, le numéro de téléphone à usage professionnel, euh, ton âge, ton sexe euh... et le contexte de cet entretien... actuel ainsi bien sûr que ta voix et cette conversation. Et euh... que ces données feront l'objet d'un traitement informatique. Bien sûr, toutes ces données seront supprimées également dans une durée... dans une durée maximale d'un an, en... en pratique, d'ici au passage de ma thèse en fin d'année. Et les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour l'analyse et le codage. Et donc, je te demanderai dans la mesure du possible de ne pas donner d'informations personnelles, concernant les éventuels internes en difficulté que vous auriez été amenés à prendre en charge, heu... dans le cadre de... ben de votre activité. Voilà. C'est bon pour toi ?

O.K.

Parfait. Alors, euh... donc... Question très générale : à [...], vous avez un statut de syndicat ou d'association ?

[...].

De [...], O.K. Dont tu es le [...] ?

Tout à fait.

En exercice... Très bien. Je vais te demander ton âge ?

Alors, [...] ans.

[...] ans... D'accord. Et là, actuellement, tu es à ton domicile ?

Euh, oui, tout à fait.

O.K. Très bien. Le nom de la faculté, à [...], votre euh... de l'université, pardon, si y a en a qu'une ou si y en a plusieurs, je sais pas. Vous avez probablement un nom propre rattaché ?

Euh... Non, justement. Maintenant, avant y avait, c'était l'Université [...], sauf que maintenant qu'on est fusionné à, euh... aux autres, c'est l'Université de [...] avec un grand U. Enfin voilà, quoi.

D'accord. D'accord... Peux-tu me dire le nombre approximatif d'internes qui sont adhérents à votre structure, toutes promotions confondues ?

À peu près [...] j'dirais, [...].

Et le nombre d'internes inscrits en DES, toutes promotions confondues ?

Attendant la thèse aussi, ou pas ?

Oui.

Euh... Doit y avoir [...].

[...] Euh, là, tu inclus les spés ? Ou c'est que les « médecine générale » ?

Que les « médecine générale ». On a des promos de [...] et on en a à peu près cent, cent cinquante qui sont en attente de... de...

De validation ?

De... Enfin, qui sont inscrits à la fac mais qui sont pas thésés, donc en fait y sont... y sont toujours internes techniquement, puisqu'ils sont pas... y sont pas inscrits au tableau de l'Ordre.

Tout à fait.

C'est ça. Donc on a [...] T1, [...] T2, [...] T3, et y doit y avoir, ouais, une centaine de... de non-inscrits en attendant d'être thésés.

D'accord. Donc il y a quand même un nombre relativement important d'internes qui ne sont pas inscrits [à la structure], à [...] ?

Pour l'instant, non, effectivement. C'est un autre petit souci.

D'accord.

Ça ne nous empêche pas de les aider, techniquement.

Non, non ! Bien sûr ! Vous êtes la seule structure pour les internes de médecine générale, ou pas ?

L'autre structure, l'[,], se revendique de médecine générale, sauf qu'en fait ils ont rien de particu... enfin, c'est plus pour faire la fête, quoi ! On est la seule structure euh... techniquement reconnue aussi bien par l'ARS que le DMG que la faculté comme représentant des internes de médecine générale.

D'accord.

Eux ils doivent en avoir une dizaine, quoi ! Ça reste anecdotique.

D'accord. C'est la structure, euh... c'est la structure historique des internes de spécialités ?

C'est ça ! Qui, ben j'pense qu'on t'en aura parlé, de manière générale en France, une qui font des offensives, pour récupérer les adhérents des structures de médecine générale.

D'accord. O.K. Euh... Peux-tu me dire le nombre approximatif de membres actifs dans le bureau de [ta structure] ?

Alors ça, c'est une question piège ! Qu'est-ce que t'entends par membre actif ?

Ben, disons, les gens qui... qui sont présents aux réunions de bureau et qui vraiment participent à la vie [de la structure], quoi.

C'est un peu compliqué en médecine générale parce qu'effectivement nous, en [...], c'est très varié. On a bien une dizaine de personnes qui sont investies, c'est-à-dire qui travaillent. Elles sont pas forcément présentes aux conseils d'administration mais, elles vont créer des guides euh... contacter des structures... elles vont avoir vraiment une activité significative, quoi.

D'accord.

Sans pour autant forcément avoir... (il s'interrompt)

O.K. C'est bon. Sais-tu approximativement le nombre d'enseignants universitaires et associés que vous avez ? En comptant les PU, les PA, les MCU, les MCA, euh... et les chefs de clinique ?

(Silence) Huit ou neuf.

D'accord.

Et encore je suis généreux, huit ou neuf.

O.K. D'accord.

Euh, alors attends ! Je... je calcule, pour essayer d'être plus précis. On a deux professeurs, un d'honneur, on a trois MCU, euh... trois... ouais, neuf. Huit, neuf.

D'accord. Et, combien de chargés de cours, à peu près ? Ça c'est plus dur, peut-être, tu sais peut-être pas.

Ouais, ça, je... je serais incapable de te dire.

D'accord.

Chargés de cours, c'est-à-dire ? Qui donnent des cours ou qui se chargent des subdivisions pour organiser les cours avec les personnes présentes ?

Non, en gros, le nombre de personnes qui donnent des cours... Donc c'est, c'est... la plupart, c'est des... c'est des médecins généralistes, j'imagine, mais...

Alors à la grosse grosse louche, en admettant... Alors... Donc on a les subdivisions, on va dire qu'il doit y avoir quatre intervenants par [unité géographique], on a quatre [unité géographique] sur [nom de la région], quatre, cinq, six, sept, huit... euh, huit fois cinq... Ouais, y doit y en avoir une quarantaine, à peu près !

D'accord. O.K., ça marche. Bon, on va commencer du coup. Alors, première question qui est très, très, très globale. Qu'est-ce que tu penses, à l'heure actuelle, de ton point de vue de [...], de la santé globale des internes de médecine générale dans ta ville ?

(Silence) Hmm... Euh... Précaire. Je dirais. C'est à dire que ça va très très bien, enfin, ça peut aller très bien, sauf que quand il va y avoir une situation compliquée, ça va tout de suite devenir

catastrophique parce que... ben, y a pas les réflexes d'aller voir les gens en cas de difficulté, y a un petit peu ce mythe du surhomme, que le médecin il est pas censé souffrir, il est pas censé, avoir des difficultés psychologiques... et qu'à ce titre, du coup... il a... il a pas le droit de se plaindre, quoi. Du coup, c'est très compliqué parce que dès qu'il va y avoir un problème en fait, il va... il va être exacerbé par ça. C'est pour ça, je dirais précaire parce que ça va bien, mais quand ça va pas, ça va pas très fort, quoi.

D'accord. Donc tu dirais que globalement, ils vont bien tant que tout va bien.

C'est ça. Donc dès que ça va plus, ça va plus très fort.

D'accord. Peux-tu me décrire un petit peu les démarches que vous avez éventuellement au niveau de la structure, lorsque vous avez des internes qui présentent des situations de difficulté ?

(Silence)

Comment cela se passe ?

Alors... Alors on va avoir d'abord... En général on va communiquer l'information... On va déjà, on va communiquer avec l'interne, voir si c'est pas des difficultés de compréhension, d'adaptation, voir si on peut pas gérer un truc, le problème au local sans forcément en référer au département de médecine générale. Donc l'exemple, c'est l'interne qui est en difficulté psychologique, ou autre, et qu'on va réorienter euh, vers la médecine du travail... pour essayer par exemple de lui faire sauter des gardes, que ça aille mieux. Si jamais on a des difficultés au niveau local et qu'en fait on arrive pas à corriger le... le tir de nous-mêmes, on va aller avertir le département de médecine générale, euh... qui selon les situations peut être particulièrement aidant, et si nécessaire on peut, ça nous arrive de temps en temps également, faire appel à l'ARS, qui a également un certain pouvoir... enfin notamment, agir sur les causes, hein ! Ça va être... une surcharge de travail, des difficultés de service... En fait, l'ARS est un autre moyen puisque... en fait, je... j't'expliquerai pas la différence entre l'ARS et le DMG mais, vu qu'il y en a un qui... vu que chacun a un rôle très spécifique...

Oui ?

... C'est très pratique pour pouvoir agir sur les origines des problèmes la plupart du temps.

D'accord. Concrètement euh... Tu viens de me dire : « On les oriente vers la médecine du travail, pour éventuellement diminuer le nombre de gardes », c'est... Vous travaillez en partenariat avec la médecine du travail à [...] ?

Euh... Pas vraiment, on va dire. On a... on a la capacité de temps en temps... Enfin, on sait qu'il faut y fai... on sait qu'on peut y faire rec... y avoir recours...

Oui ?

... Y a eu des réunions pour essayer de mettre en place des... la prévention du burn out, des choses comme ça...

Oui ?

... sauf que dans les faits euh, dans les faits, rien n'a encore été mis en place, et on n'a pas de communication avec les médecines du travail des zones périphériques. La plupart du temps, c'est des initiatives locales, mais dirigées vers eux. C'est pas un partenariat, c'est vraiment nous qui utilisons notre expertise pour les orienter.

D'accord. Vous n'avez pas, au niveau de la médecine du travail au CHU, sur [...], un référent particulier ?

En tout cas, je ne suis pas au courant. Ce qui veut dire qu'il ferait mal son travail (rires) !

(Rires) D'accord. D'accord. Euh, l'autre chose que tu m'as dit, c'est qu'il y avait éventuellement possibilité de diminuer le nombre de gardes ? C'est quelque chose que vous organisez au niveau de la structure en partenariat directement avec le lieu de stage, ou c'est quelque chose qui est formalisé par le... par le DMG, comment ça se passe ?

Non, c'est strictement loco-local, et y a aucune règle générale. Donc typiquement, l'interne qui est épileptique, on lui fait sauter ses gardes en discutant un petit peu avec euh... avec la médecine du travail ; l'interne qui est en difficulté psychologique, on en a un... Maintenir en fait... Par exemple une raison typique, l'interne en question a des difficultés face à la prise de décisions. Donc typiquement les gardes sont des moments de notre formation où on est particulièrement en prise de décisions. Donc euh, la médecine du travail, on va essayer, on a discuté... Enfin, on va pas discuter avec eux, c'est... Ils ont déterminé avec lui que c'était mieux de le retirer des plannings de garde, pour ne pas lui donner de décision à prendre, de facteurs stressants, quoi !

D'accord. Pour aborder un thème différent, tu m'as dit que la plupart du temps c'est les internes qui vous contactaient. Est-ce que il y a d'autres modalités pour repérer les internes en difficulté que l'auto-signallement, au niveau de la... de la... [de la structure] ?

Oui oui, alors la plupart du temps oui, mais souvent aussi c'est euh... les proches ! C'est-à-dire que, c'est souvent les gens qui se rendent compte qu'il y a des situations difficiles, qui nous contactent en nous disant : « Ben tiens, là y a un problème, il faudrait agir ! »

Les co-internes ?

Souvent... Voilà, co-internes ou euh... L'exemple typique, c'est en cours, quelqu'un [de la structure] qui entend que là-bas, il y a une difficulté. Donc en fait, soit c'est la personne qui en parle directement, ça nous revient par bouche-à-oreille, et on vient contacter l'interne en suivant, en disant : « Ben on a entendu dire que, est-ce que c'est vrai ? » Soit c'est directement des co-internes qui nous appellent, en disant : « Ben là on a vu qu'il y avait une difficulté, faudrait bouger ! » À l'heure actuelle, on n'a pas encore et c'est très regrettable, c'est très très regrettable, de démarche proactive, en allant voir les services concernés, à difficultés, pour essayer de faire bouger les choses. On y a... on peut agir sur certains terrains, on sait, quand c'est particulièrement complexe...

Oui ?

Bon par exemple, y en a un, y avait deux burn out... Du coup, au bout du deuxième burn out, on a suivi les internes, on leur a posé des questions, car on était à côté. Mais le volume des terrains de stage, parce qu'il y en a quand même beaucoup, hein, en [...] y en a des centaines, fait que, vu nos effectifs, il est pas envisageable d'aller vérifier chaque terrain, service, savoir si y a des problèmes, quoi.

Donc vous règl...

En fait, on n'est pas proactif, plus tôt !

Ouais. Vous faites de la prévention secondaire !

Voilà, on fait un peu de prévention secondaire. On... on cherche à récupérer des informations mais on se rend rarement sur les lieux où on... pour aller voir les endroits qu'on sait difficiles pour savoir ce qui s'y passe.

D'accord. Est-ce que vous avez euh... envisagé ou même réalisé de la prévention directement au niveau des internes, par des mesures notamment de sensibilisation ?

On tente, on tente, mais le problème c'est qu'à l'heure actuelle, ces mesures sont très euh... sont très euh... ciblées, en fait sont ciblées au moment des choix de stage. Et l'attention des internes au moment des choix de stage, si t'es toi-même interne tu dois savoir qu'elle est proche du néant ! Donc en fait la grosse difficulté qu'on a, c'est qu'ils ne nous écoutent pas, quoi !

Tellement ils sont concentrés et obnubilés par ce qui va advenir de leurs six prochains mois...

C'est ça. En gros, la difficulté, c'est qu'on ne bénéficie pas, c'est... Pour tout te dire, un des projets [de la structure] des internes de médecine générale, en collaboration avec le département de médecine générale qui a reconnu que ce serait intéressant et utile, c'est à terme de créer un poste de « chargé de burn out », qui irait justement faire un travail un peu plus proactif.

D'accord... Qui serait un membre du DMG ou un membre [de la structure] ?

Ah non, [de la structure] ! Le DMG a des problèmes d'effectifs chez nous, tu... t'auras pu le voir avec les calculs, tout ça, puis en voyant combien on a d'internes et combien on a d'enseignants... On est un des plus mal lotis de France j'ai cru comprendre, en tout cas c'est ce que notre DMG se plait à nous... à répéter.

Oui.

Du coup, ce sera forcément de nous que viendra la solution. Ce qui est un peu triste, d'ailleurs, mais bon... *(il baisse la voix)*

D'accord. *(Silence)* À titre purement indicatif, je sais pas si je laisserai ça dans l'entretien, mais je te signale qu'un des... une des villes que j'ai interviewée a à peine plus d'enseignants que vous, euh... un nombre d'internes similaire, et malgré tout un professeur chargé de la cellule psychologique.

Ah, ça serait intéressant, ça !

Ça serait mervei... C'est une initiative qui à mon avis est rare mais euh... qui je pense euh... sera mise en avant sur mon... sur mon travail final !

Ah mais il faut, hein ! Profites-en ! Là c'est tout à fait officieux par rapport à la suite, mais la difficulté, c'est que, souvent, la... la qualité de l'enseignement elle est extrêmement... personne dépendante, quoi !

Ouais ?

Dans le sens où, il suffit d'un membre du DMG spécialement impl... spécialement motivé et intégré, pour faire changer les choses de manière radicale.

D'accord. Est-ce que tu penses que c'est une des raisons pour lesquelles peut-être la santé des internes à [...] est moins bonne que dans d'autres villes ?

Non... Je pense pas. Puisque au final, je pense que c'est généralisé le fait que des départements de médecine générale sont plus sensibles à cette situ... à cette euh...

Problématique ?

À cette problématique. À [...], on a un avantage quand même qu'il ne faut pas nier, c'est qu'il est relativement simple d'obtenir un surnombre pour raisons médicales.

D'accord.

Si l'interne va mal, on peut lui obtenir un surnombre assez facilement. Par des fléchages ou des choses comme ça.

C'est un surnombre validant ou non-validant ?

Les deux sont facilement obtenables... et euh, de même que le fléchage. C'est pas très compliqué d'obtenir un fléchage.

D'accord. Donc ça c'est une situation qui est prévue, pour les internes en difficulté, euh... l'orientation, enfin l'adaptation du terrain de stage ?

Alors c'est pas l'adaptation, c'est le surnombre ! Parce qu'on a déjà eu des internes obtenant un surnombre à droite ou à gauche, et au final, ben dans les textes, le surnombre c'est juste que ça permettra au service de tourner une fois que l'interne sera éventuellement en arrêt. Mais en fait, le texte sur les surnombres n'encadre absolument pas le... le travail du surnombre ! Donc en fait techniquement, on a des surnombres qui travaillent autant que des non surnombres alors qu'ils devraient travailler moins, mais la loi... la loi, enfin c'est compliqué... mais la loi n'autorise pas forcément le surnombre à demander à travailler moins.

D'accord. Et tu as évoqué aussi la possibilité des fléchages ? Du coup, on pourrait penser qu'un stage fléché pour un interne en difficulté va justement être choisi en raison de sa plus grande facilité de réalisation... ou d'horaires plus « cool », et cetera ?

Non, en général, le fléchage, c'est plutôt pour les euh... la proximité. Exemple, femmes enceintes ou euh... interne qui peut pas faire trop de voiture parce que spondylarthrite ou des trucs comme ça. Mais le caractère facile ou pas des stages n'est pas euh... n'est pas retenu, quoi !

D'accord. Donc à ta connaissance, il n'y a pas eu de situation d'internes qui soient en difficulté psychologique, et pour lesquels on ait spécifiquement fléché un stage euh... du fait de... d'un chef de service plus conciliant, ou d'horaires adaptables... et cetera ?

Pas que je sache, non.

D'accord. Est-ce qu'il y a eu à [...], à ta connaissance, des situations de stages non validés, et est-ce que ces situations donnent lieu à une évaluation particulière, et éventuellement à une adaptation, pour les internes ultérieurs ou pour l'interne en question ?

Oui, c'est assez fréquent quand même. Ouais, on a des stages qui sont invalidés sur des... enfin, concernant des internes, qui... D'ailleurs en général ils sont surveillés... Il arrive assez régulièrement que l'interne se refasse invalider. Que celui qui s'en fasse invalider un s'en refasse invalider un deuxième derrière, c'est pas exceptionnel. Après euh... Modifier le stage parce que l'interne a été invalidé, ça c'est... Pas à ma connaissance. En général on en dit que si l'interne est invalidé, c'est la faute de l'interne, et c'est rarement la faute... le stage qui est remis en question.

D'accord.

De manière générale, alors ce qui peut arriver, ce qui est déjà arrivé, c'est qu'on a un souci dans un stage, par exemple un interne qui se met en burn out parce que le chef a été trop exigeant ou parce que y a des conditions qui ne sont pas acceptables. À ce moment-là, le chef de service décide d'invalider l'interne entre guillemets en tant... en... pour se venger. Mais le département de médecine générale ayant été informé de la situation sur place comprend que l'invalidation n'est pas le fait de la mauvaise qualité du travail, mais d'une sorte de vengeance personnelle. Et sur la foi d'un dossier précédent qui... qui est pas émaillé de problèmes, le validera quand même... contre l'avis du chef de service.

D'accord.

Donc quand un interne est invalidé, c'est qu'il y a un accord entre guillemets du département qui considère qu'effectivement c'est un problème de l'interne, et à ce moment-là ce ne sera pas le stage qui sera remis en question.

D'accord. Est-ce que des stages invalidés comme ça ont pu révéler euh... autre chose que un simple burn out ou des troubles légers, euh... éventuellement des pathologies plus lourdes ?

(Silence) On a... l'exemple d'un stage, euh qui a... qu'un interne a fait une tentative de suicide, quoi. Donc *a priori* une pathologie lourde sous-jacente.

D'accord (*bruits de papier*). D'accord, d'accord. Donc, on a beaucoup... on a mentionné plusieurs fois le burn out. Euh... De quelle façon les internes qui présentent de tels troubles sont-ils soignés, orientés ? Est-ce que vous intervenez à ce niveau-là de la prise en charge en tant que [structure] ?

Alors là, c'est particulièrement complexe, parce qu'en fait, souvent quand on arrive à gérer une histoire de burn out, c'est que... on avait quelqu'un de proche. Par exemple le dernier cas, enfin... le cas auquel je pense...

Oui ?

C'est un de mes co-internes. Du coup, il savait que j'étais [...], il est venu me... me contacter, lorsqu'il était en difficulté. Et du coup, en suivant, j'ai pu l'aider, parce qu'il savait que j'étais à côté, et du coup ça lui a permis de se... de délier sa langue, quoi !

Ouais.

A contr... a contrario, j'ai jamais eu de cas de burn out où les internes se sont spontanément proposés à moi. Ce qui est d'une grosse difficulté d'ailleurs...

D'ac...

Jamais, peut-être pas, mais c'est assez rare. J'en ai peut-être une, qui l'a fait.

Tu... Pardon ?

Et voilà.

J'ai pas compris...

Alors concernant les internes qui ont des pathologies psychiatriques, ou type burn out, j'en ai jamais eu qu'une seule qui est venue me voir spontanément, à l'exception de mon co-interne.

D'accord.

Donc on sait que ça existe, mais on a aucun retour sur le nombre ou des choses comme ça.

D'accord. Et vous avez pas spécialement de partenaire ou de gens à qui vous pouvez les orienter, à part comme tu me disais toute à l'heure, le DUMG, enfin le DMG, et éventuellement l'ARS ?

C'est ça, on, on... Une fois de plus, on essaie de jouer en partenariat avec la médecine du travail, sauf qu'à l'heure actuelle, on a aucune preuve de l'efficacité euh... de l'efficacité de ce partenariat entre guillemets, dans le sens où... La seule fois où on leur a adressé un, ça a quand même fini en tentative de suicide. Donc... on se pose l'intérêt de collaborer avec eux pour l'instant...

D'accord. Euh... Tu m'as dit qu'il y avait donc des possibilités éventuellement de surnombres facilement dans votre ville ? Hormis cel... hormis ce... cette possibilité-là, est-ce que pour les internes qui ont des difficultés, il y a des possibilités prévues, je veux dire pérennes, éventuellement des choses qui auraient été discutées en amont avec le DMG, pour adapter euh... le terrain de stage à proprement dit, que ce soit en hospitalier ou en ambulatoire ?

(Silence)

Je veux dire par exemple une adaptation des horaires, euh une... un encadrement plus important, ce genre de choses ?

Peut-être en cours de... discussion avec le DMG mais moi j'ai pas de... P't-être que le DMG l'a fait spontanément mais moi j'ai pas cette notion-là.

D'accord. Donc en tout cas, si ça a été fait au niveau du DMG, c'est pas quelque chose sur lequel vous collaborez.

Voilà... Alors c'est nous qui les, qui leur signalons. Le DMG, les rares cas dont ils sont mis au courant, la plupart du temps c'est grâce à nous.

D'accord. Vous avez donc plus un rôle de, d'observateur et de... de... de signalement, en quelque sorte. Et de réorientation vers le DMG.

Voilà, on a un rôle un petit peu d'orientation. Après de manière générale, y a... il y a des fois où les internes nous demandent spécifiquement de ne pas contacter le DMG.

D'accord.

Alors à ce moment-là... À ce moment-là, on gère la... on essaie de gérer la situation seul ! Même si on essaie rapidement de leur faire comprendre qu'ils ont tout à gagner à contacter le département aussi. Euh... et après pareil, on est j'dirais une sorte de soutien, parce que y a une confiance à [...]

envers le département de médecine générale qui est pas... qui est pas excellente, hein ! Il ne bénéficie pas d'une très bonne réputation. Du coup, euh... on... on est là, pour faire le lien, quoi, aussi ! C'est ça qu'on a signalé, en fait, on est là pour faire le lien également !

D'accord. Les relations que vous, vous entretenez avec le DMG sont plutôt bonnes ? Tu parles d'une relation qui n'est pas excellente, mais plutôt des internes vers le DMG. Et pour ce qui est [de la structure] et du DMG, ça se passe bien ?

Oui, oui, ça se passe bien ! En fait, la réputation n'est pas qu'ils sont méchants ! La réputation, c'est que c'est un peu des charlots, entre guillemets. Dans le sens où heu... heu... ils ont la réputation de... d'être un petit peu... ben d'être peu axés nouvelles technologies, en gros !

(Rires)

C'est-à-dire que, ils sont très... Ils cherchent à vendre constamment leur éducation, leur portfolio, et euh... même si ils expliquent souvent qu'ils sont là pour aider les internes, les internes, ça, ils l'ont pas encore intégré.

D'accord. Ils ont... Ils conservent une image un peu *old fashioned* qui n'plaît pas trop aux internes ?

Voilà, c'est ça ! Et qui est un frein maintenant à l'assimilation... Associé à ça aussi, j'ai régulièrement eu comme commentaires de la part des internes : « Oui, mais si je signale que j'ai des difficultés, est-ce que ça risque pas de me... de me desservir, plus tard dans ma carrière ? » Alors qu'en fait non, y a aucune chance ! Mais il y a aussi cet aspect un peu institutionnel qui fait un peu peur.

D'accord. *(Silence)* D'accord, d'accord. Euh... Donc pour euh... avancer un petit peu, est-ce que tu sais si la situation de... d'internes qui n'auraient pas pu valider leur DES s'est présentée, et si il y a éventuellement... comment dire, une possibilité de tolérance par exemple du DMG pour la validation du DES, le... les obligations du portfolio, et cetera, pour ces internes en difficulté ? Ou bien ils doivent faire exactement comme tous les autres ?

Alors, y a une commission « internes en difficulté » où des décisions sont prises, à laquelle on n'est pas convié, euh...

C'est dommage !

Du coup, savoir... Oui, mais après... après comme c'est pas forcément quelque chose de tout à fait cadré par la loi, puisque ces commissions entre guillemets d'internes en difficulté, c'est strictement fac-dépendant, c'est clairement pas encadré. Donc... si c'est pas encadré, y a rien qui, qui oblige notre présence. Donc...

Non, bien sûr...

... on communique en amont avec le département pour faire remonter les difficultés, et tout ça, mais on n'est pas physiquement présent dans la réunion et je... Je sais que d'une manière générale, entre filières, il y a souvent des échanges. Là les chirurgiens, il y avait quelqu'un de complètement incompétent en chirurgie. Ils nous l'ont envoyé en médecine générale parce qu'il était pas... il avait rien à faire en chirurgie. Il va être dans un terrain de stage avec un senior du département de médecine générale. Et s'il est... s'il est incompétent à la suite de ce stage, il sera envoyé en médecine du travail ou en... ou carrément en épidémiologie et puis il aura pas le choix, quoi.

D'accord. Donc cette...

Soit ça, soit...

Cette commission dont tu me parles, « internes en difficulté », elle ne concerne pas que la médecine générale ?

Non, elle peut concerner tout le monde, effectivement.

D'accord. Et elle a un rôle, notamment, de réorientation des internes qui sont considérés comme inaptes à leur... à leur pratique actuelle ?

C'est... ça peut arriver. C'est des situations exceptionnelles, on parle d'un cas sur les six cents internes, par contre, hein !

Oui, oui, d'accord. Et est-ce que tu sais si, à part cet interne que tu mentionnes, si y a déjà eu des situations pour des internes de médecine générale, considérés comme inaptes à leur pratique, et réorientés d'une façon ou d'une autre ?

Pas que je sache.

D'accord.

En générale, c'est des internes qui vont demander eux-mêmes à changer de si... de... à changer de cursus, quoi.

D'accord. Et qui ne sont plus dans les clous pour une demande de hors-filière, par exemple ?

Alors là, je... Ça dépend, en fait, c'est des discussions avec les internes. Y a des internes qui sont... opposés à rester dans la médecine-même, au domaine médical. À ce moment-là, on peut leur proposer des hors-filières ou des changements, ça ne les intéresse pas. Y en a un qui veut faire kiné, l'autre elle sait pas trop ce qu'elle veut faire. Elle veut juste passer le doctorat rapidement pour pouvoir changer avec une équivalence... Mais on a n'a de... On n'a pas plus d'infos, quoi !

Ouais. Et ça, c'est des situations qui vous ont été rapportées de personnes qui veulent arrêter carrément la médecine ?

Ah, oui, oui. Moi j'en ai eu deux, ce semestre.

D'accord. Donc des gens qui pour le moment continuent leur cursus euh... par la force des choses, et envisagent d'arrêter dès qu'ils auront euh... passer leur doctorat ?

C'est ça. Alors non, y en a un... une qui attend d'avoir passé le doctorat, et l'autre qui va arrêter. Il était en discussion en début de semestre pour... 'fin, on l'a persuadé de rester un semestre de plus pour voir si c'était pas un problème par rapport à son stage, puisqu'il était premier semestre. Et là, le début du deuxième semestre se passe mal. Y a des chances qu'il arrête euh... pour entamer quelque chose l'année prochaine, s'il avait kiné notamment.

D'accord. Très bien. Bon, écoute, je... Du coup, je vais juste te poser une question. Quel... Dans un petit peu toutes les choses qu'on a évoquées, est-ce qu'il y a des mesures qui, toi, te sembleraient euh... importantes de prioriser pour... pour repérer, prendre en charge ces internes-là, dans ta ville, si tu devais choisir ?

(Silence) Difficile à dire. Euh... Je pense, ce serait un membre du département de médecine générale, dédié à ce genre de situations, ou en tout cas un membre de médecine du travail, enfin... Qu'il y ait vraiment une personne dont LE SEUL (il insiste sur ces 2 mots) travail soit de prendre soin des internes. Parce que tant qu'on demandera de faire ça à un syndicat, ou en marge d'un médecin dont c'est pas la tâche principale, ben du coup il va... Fatalement, il va choisir quelque chose de moins... enfin... Il peut avoir le choix de ne pas descendre l'interne. Il peut avoir le choix de faire son deuxième travail, un peu comme un PU-PH fait à la fois de la recherche et à la fois de la... de l'éducation, et au fi... et de la pratique clinique, et au final fait jamais un seul des trois correctement, puisqu'il a trop à faire.

Mmm. D'accord.

Ouais, je pense quelqu'un de dédié, qui puisse vraiment aider les internes, ce serait la seule solution.

D'accord. Je reviens juste en arrière, pour un point que j'ai oublié d'aborder. Est-ce que tu sais si il y a, à [...], une évaluation d'aptitude au début de l'internat ? Pour les nouveaux internes ?

Non, enfin c'est comme... comme beaucoup d'endroits, c'est le petit papier qui est signé sur le coin de... sur le coin du bureau euh... À part le papier officiel demandé de manière obligatoire, signé par un PU-PH, qui certifie l'aptitude psychiatrique, y a jamais eu d'examen supplémentaire, hein !

D'accord. Et il n'y pas spécialement d'encadrement de ce « petit papier » euh... à [...] ?

Ah, je dirais même qu'il n'y en a aucun !

Très bien. Bon, bien écoute, je crois qu'on est bon. Je te remercie.

De rien.

Je te signale que si tu veux, je peux t'envoyer le verbatim de l'entretien, et... ou les résultats de l'étude à la fin ?

Ouais, je veux bien les résultats. Oui.

Ouais ? D'accord. Ça marche. Ben écoute, parfait.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 4

Oui, allô ? (*Silence*) Allô ? (*Silence*) Allô ?

Allô ?

Oui ? Vous m'entendez ?

Oui, oui. Ça y est, c'est bon. [...] à l'appareil.

Bonjour. David Cléménçon. Merci de me rappeler.

C'était prévu comme ça, pas de souci.

Voilà. Je voulais savoir : comme j'ai... j'enregistre en même temps, je suis en mode haut-parleur, est-ce que pour vous le son est bon ?

Ça va. Ça va, ça va. Y a un petit peu d'écho mais ça va.

D'accord.

Y a pas de souci.

O.K. Alors euh... j'ai un petit script rapide à vous lire, comme on essaie de faire les choses bien et qu'il y a une déclaration CNIL qui a été faite pour cette thèse. Je vous fais ça rapidement...

Bien sûr...

... et puis on attaque. Voilà.

D'accord.

Donc, il s'agit d'une étude qualitative nationale qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques... »

Oui...

« ... quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc je vous informe que la conversation peut être enregistrée avec votre accord...

Tout à fait.

Que vous pouvez bien sûr vous y opposez, et que vous pouvez bien sûr sans justification refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes.

Pas de souci.

En cas d'enregistrement, la conversation sera retranscrite et anonymisée. Les enregistrements seront conservés pour une durée maximale de trois mois le temps de la retranscription et de... du codage, et les verbatims seront versés en annexe de la thèse. Donc sachant cela, êtes-vous toujours d'accord pour participer et pour être enregistré ?

Sans aucun problème.

Très bien. Donc dans le cadre de l'étude, je collecte votre nom, votre prénom, votre statut, votre structure d'appartenance, votre fac... fonction au sein de cette structure...

D'accord.

Votre adresse professionnelle postale et électronique, votre numéro de téléphone, votre âge et votre sexe, euh... ainsi que le contexte actuel de cet entretien. Votre voix, bien entendue, dans le cadre de cette conversation, et toutes ces données feront l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer le suivi des réponses à l'enquête. Euh...

D'accord.

L'ensemble de ces données sera conservé pour une durée maximum d'un an, en pratique jusqu'à la fin de l'année le temps de...de réaliser l'étude, voilà. Les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui est habilité et sensibilisé à la confidentialité et qui nous aide pour le codage des entretiens. Voilà.

D'accord.

Juste une petite précision, je vous demanderai dans la mesure du possible de ne pas donner de données personnelles concernant les internes que vous auriez été amené à suivre euh... dans le cadre de votre activité. Voilà.

Bien entendu. Bien entendu.

Donc, euh... Vous êtes donc membre du DMG de [...] ?

Oui.

Votre fonction au sein du DMG ?

Alors, je suis le directeur du département.

D'accord.

Je suis également le coordonnateur interrégional du DES de médecine générale pour [...].

D'accord. Je peux vous demander votre âge, s'il vous plaît ?

Alors, [...].

[...]. O.K. Quel est votre titre universitaire ?

Je suis Professeur des Universités. Professeur titulaire.

PU-MG. Très bien. Actuellement, vous êtes à la faculté, vous êtes dans votre bureau ?

Oui. Là je suis à la faculté, oui.

Très bien. O.K. Quel est le nom de la faculté de [...] ?

La faculté de médecine de [...], oui, y a pas de, pas de nom particulier.

Il y a une seule université à [...] ?

Oui, il n'y a qu'une université à [...].

D'accord.

C'est une université unique, et donc... Y a qu'une seule université, oui.

D'accord. Oui, je crois que de toute façon, dans toutes les villes universitaires, les universités peu à peu se regroupent.

Oui, c'est ça, oui, en plus, oui.

Alors... Je vais vous demander le nombre d'internes qui sont inscrits dans le DES toutes promotions confondues ?

Alors, toutes promotions confondues, on est à... [...].

D'accord. Euh... combien êtes-vous d'enseignants universitaires et associés au DMG ?

Alors, actuellement on est [...], en comptant les chefs de clinique.

[...] dont les chefs de clinique. D'accord. Et combien euh, en tout êtes-vous d'enseignants en incluant les chargés de cours ?

Alors, vous rajoutez [...], euh [...] maintenant, [...] chargés d'enseignement.

D'accord. Parfait.

Différents des [...], bien sûr. En plus.

D'accord, [...] donc.

Voilà.

D'accord. Alors, je vais commencer par une question très générale. Qu'est-ce que vous pensez de la santé physique et mentale, globale, des internes de médecine générale dans votre faculté ?

Alors, euh, j'allais dire elle est globalement satisfaisante, à l'image de ce qu'elle est dans la population générale.

D'accord. Donc vous faites une petite... un petit aparté par rapport à la population générale ? C'est-à-dire que bon, pour vous, la population des internes est représentative, en fin de compte ?

Oui, c'est ça, oui.

D'accord, O.K. Et...

C'est-à-dire que globalement, on a 1 % de psychotiques !

D'accord. Donc vous avez, effectivement, vous aussi, des « internes à problèmes » ?

C'est le moins qu'on puisse dire !

D'accord.

Comme tout le monde ! Comme tout le monde !

Et pouvez-vous donc me décrire un petit peu le fonctionnement du DMG et vos démarches face à ces internes en difficulté ? Alors, vous me parlez d'internes psychotiques, mais d'une manière plus globale aussi, les internes qui, sans avoir éventuellement de troubles aussi importants, sont en difficulté pour des troubles psychiques moins graves ?

Oui. Alors euh... Globalement j'allais dire euh... On a, on a identifié deux... deux types d'internes. C'est-à-dire... Ceux qu'on appelle nous les « internes à problèmes », c'est-à-dire des internes dont la pathologie psychiatrique est suffisamment importante pour constituer une incapacité probable et définitive à l'exercice de la médecine. Voilà. Et puis les « internes en difficulté », l'autre catégorie, c'est-à-dire des internes qui, le plus souvent, ont quand même des problématiques psychologiques sous-jacentes à type de troubles anxieux ou troubles légers de la personnalité, euh... et d'autres pour lesquels, toujours en difficulté, on identifie des problèmes plutôt de compétences et de connaissances, en fait. Donc voilà un petit peu les deux catégories que, qu'on identifie nous à [...], hein, enfin bon, c'est purement local, c'est notre analyse à nous.

D'accord.

Et par rapport... par rapport à cela, *(il se racle la gorge)* j'allais dire, dans tous les cas de figure, euh on a institué, enfin on a essayé d'instituer, on y arrive maintenant, donc un système d'alerte euh... auprès de tous les maîtres de stage, c'est-à-dire qu'ils soient hospitaliers ou euh ambulatoires...

D'accord.

... pour d'une part avoir des critères de validation de stage euh... qui soient relativement stricts, et que on ne valide plus tout le monde parce que c'était la mode, en fait hein ! Et puis d'autre part, qu'on nous signale assez précocement les internes que les collègues maîtres de stage estiment être en difficulté. Pour eux, hein. Quelle qu'en soit la raison à ce moment-là ! Donc une fois ce système d'alerte fait, euh... Nous, nous avons une approche pédagogique, euh, où on essaie, on reçoit l'interne, on convoque l'interne systématiquement.

D'accord. D'accord.

Et où on va essayer de faire, j'allais dire, un diagnostic pédagogique. C'est-à-dire... de façon à voir qu'est-ce qui, qu'est-ce qui pose réellement problème, quoi. Hein. Voilà.

D'accord. Donc le mode d'entrée, entre guillemets, dans ce système d'alerte et de repérage, se fait uniquement par signalement de la part des enseignants, ou vous avez éventuellement d'autres modes d'entrée ?

Non c'est... Actuellement c'est uniquement le mode d'entrée dont on... dont on dispose, en fait, hein. Euh... de façon très exceptionnelle, c'est arrivé une seule fois, euh... où ce sont des internes qui ont signalé un problème, en fait, hein. Mais ce signalement n'a pas... n'a pas abouti, heu... de ce fait là directement, par les internes et uniquement par les internes, dans la mesure où quand je leur ai demandé aux uns et aux autres de préciser leur position et leurs... les problématiques rencontrées, euh... ils n'ont pas souhaité donner suite, quoi.

D'accord.

C'est-à-dire que quand il a fallu leur demander des précisions, euh... ben là ils n'étaient plus d'accord pour en donner, quoi. Comme si on était dans la délation, finalement, de cet ordre-là, quoi.

D'accord.

Donc c'est le seul cas, hein, le seul cas. Moi je suis directeur du département depuis [...], donc ça fait... et avant j'avais quand même des responsabilités, donc... mais depuis que je dirige ce département, c'est la seule fois. Autrement à chaque fois, ce sont les enseignants. Donc maîtres de stage hospitaliers ou... *(il tousse)* ou maîtres de stage... *(il hésite)* généralistes, en cabinet.

D'accord. Aucun signalement par exemple via l'association des internes ?

Non *(il tousse)*, non.

D'accord.

Non non.

Ce sont des situations, quelque soit le type d'internes, que ce soit les internes en difficulté ou les internes « à problème », qui sont fréquentes ? Par exemple par an ?

Alors, actuell... enfin... en... en... En moyenne, j'allais dire, on a euh... une dizaine de... d'internes par an, c'est-à-dire à peu près 10 % quoi de la promotion.

D'accord, O.K.

Puisqu'on a des promotions de [...], hein.

D'accord. Est-ce que vous avez une démarche préventive, c'est-à-dire une... Vis-à-vis des internes, par exemple par un... une sensibilisation quand vous les rencontrez la première fois lors de l'accueil ?

Alors oui, alors... euh... Puisqu'en fait, c'est moi qui les accueille avec l'association des internes, avec le syndicat des internes, on a une journée d'accueil, en fait, hein. Et (*il tousse*) je... je... je pose bien là, le fait que les internes qui pourraient être en difficulté pour quelques raisons que ce soit, peuvent demander à nous rencontrer de façon à ce qu'on puisse les aider, en fait, hein. Bon. Euh... sauf que... spontanément, c'est exceptionnel ! C'est arrivé une fois peut-être, c'est exceptionnel. Dans la mesure où la plupart du temps, les internes qui sont en difficulté ne se rendent pas forcément compte qu'ils le sont, ou ne veulent pas forcément non plus l'admettre, hein (*il tousse*). Donc il y a quand même une forme de... de déni de certaines situations, qui font que c'est la plupart du temps euh... forcées (*il tousse*) si je puis dire par les circonstances que leurs problématiques se révèlent, et qu'à ce moment-là nous sommes amenés à les suivre, quoi.

D'accord. Comment vous analysez ce déni ?

Ben (*il tousse*) déjà euh... Il est très difficile pour un médecin ou un futur médecin d'accepter qu'il puisse être malade, d'abord. Et d'une, hein. Ça renvoie quand même à... à... une image euh... qu'on se doit d'avoir en tant que médecin. C'est-à-dire que si on soigne les autres, on peut pas naturellement être soi-même un problème, hein, ça le fait pas ! Donc je pense que c'est un... un... un des éléments. Et puis l'autre élément qui peut, qui joue aussi certainement, c'est le fait que euh... les étudiants ont déjà fait six ans voire sept ans pour ceux qu'ont doublé une année euh... de... comment dirais-je euh... de facul...

D'études ?

D'études, (*il tousse*) et penser qu'arrivés à ce stade-là, ils puissent être dans des difficultés telles qu'ils ne puissent pas aller jusqu'au bout, (*il tousse*) c'est vécu très très, très difficilement. Euh... et sans aller jusqu'aux internes, donc à [...] mais comme je pense dans toutes les facultés, on a eu de très rares mais euh... suicides d'étudiants de deuxième cycle, hein. Et personnellement j'en ai rencontré une il y a quelques années (*il tousse*), qui était en quatrième année, qui ne s'est pas suicidée elle, mais qui se posait véritablement la question de... de sa place en médecine. Et qui était très, très en difficulté puisque simplement avouer qu'elle puisse s'être trompée, vis-à-vis de ses proches, vis-à-vis du regard des autres, c'était quand même quelque chose de très difficile, quoi !

Pensez-vous qu'il puisse y avoir un...

Alors je dois dire...

Pardon, allez-y !

Oui ? Oui, non, je disais c'est un... alors c'est... c'est... c'est pas, c'est pas très très très fréquent, mais ça fait partie aussi de, de cette forme de déni, ou sinon de déni de sa propre difficulté ou au moins de ne pas vouloir l'étaler en disant que ça va le faire quand même, quoi, en fait ! Là, (*il tousse*) j'ai rencontré dernièrement donc une interne qui était en quatrième semestre, fin de quatrième semestre, qui a démissionné parce que finalement elle jugeait... elle a jugé qu'elle n'était pas, qu'elle n'était pas à sa place en médecine, quoi en fait.

D'accord.

Hein ? Voilà.

Est-ce que vous pensez que il y a une faute... ou éventuellement un défaut de prise en charge ou d'explications ou de sensibilisation, puisqu'on arrive à avoir effectivement des... des étudiants qui ont six ans voire sept ans d'études, et qui se rendent compte maintenant qu'ils ne sont pas faits pour la médecine ? Est-ce qu'il y aurait quelque chose à faire en amont, pendant... l'externat ?

Alors, (*il tousse*) ça je crois que c'est une évidence, hein ! C'est une évidence parce que... quand on regarde les dossiers euh... des internes que l'on repère nous dans le DES, hein, et quand on regarde les dossiers, enfin je pense en particulier aux dossiers des internes de [...], évidemment, puisque les autres internes on n'a pas forcément les dossiers, hein ?

Bien sûr !

Mais on se rend compte que le plus souvent il y avait des remarques qui faisaient penser que, l'étudiant en question avait des difficultés, et donc que... que rien n'a été fait dans ce cadre-là, hein, réellement dans ce cadre-là. Et puis pour ne pas jeter quand même la pierre à nos collègues et amis hospitalo-universitaires qui travaillent dans le deuxième cycle, c'est vrai qu'aussi c'est très difficile, parce que, on voit clairement des internes qui sont en difficulté, que l'on repère en difficulté, et qui finalement l'étaient aussi en deuxième cycle, mais n'ont jamais été repérés parce que finalement ils arrivaient à se fondre dans l'anonymat du nombre des externes qui peuvent être dans un service, quoi, en fait. Donc on voit, ben clairement des internes, qui ont... des... oui des internes, qui ont passé leur externat, si je peux dire, tranquillement, enfin si c'est une façon de parler évidemment, mais à l'ombre de leur condisciples, euh... sans pour autant s'exposer, et donc exposer leur problématique, quoi.

D'accord.

Et donc ça n'était pas forcément identifiable par les collègues qui avaient en charge ces... ces étudiants-là.

Je rebondis sur ce que vous venez de me dire. Donc, lorsque vous vous retrouvez face à des internes en difficulté, il y a une analyse des dossiers universitaires de ces internes-là ?

Oui. Nous on fait une analyse des dossiers, on regarde les dossiers universitaires, mais je le dis, uniquement pour les internes qui sont [...] puisque pour les autres... Alors c'est relativement... C'est pas la marge mais en fait, actuellement, enfin de promotion en promotion, à [...], on a deux tiers de non [...], en fait, hein !

D'accord.

Donc pour les [...] on a des infos ! Pour les non [...] on n'en a pas, en fait !

D'accord. À votre connaissance, les dossiers ne mutent pas d'une faculté à l'autre lors d'une... lorsqu'un interne déménage ?

Non, alors ils ne mutent pas ! Non, non, ils ne mutent pas du tout en totalité ! La seule chose qu'on a, c'est la plupart du temps l'attestation comme quoi (*il tousse*) ils ont validé leur... leur deuxième cycle, hein ! Avec éventuellement un relevé de notes, mais on n'a jamais, euh... on n'a jamais les évaluations de stage dans les dossiers, quoi.

D'accord.

Elles restent... Elles restent dans les facs euh... euh... concernées.

D'accord. Est-ce que vous savez si il y a, à l'arrivée des internes dans votre faculté, une évaluation de l'aptitude aux pratiques, à la pratique du poste d'interne ?

(*Il tousse*) Non, ils sont censés avoir une activité de, de... d'avoir une... pardon, une visite de médecine du travail, hein, mais qui est en fait tout à fait... tout à fait relative. Bon, et... et bien évidemment, comme toute consultation médicale, elle repose sur les déclarations euh... de la personne. Et le médecin du travail qui est là, euh... je ne vois pas par quel moyen il aurait la possibilité d'identifier des... des problématiques de cet ordre-là, quoi, hein !

D'accord.

Même des problématiques psychiatriques relativement... relativement lourdes, qui sont (*il tousse*) pour la plupart du temps de l'ordre des... des... des... des troubles de la personnalité de type paranoïaque, voire des psychoses paranoïaques, quoi.

D'accord.

C'est celles qui posent le plus de problèmes.

Mais donc, il y a de façon systématique une visite médicale par la médecine du travail à l'acc... à la... à l'arrivée des internes à [...] ?

Alors... en cours de leur DES normalement, et là je peux pas répondre plus précisément à la question, parce que je n'en connais pas exactement les modalités. Mais normalement c'est dans les textes, normalement.

D'accord. Très bien. Comment ça se passe en cas de stage non validé pendant l'internat ?

Alors, y en a... Nous on en a plein, hein, qui ne valident pas leur stage, dont on ne valide pas, leur stage. Et bien tout simplement, ils en refont un.

D'accord. Dans le même service ?

Non, jamais ! non !

D'accord. Donc...

Parce que là, là, c'est une euh... c'est une... comment dirais-je... C'est une appréhension tout à fait, tout à fait infondée et que j'ai dénoncée auprès des collègues hospitaliers, dont certains validaient... les gens simplement pour ne surtout pas les revoir dans leur service, quoi ! Pensant que si ils les validaient pas, ils les retrouveraient dans leur service, en fait. Non, les internes ont le choix. Et donc en général, c'est même jamais arrivé, un interne non validé ne retourne pas dans le service qui l'a invalidé.

D'accord. Est-ce qu'il y a une analyse particulière qui est faite en cas d'invalidation, de voir si c'est un problème lié à des connaissances, ou éventuellement un problème euh... d'interne en difficulté par exemple ? Est-ce que...

Oui, parce que de toute façon, tous les internes qui ne sont pas validés...

Oui ?

... sont vus par nous, en fait.

D'accord.

Hein, (*il tousse*) avec le rapport écrit du maître de stage qui ne le valide pas, éventuellement même (*il tousse*) des contacts téléphoniques entre le département et puis les maîtres de stage, donc qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, bien sûr, hein. Donc l'interne est systématiquement revu euh... et on lui indique à ce moment-là les... qu'elles étaient les... pourquoi est-ce que ce n'est pas validé, et on fait un diagnostic éducatif à ce moment-là.

D'accord.

Savoir si on est en terme de difficultés d'ordre de connaissances, ou bien euh si on est sur des problématiques psy, qui sont différentes (*il tousse*), quoi.

D'accord. Cette commission, je ne sais pas quel est son nom, qui reçoit les internes en difficulté ou les internes n'ayant pas validé un stage, comment est-elle constituée ?

Alors, en général elle est constituée de... de deux personnes (*il tousse*), c'est-à-dire... le coordonnateur local du DES de médecine générale ici, qui est un professeur associé, enfin une professeur associée plus exactement, et puis moi-même en général, ou le directeur adjoint du département.

D'accord. Et donc suite au diagnostic pédagogique qui est établi, comment cela se passe-t-il pour la suite ?

Alors euh, en général, on... on... on impose euh (*il tousse*) un suivi au cours du stage suivant. C'est-à-dire que on reçoit l'interne euh... assez régulièrement, on reçoit l'interne assez régulièrement au cours du stage suivant, en fait (*bruits de porte*) hein.

D'accord. Ça, c'est le suivi par rapport au stage ?

Voilà. Par rapport au stage et aux problématiques qui se posent euh... dans le stage, et éventuellement, on travaille aussi avec le nouveau chef de service, hein, le chef de service qui va recevoir ou le maître de stage qui va recevoir l'interne, euh... pour essayer d'élaborer ou... des, des modalités pédagogiques euh... qui tiennent compte des difficultés particulières de l'interne.

D'accord. Est-ce qu'il arrive qu'au sein de la commission vous décidiez par exemple d'orienter spécifiquement un interne ou de flécher un stage ? Est-ce que ce sont des possibilités ?

Alors... Ça... ça... ça arrive parfois hein, où en fonction des... des... des difficultés, on va proposer à l'interne de faire tel ou tel stage, hein. Voire même c'est arrivé assez exceptionnellement mais c'est arrivé quand même, sur des internes en difficulté, de leur proposer de faire un deuxième stage chez le praticien, lorsque les compétences acquises à l'issue du premier n'étaient pas suffisantes, pour des personnes qui ont euh, qui ont un projet professionnel de faire de la médecine générale... C'est arrivé deux fois. Donc c'est très rare, mais c'est... mais on s'adapte en fait en fonction des, des situations, quoi.

D'accord. Vous avez des... des enseignants ambulatoires ou hospitaliers qui sont un petit peu plus sensibles à ces problématiques ?

J'allais dire, quelque part, ils le sont tous plus ou moins, hein, puisqu'en fait, une partie des... comment dirais-je, des signalements, on va dire comme ça, sont effectués par les maîtres de stage, et notamment j'allais dire par les maîtres de stage hospit... ambulatoires, hein. Parce que clairement et nettement, c'est... c'est le lieu où l'interne est en permanence avec le maître de stage, et là où il peut pas camoufler j'allais dire euh... ses problématiques, qu'elles soient personnelles ou en terme de connaissances. Et il est vrai que le... le... J'allais dire, on a (*il tousse*) un peu plus de signalements, enfin avant, au tout début, on avait des signalements que par les maîtres de stage ambulatoires. Maintenant on arrive à avoir un relatif équilibre, et euh... malgré tout, des signalements de maîtres de stage hospitaliers. Mais le... le... le gros du repérage se fait quand même au cabinet du médecin généraliste, en stage chez le praticien.

D'accord. Euh... Oui, j'avais une question, qui m'est... que j'ai perdue... (*Rires*) Qui me semblait très importante...

Elle va... elle va revenir (*rires*)...

Elle va revenir. Oui ! Si ! Si, lors de cette commission pédagogique, vous identifiez qu'il y a un problème qui va poser une question plutôt d'ordre médical, est-ce que vous avez... Comment intervenez-vous à ce moment-là ?

Alors, euh... Lorsqu'on identifie... Lorsqu'on en identifie euh... un problème médical, hein, heu... Donc on a un entretien, un entretien de toute façon toujours qui est donc d'ex... un entretien d'explicitation donc, c'est-à-dire qui vise à faire verbaliser euh... l'interne en question sur... sur ses difficultés, (*il tousse*) ce que en règle générale (*il tousse*) ils abordent assez volontiers. Je parle (*il tousse*) des problèmes qui sont plutôt des troubles de... de... de nature anxieuse, au sens large du terme. C'est beaucoup plus difficile évidemment pour les pathologies des troubles de type paranoïaque qui par définition ne reconnaissent rien. Mais pour les autres, on arrive (*il tousse*) à leur faire verbaliser des situations, et on leur dit... demande simplement si ils ont pensé à euh... faire quelque chose pour eux dans ce contexte-là, quoi, hein. Mais on ne peut pas aller plus loin, euh... dans la mesure où on est des enseignants, et on n'est pas des médecins, à la place où nous sommes.

D'accord. Donc vous conservez votre rôle de pédagogue, et vous deman... Et voilà, vous avez plutôt un rôle, pas d'orientation mais de conseil, et l'interne se doit de s'orienter vers les professionnels de son choix ?

Voilà, absolument. Hein.

D'accord.

Parce que, parce que sans ça, donc ça pose un certain nombre de problèmes. Ça peut poser un certain nombre de problèmes, hein ! Euh... Puisque à [...] on en a eu un exemple particulier, où l'interne en question a essayé de me traduire devant le Conseil de l'Ordre ! Sans succès d'ailleurs,

mais bon. Il a fait des démarches dans ce sens-là, arguant du fait que j'étais médecin, et que je n'avais pas euh... comment dirais-je euh... répondu à... à mon devoir de médecin. Sauf que dans ce cas-là, je suis pas médecin, je suis enseignant.

D'accord.

Et donc il faut savoir se protéger de ça.

D'accord. Je reviens vers votre rôle plus pédagogique. Je voulais savoir si il y avait des adaptations particulières par rapport euh... aux obligations on va dire universitaires des internes... les RSCA, ce genre de choses. Est-il prévu une éventuelle adaptation pour les internes en difficulté ?

Alors euh... Il y a une adaptation dans la mesure où les internes là du coup sont accompagnés. C'est-à-dire que euh, à [...], il faut savoir qu'on a été une des premières facs en [...] à instituer le tutorat, et on a été la première à le supprimer dans le sens véritable pédagogique du terme pour le remplacer par une autre forme, hein. Donc en fait, ce qui se passe, c'est que pour ces internes qui sont en difficulté vis-à-vis de leurs obligations pédagogiques, hein, ils ont un mémoire à remplir, et cetera, à rendre... Là du coup, on leur propose et voire à certains on leur impose, ce que nous on appelle une personne ressource, hein, que d'autres pourraient appeler un tuteur. Mais si on reste dans la lignée des définitions pédagogiques du tutorat, euh... c'est un terme que nous avons préféré ne pas utiliser parce que, il n'est pas en concordance réelle avec les définitions du tutorat, donc on parle de personne ressource en fait, hein.

D'accord. Concrètement, quel a été le changement ? Vous me dites, vous avez supprimé le tutorat, quel était le... le... le fonctionnement ancien, et le nouveau ?

Ben (il tousse), c'est-à-dire qu'en fait, le fonctionnement... le fonctionnement du tutorat euh... Globalement on a été totalement dépassé par le nombre d'internes qu'on nous a imposé à une époque, en fait. Si bien que on n'avait pas non plus de... on n'avait plus assez de tuteurs disponibles, hein ! Sachant qu'en fait, dans les faits, et comme dans toutes les facultés quelles qu'elles soient, on avait à peu près un tiers de bons tuteurs, un tiers de moyens et un tiers de mauvais, et que finalement euh... tous ces internes-là avaient un tutorat très très très très variable en qualité. Donc les résultats au bout du compte étaient aussi très variables en qualité. Et donc en fait, on a totalement euh... homogénéisé le système, en obligeant nos internes à avoir un certain nombre de... de ce qu'on appelait nous les groupes d'échange [...], hein. C'est-à-dire des enseignements en petits groupes obligatoires, où on leur donne les moyens méthodologiques pour aboutir à une réflexivité suffisante et notamment par la... la rédaction d'écrits qui soient pertinents donc dans le cadre des RSCA par exemple.

D'accord.

Donc on leur donne les outils pédagogiques, et donc à ce moment-là ils les ont tous. Et il y a une de nos chefs de clinique qui a fait un mémoire là actuellement de... de DU de pédagogie et de communication, qui a analysé un petit peu la qualité justement des écrits des internes avant cette disposition et après. Et on se rend compte que effectivement les écrits sont de nettement meilleure qualité pour l'essentiel, pour la grande majorité des internes. Voilà.

D'accord. Combien d'écrits doivent être réalisés ?

Act... actuellement dans le cadre du... dans le cadre du mémoire, on leur demande [...] écrits, donc c'est pas, c'est pas fondamental. Mais des écrits qui doivent être relativement élaborés et de plus en plus élaborés au fur et à mesure de la progression dans le, dans le cursus, quoi, hein.

D'accord. Pour ces internes en difficulté, si jamais vous identifiez des situations où de toute évidence, la pratique de la médecine générale semble compromise...

Oui ?

Quelle est votre conduite tenue ?

Ben le... le... là c'est pareil. Donc ce sont des... des... des... des internes qui sont suivis donc régulièrement, hein. Un certain moment donc, bon assez rapidement, on va poser, on va leur poser

la question de savoir effectivement où ils en sont dans leur réflexion par rapport à l'exercice de la médecine, hein. Et puis euh... euh... Là encore on se retrouve un peu en difficulté, dans la mesure où clairement et nettement, sauf des cas très très très très spécifiques, qui sont quand même assez exceptionnels, où là peut se mettre en place une procédure de commission médicale dans le cadre du comité médical avec expertise et cetera, la plupart du temps, euh... ces... ces... comment dirais-je, ces internes... bon, prennent conscience de leurs difficultés au fur et à mesure de la non validation des stages, quoi.

Mmm...

Pour nous, les... les stages qu'ils soient hospitaliers et surtout ambulatoires, ne peuvent être validés que si l'interne a répondu aux exigences du cahier des charges, quoi.

D'accord.

Donc, donc tant que c'est pas fait, ils n'sont pas validés, quoi.

D'accord.

Et donc ce qui se passe à ce moment-là, c'est que l'interne, euh... il a deux fois la durée légale du DES pour... euh... auquel on enlève les arrêts de travail pour maladie, mais il a deux fois la durée légale pour valider son DES. Si il a pas validé son DES au bout des 6 ans, auxquels on ajoute les arrêts de travail éventuels (*il tousse*), ben par définition il a, il a terminé son cursus quoi.

D'accord.

Et il fait autre chose.

D'accord. Est-ce fréquent ?

Non, c'est assez... c'est assez rare hein. Globalement, c'est relativement rare, hein. C'est (*il souffle*)... C'est... Sur dix ans, on doit en avoir deux ou trois quoi, c'est tout, quoi.

D'accord.

Donc c'est à la marge, quoi.

D'accord. Et vous avez mentionné la commission médicale, donc ça c'est une... c'est une structure qui est indépendante du DMG ?

A ben oui, totalement, c'est par le CHU, ça.

D'accord. C'est le CHU qui peut éventuellement demander une expertise sur...

Voilà (*il tousse*)...

Donc là on rentre dans le cadre des pathologies psychiatriques euh... relativement...

Voilà, voilà, relativement lourdes et avérées, quoi.

D'accord.

Donc ça reste assez exceptionnel.

D'accord. Est-ce que vous savez ce qu'il est advenu de ces éventuelles situations ?

Euh, non. Après, derrière, non, parce que euh... ben nous on n'a pas les suivis hein, de toute façon, de ces... de ces... de ces personnes. Mais je dois dire que là, ça, ça reste totalement marginal, hein. Faut bien le reconnaître. Maintenant quand on a un cas comme ça, ça pourrait un peu la vie, quand même, mais c'est totalement marginal. Ce qui est le plus fréquent, ce sont effectivement des personnes, des internes qui sont en difficulté pour des problématiques psychologiques, essentiellement comme je disais tout à l'heure de... d'anxiété, de manque de confiance en soi, et

cetera et cetera, de... de doute, hein. Et en général, le travail pédagogique qu'on fait derrière, bon, amène à une amélioration des... des éléments quand même.

D'accord.

Voire... voire à des réorientations hein, vers des... vers des situations ou des activités médicales, qui n'étaient pas forcément celles éventuellement prévues par l'interne, mais qui finalement constituent une solution tout à fait acceptable euh... pour l'interne en question.

C'est-à-dire qu'il y a des internes qui quittent le... la médecine générale et se réorientent vers d'autres professions ?

Voilà. Soit vers une autre profession, soit vers une activité médicale où ils ne vont pas être en, ils ne vont pas être confrontés avec les mêmes, les mêmes exigences vis-à-vis des patients, les mêmes contraintes de... de la... de la de la profession quoi, de l'activité.

D'accord. Donc ça ce sont des orientations qui vont se faire on va, on va dire, via le cheminement normal de l'interne qui va peu à peu prendre en... prendre compte de ses difficultés ?

Absolument.

C'est pas des choses qui sont imposées ?

Non, c'est pas des choses qui sont imposées. Euh... mais qui au cours des entretiens qu'on va avoir, vont être suggérées et puis euh... métabolisées progressivement par l'interne puisque que, là encore, c'est pas facile ! Il faut pour l'interne qui a déjà fait huit, des fois, sept, huit, neuf ans, d'études, euh... qu'il fasse le deuil de ce qu'il avait affiché initialement pour lui et pour les siens, quoi !

Bien sûr.

Donc c'est pas simple ! Hein ! Y a un vrai travail de deuil à faire, et un travail de deuil ça se fait pas en cinq minutes, hein !

Et du coup pour ses situations-là, où par exemple le droit au remords ou le changement de filière n'est plus légalement possible, vous avez la possibilité de vous arranger en partenariat avec d'autres filières ? D'autres spécialités ?

Alors, ça peut être par l'intermédiaire de... de... de... de DESC ou d'activités de... de... de DU qui vont faire que l'interne va s'orienter vers d'autres types d'activités ayant à voir à la médecine, de près ou parfois de loin, quoi. Mais c'est vrai que le droit au remords, bon c'est... au delà de la fin de la première année, ça devient difficile.

Mmm. D'accord. Globalement, est-ce que vous avez l'impression, vous me dites que vous dirigez le... le... le DES depuis une dizaine d'a... même un peu plus, vous m'avez dit [...] je crois ?

Oui, [...].

Est-ce que vous avez l'impression que... qu'il y a eu une croissance du nombre de ces internes en difficulté ?

Non.

C'est stable.

Pour moi la proportion reste la même, hein. Alors on en a davantage parce que, effectivement, en [...] lorsqu'on m'a confié la direction du département, les promotions d'internes étaient de [...], hein. Actuellement elles sont de [...]. Alors forcément en valeur absolue on en a un peu plus, sauf que la proportion reste la même, quoi !

D'accord. D'accord d'accord. Et pour finir, j'aurais une question. Si, si vous aviez peut-être d'autres moyens, ou plus de temps, voilà... Est-ce qu'il y a des mesures particulières que vous penseriez mettre en

charge... mettre en place pardon, à [...], par rapport soit au repérage, soit à la prise en charge, soit à l'orientation de ces internes ?

Alors, je pense que quand même, le gros travail qui devrait être fait, devrait être fait de façon plus importante en deuxième cycle, hein, clairement et nettement. Alors je sais qu'à [...], on a mis en place au niveau du deuxième cycle euh... des... des moyens pour essayer de repérer un petit peu les internes en difficulté, hein. On a une étude de suivi longitudinal d'internes... enfin d'internes, d'étudiants, c'est plus des internes, d'étudiants « à problèmes » potentiels, j'allais dire, ce qu'ils deviennent depuis la première année. Heu, je pense que c'est la première des choses qu'il faudrait faire. Après y a pas de... y a pas de euh... de moyen de repérage tôt qui tienne compte de tout. Parce qu'on a quand même des ind... des personnes, quel que soit leur statut, mais qui vont développer des troubles psychiatriques relativement importants euh... après 20 ans ou 22 ans. Hein, c'est quand même pas, c'est quand même pas rare ! Ça existe. Donc de moyens non, après euh la... toute la difficulté qui, qui reste, c'est à mon sens celui de... comment dirais-je... de... des moyens légaux et en particulier vis-à-vis de la médecine du travail. Parce que on pourrait imaginer qu'un médecin du travail définisse l'aptitude ou l'inaptitude temporaire ou définitive à la fonction de médecin. Bon. Sauf que ça c'est... c'est très bien en théorie. En pratique, c'est difficilement réalisable. Parce que euh... il faudrait que l'on puisse avoir les moyens légaux de provoquer cette... cette visite, hein. Et dans des cas limites, ben c'est pas possible. En plus, le médecin du travail qui verrait l'étudiant dirait : « Mais qu'est-ce que vous venez, enfin pourquoi vous venez, et cetera, et cetera », dans la mesure où on n'a... on n'a pas le droit de donner des informations, concernant l'état de santé. Moi, je suis enseignant, je ne suis pas le médecin traitant.

Tout à fait.

Donc je suis soumis au secret, j'allais dire, administratif d'une part ; et puis en tant que médecin je n'ai pas de diagnostic à faire et encore moins à en porter, même à un collègue en fait, hein. Donc on est dans une véritable difficulté, pour des cas qu'on peut dire... des cas un peu limites quoi.

Ouais.

Pour les... pour les grands psychotiques, bon, là ça passe évidemment par des... des suites d'arrêts de travail. Ça va passer par... là aussi, donc, là... un médecin traitant qui va confier sans doute la personne à un psychiatre, et cetera, et cetera. Donc on est sur une filière de soins. Mais pour les situations j'dirais intermédiaires, on est en, on est en difficulté.

D'accord. Parce que quelque part il y a un défaut...

Oui ?

Quelque part parce qu'il y a un défaut de suivi médical banal ? Parce que les étudiants n'ont pas de médecin ?

Oui, les étudiants n'ont pas de médecin ! La plupart du temps n'ont pas de médecin, on sait qu'ils essaient de se soigner par eux-mêmes, en fait. La plupart, ils n'en ont pas, et en particulier ils sont en grande... en grande difficulté pour aller consulter pour des troubles, et en particulier des troubles psychologiques, quoi. Ce que je disais en début de cet entretien, quoi.

D'accord... (*Silence*)... Très bien. Bon, je sais pas, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Non, rien de... rien de plus. Mais bon, la médecine générale n'est pas la seule concernée par ce souci, hein. Alors évidemment, la thèse concerne la médecine générale, mais... nos petits camarades des autres spécialités sont aussi dans la même problématique, quoi.

Bien sûr, bien sûr. Après, c'est vrai qu'il fallait choisir.

Bien entendu. Non, non, mais tout à fait. Je voudrais pas entendre penser qu'il n'y a qu'en médecine générale où les internes ont des problèmes, là.

Non, bien entendu, bien entendu. Mais l'avantage, c'est qu'en, c'est qu'en interrogeant un coordonnateur ou un responsable d'association, on touche 50% des internes.

Absolument, tout à fait, ça c'est bien évident.

Voilà.

Mais là, à [...], on a l'exemple d'un interne qui... de spécialité, qui était chirurgien orthopédique, à qui on a demandé, les collègues orthopédistes ont demandé de changer de voie, parce que manifestement il était pas apte à ça. Et donc il s'est dirigé vers la psychiatrie, et la psychiatrie, les psychiatres ont dit : « Ah non, non... », au bout de deux semestres ont dit : « Ah non, surtout pas, on n'en veut pas, il sera, il ne sera jamais psychiatre, il faut qu'il arrête la médecine », hein. Donc ce qui est assez rare de la part des psychiatres, qui ont toujours tendance à penser, et je l'ai vécu directement pour certains internes, de penser que finalement « oui mais peut-être qu'il va s'arranger, peut-être que il va être mieux après » et cetera. Alors, c'est... c'est évidemment tout à fait louable dans la bouche d'un praticien de penser que son patient va s'améliorer, mais euh... pour le responsable pédagogique que nous sommes, c'est pas si simple que ça, et on a... on est bien obligé d'avoir des doutes, parce que (*il tousse*)... Je dis toujours aux internes, qu'on a un certain nombre d'exigences, parce que ce que je délivre en tant que, en particulier en tant que coordonnateur interrégional, et c'est moi qui signe les DES de tous les internes de médecine de la région [...], ce que je signe, c'est un permis de soins, c'est pas un permis de chasse, quoi !

D'accord... (*rires*)

Donc, voilà, quoi, quelques exigences...

O.K., je pourrais si vous le voulez vous transmettre les résultats du travail. Ça vous intéresse ?

Oui, oui, volontiers. Oui, oui, tout à fait.

Ça marche.

Je suis tout à fait preneur.

Très bien.

Entendu.

Je vous remercie pour votre entretien.

Entendu. Allez, au revoir.

Au revoir.

(*Fin de l'enregistrement*)

Entretien 5

Allô ?

Oui ? Professeur [...] ? Excusez-moi.

Bonjour.

Merci de m'avoir laissé deux minutes.

Pas de problème.

Voilà. J'enregistre l'entretien, au niveau sonore c'est bon pour vous ?

Oui, y a un peu d'écho mais on devrait y arriver.

D'accord. O.K. Alors, euh... je commence par un petit topo rapide comme on a fait ça de façon très officielle, qu'il y a une déclaration à la CNIL qui est faite, voilà, histoire de... que les choses soient cadrées.

Oui.

Voilà. Donc c'est une thèse qualitative nationale qui s'intitule « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc la conversation est enregistrée euh... sous réserve de votre accord verbal. Vous pouvez refuser bien sûr de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes, et si vous acceptez l'enregistrement, la conversation sera retranscrite et anonymisée, les enregistrements conservés pour une durée maximale de trois mois le temps de la retranscription et du codage, et les verbatims seront versés en annexe de la thèse. Donc sachant cela, êtes-vous toujours d'accord pour participer à l'étude et être enregistré (*bruits d'écriture*) ?

O.K., pas de problème, on est bien d'accord.

Voilà. Donc dans le cadre de cette étude, j'ai recueilli certaines données vous concernant : votre nom, votre prénom, votre statut, votre structure d'appartenance, votre adresse professionnelle postale et électronique, votre numéro de téléphone à usage professionnel, euh... votre sexe, votre âge, [...] et le contexte spatio-temporel de cet entretien, ainsi bien sûr que votre voix, et le tout fera l'objet d'un traitement informatique.

D'accord.

Et tout cela sera supprimé également dans une durée d'un an maximum.

O.K.

En pratique... en pratique probablement moins que ça, vu le délai pour ma thèse. Les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour le codage et l'analyse des entretiens. Voilà.

D'accord.

Et je vous demanderai dans la mesure du possible pendant l'entretien de ne pas fournir de données personnelles concernant les internes que vous auriez pu être amené à prendre en charge, bien sûr.

Oui, c'est mieux.

Alors, pour commencer, donc, je vais vous demander, vous êtes... Au sein du DMG, quelles fonctions occupez-vous ?

Alors, ben je suis directeur du DMG. Enfin coordonnateur du DMG exactement.

D'accord. Vous êtes PU ou professeur associé ?

Je suis PA, professeur associé.

Vous êtes PA. Professeur associé de médecine générale (*bruits d'écriture*). Je vais vous demander votre âge.

Ben... J'ai [...] ans.

[...] ans. C'est une constante, j'ai l'impression. À chaque entretien, les [...] de DMG ont toujours [...] ans.

Ben (rires)... Peut-être qu'ils n'évoluent plus, les pauvres !

Et je vais vous demander également : là actuellement, vous êtes dans les bureaux dans... du DMG à la faculté ?

Alors, je suis dans le bureau, ouais, dans le bureau du DMG à la faculté [...]. Voilà.

D'accord. Très bien. Quel est le nom de l'université à [...] ?

Alors, l'université à [...], c'est l'Université [...]. Et la faculté de médecine, c'est la faculté [...]. Du nom de [...].

D'accord. Très bien. Alors pouvez-vous me dire le nombre d'internes qui sont inscrits toutes promotions confondues dans le DES à [...] ?

Alors euh... En comptant les thésards, on doit être à plus de [...], j'ai pas le chiffre exact, hein.

Plus de [...], d'accord. Thésards inclus.

Thésards inclus, oui.

Vous en avez beaucoup, là, qui ont fini leur cursus mais qui n'ont pas encore passé leur thèse ?

On doit en avoir une cinquantaine, une quarantaine.

Quarante, cinquante.

Entre quarante et cinquante.

D'accord. Pouvez-vous me dire le nombre d'enseignants universitaires et associés que vous êtes ?

Alors on a un universitaire, [...], qui est [titre].

Oui.

Voilà. Et, les associés : donc il y a le Professeur [...], y a le Professeur puisque ça vient d'être fait [...]. Il y a un maître de conférences [...] et un autre maître de conférences [...]. On a [...] de clinique [...].

Oui ?

Voilà. Et on va avoir une chef de clinique là, qui va prendre ses fonctions en novembre, une autre chef de clinique.

Donc [...]. D'accord. Et euh... en tenant compte des... des médecins chargés de cours, combien d'enseignants globalement cela fait ? À peu près, hein ?

Et bien on a une quinzaine de... Cela dépend si l'on compte ceux qui enseignent aussi pour les externes. Alors si on a ceux qui enseignent pour les externes, on est autour de... de plus de vingt. Vingt-deux je crois.

D'accord. Plus donc les [...] enseignants universitaires et associés.

Voilà.

D'accord. O.K.

Ah non, au total ! Au total ! Au total !

Au total ? Pardon. D'accord (*silence*)... D'accord, très bien. Alors je vais commencer par une question très générale. Si vous deviez qualifier la santé de vos internes à [...], qu'est-ce que vous en diriez ? Comment vous, vous la trouvez, de votre... de votre poste ?

De mon point de vue ? Alors, bon j'ai forcément une petite déformation parce que je vois plutôt ceux qui ont des problèmes, mais elle est pas si bonne que ça, voilà.

D'accord. Qu'est ce qui... qu'est ce qui vous fait dire ça ?

Ben, on a régulièrement des soucis, en particuliers de pathologies psychiques parfois médicales avec un certain nombre d'internes. Dans des effectifs qui sont pas énormes puisqu'on a [...] internes par promotion. Hein.

D'accord. Et malgré tout, vous avez des situations comme ça qui sont assez fréquentes. Pour avoir un ordre d'idée, par exemple, sur les...

Ben je dirais que à peu près tous les ans, on a au moins un interne en difficulté psychique, ouais. Au moins une fois par an, un nouvel interne en difficulté psychique.

Et quand vous dites en difficulté psychique, euh... c'est quoi ? C'est des internes qui vont avoir des... des difficultés, avec un diagnostic posé ? Ou... Voilà. Quels sont les types de situations auxquelles vous êtes amenés à faire face ?

Alors... Je parle d'internes qui ont des problèmes d'absentéisme à la fac et euh... au niveau de l'hôpital...

D'accord...

... enfin, au niveau des stages parce que ça peut être au cabinet, et qui ont un suivi euh... psychiatrique.

D'accord. O.K. Et des troubles moins graves, entre guillemets, c'est des choses qui sont fréquentes également ?

C'est des choses qui sont fréquentes également. J'ai à gérer régulièrement des difficultés d'internes euh... d'absentéisme donc essentiellement soit en cours, puisqu'on les suit de manière assez rapprochée, par l'intermédiaire des groupes d'échange de pratiques et euh... comme les... enfin la participation à ces groupes est obligatoire, on tient un registre des participations. Donc dès qu'on voit qu'un interne commence à être un petit peu absent, il est vu soit par moi, soit par ma collègue [...].

D'accord.

Ça nous permet d'avoir une... un suivi assez rapproché. De plus, à la fin de chaque GAP, il y a des réunions avec les tuteurs, qui permettent aux tuteurs, ben de voir les problèmes, et qui souvent nous en réfèrent, nous demandent... ou en tout cas conseillent à l'interne de, si ils pensent qu'il y a un souci, de nous contacter. Donc on a un... voilà, un suivi assez rapproché des internes, par ce biais-là.

D'accord.

Et puis on a régulièrement des maîtres de stage, alors ça c'est plutôt... hospitaliers, qui nous contactent.

D'accord. Euh... vous êtes la personne référente, étiquetée ?

Oui, c'est plutôt moi qui suis référent pour ces problèmes-là, même si de temps en temps je suis, même assez souvent, secondé par ma collègue [...], hein... qui peut les recevoir également.

D'accord. Vous êtes... vous êtes étiqueté comme tel auprès des enseignants hospitaliers ou ambulatoires ?

Oui ?

Ils savent que si jamais ils ont des difficultés avec un interne, c'est vous qu'il faut contacter ?

Oui, oui, c'est moi qu'il faut contacter. Oui, oui, tout à fait. Donc ils en réfèrent à moi.

D'accord. Est-ce que, indépendamment d'un signalement comme ça, qui peut être fait par un senior, y a-t-il d'autres moyens de dépister, de... de repérer ces internes en difficulté, notamment, je sais pas, via l'association, un numéro de téléphone anonyme ?

Alors ça peut arriver. Voilà, alors, il y a effectivement l'association des internes qui nous signale assez régulièrement des... des problèmes. Y a pas de numéro de téléphone, de numéro vert (*rires*) ou d'autre numéro mais il y a l'association des internes effectivement qui est assez euh... efficace, qui fédère l'immense majorité des internes. Qui aussi de temps en temps nous signale des problèmes.

Est-ce qu'à un niveau ou à un autre, est-ce que vous savez un petit peu comment intervient la médecine du travail auprès des internes, dans votre ville ?

Oui, ben, c'est la médecine du travail euh... de l'hôpital ! Puisque le CHU... voilà. Que les internes soient en CHG, au cabinet de médecine générale, ou... ou bien au CHU, ils dépendent de la médecine du travail. On a... de temps en temps effectivement des relations, et même assez souvent, avec les affaires médicales, également, et puis donc la médecine du travail.

D'accord. Vous savez si...

Y a parfois des problèmes de secret médical, hein ! C'est pas toujours simple, à gérer en particulier pour la médecine du travail. Mais on a des bonnes relations qui nous permettent en tout cas de... de savoir si un interne a un absentéisme en particulier hospitalier ; si les chefs de service ne l'ont pas signalé, de toute façon les affaires médicales... Moi je suis en lien avec les affaires médicales, qui m'informent de... des absences des internes, éventuellement même de temps en temps des problèmes de gardes, hein, d'absences en gardes... qui peuvent se produire.

D'accord. Concernant les affaires médicales, est-ce que vous savez si il y a des consultations spécifiques, prévues ? Est-ce que c'est des choses qui sont obligatoires pour les internes à [...] ?

Alors euh... Je sais pas si il y a des consultations obligatoires prévues, mais euh... en cas de souci, effectivement, on peut demander, et on le fait d'ailleurs, à ce que les internes soient vus quand il y a des problèmes par la médecine du travail, oui.

D'accord.

Ça s'est fait régulièrement pour tous les problèmes depuis des années, de nos internes qui avaient eu un absentéisme, oui.

D'accord. Donc... O.K. Est-ce que vous savez si il y a des mesures prévues un petit peu de sensibilisation ? Est-ce que c'est des choses que vous avez pu mettre en place auprès des internes par rapport à leur santé, justement, lors de l'accueil par exemple ?

Alors lors de l'accueil, oui, on leur... Voilà... C'est moi qui fais l'accueil, enfin... En tout cas, dans l'accueil général qui est fait à tous les internes par le doyen, je suis présent ce jour-là et j'indique aux internes que si ils ont des problèmes, voilà, ils peuvent me contacter, je suis à leur disposition. Donc c'est fait. C'est fait également au niveau d'un enseignement qu'on met en place tout de suite en début de premier... en première année de DES, qui est assuré justement par ma collègue [...], euh... qui présente un petit peu l'organisation du DES à [...] et qui leur indique que... voilà, les personnes ressources en cas de... en cas de problème.

D'accord. C'est au cours de quel enseignement ?

C'est un cours introductif sur le... le DES de médecine générale à [...]. Qui leur présente l'organisation du DES pour les trois ans à venir.

D'accord. Très bien. Euh... O.K. Je voulais vous demander un petit peu comment ça se passe lorsque vous avez éventuellement des... des internes qui ont un stage qui n'est pas validé ?

Alors de quel point de vue ? Alors, de mon point de vue en tout cas : ils sont pas validés, l'ARS donc ne les valide pas, ils vont être... ben ils referont un stage de plus. Moi je les reçois, hein. Alors je les reçois en général, même presque toujours, il est exceptionnel que le stage ne soit pas validé sans que j'en ai été informé longtemps à l'avance.

D'accord.

Voilà, parce que... On a des, comment dire... On est renseigné assez rapidement par les maîtres de stage, que ce soit hospitaliers ou... ou les maîtres de stage ambulatoires, quand il y a un problème et quand il est envisagé de ne pas valider... de ne pas valider ces stages, puisque ils ont des évaluations de cours de stage, qui sont faites en cours de stage, au moins deux, voire trois, hein ça dépend. Donc on sait assez vite si il est envisagé de ne pas valider. Alors de temps en temps, ils sont validés quand même, parce que bon, on arrive à... à... à infléchir la courbe et l'amélioration se produit au cours du stage, mais bon je le sais assez tôt. Je le sais assez tôt, donc je les reçois.

D'accord.

Je les reçois, et de temps en temps effectivement, c'est ma collègue aussi [...] qui les reçoit, parce que... ça arrive assez régulièrement.

D'accord. Et est-ce qu'il vous est arrivé...

C'était ça votre question ?

Pardon ? Allez-y, je vous écoute.

Non, je vous coupe, là... C'était... J'ai répondu à votre question ? C'est assez clair ou...

Oui, oui oui. Et est-ce qu'il vous est arrivé, à ces occasions-là, quand vous receviez les internes comme ça, entre guillemets de « lever un loup », et de vous rendre compte que le problème de validation n'était pas seulement lié à un problème de compétences, ou... mais à...

Ah, mais oui ! Très souvent, c'est pas un problème de compétences, hein ! Effectivement, hein ! Il me semble que, bon, y a quelques-uns pour des raisons de compétences. Mais derrière les problématiques de compétences, y a vraiment un problème effectivement psychique, ou un problème de santé plus euh... d'ordre somatique... mais ça pose moins des problèmes de compétences, effectivement.

D'accord. Alors concrètement, pour ces internes-là qui du coup se retrouvent en échec, euh... qu'est-ce que vous leur proposez, au plan... au plan des stages par exemple ?

Alors... Et ben on leur propose effectivement un suivi un petit peu plus personnalisé, hein. Et de refaire leur stage, hein. Ils vont pas refaire dans le service où ils sont passés, ou dans le stage où ils sont passés. Mais bon, on essaie de dédramatiser les choses déjà, ce qui est un premier élément, parce que souvent c'est... c'est assez mal... assez mal perçu par les internes. Encore que souvent ils s'en doutent, puisqu'on les a déjà vus à plusieurs reprises et qu'on a un petit peu préparé le terrain.

Ouais.

Et puis à ce moment-là, effectivement, on essaie d'organiser... Ils ont des stages comme les autres, hein, on fait pas de stages... euh... hyper adaptés ; mais effectivement très souvent, moi je contacte le maître de stage ou le chef de service où ils vont, où ils vont aller au semestre suivant pour

explicitement un petit peu un certain nombre de difficultés tout en essayant de respecter le secret médical. Et pour essayer de les... de les tutorer de manière peut-être parfois plus... plus souple. Moi j'ai plusieurs exemples hein, d'internes pour lesquels les stages n'ont pas été validés, pour des raisons de pathologies ou simplement peut-être parfois... de troubles débutants, hein, pas encore installés, et euh... qui ont pu valider leurs stages ensuite, avec un... je dirais un encadrement un petit peu plus tolérant et approprié, quoi.

D'accord. Donc ça c'est une démarche qui... qui vient de vous...

Ouais, voilà...

... parce que vous contactez effectivement les maîtres de stage.

Voilà.

Est-ce qu'il arrive qu'il y ait, entre guillemets « en amont », une orientation par exemple par un fléchage spécifique, euh... lors du choix de stage par exemple, pour un interne parce que vous savez que l'enseignant dans ce stage-là est entre guillemets plus « sensibilisé » ?

Oui. Je les reçois en général avant, avant les choix, et puis on discute de leur parcours, hein et on discute éventuellement des stages qui me paraissent les plus opportuns pour eux, hein. J'ai effectivement, enfin on a effectivement un certain nombre de... je dirais d'enseignants ressources, ce que soit en ambulatoire... ou hospitaliers, qui sont à mon avis plus « aptes », hein (*rire gêné*), enfin je sais pas si je dois dire ça, mais enfin plus aptes à encadrer ce type d'internes.

Plus sensibilisés ?

Ouais, sensibilisés, voilà. Mais je pense que la sensibilisation va souvent avec l'aptitude.

Ouais.

(Avec la voix plus basse) Y a manifestement des services où les internes, on les envoie au casse-pipe si on les envoie là-bas, hein. Donc il faut leur éviter d'y aller.

D'accord. Parce que ce sont des stages qui sont plus durs ?

Ce sont des stages plus... qui sont plus durs, voilà. Où on n'a pas cette espèce de tolérance et de bienveillance qui permet à certains internes fragiles, de reprendre confiance et d'avancer.

D'accord. Est-ce que... Vous dites qu'il n'y a pas de bienveillance. Est-ce que vous diriez que parfois, y a de la malveillance ? Ou de la maltraitance ?

... Non, j'irais pas jusque-là... Non (*en baissant la voix, puis silence*)... Oui, ça peut arriver, il peut y avoir de la maltraitance. Qui est pas volontaire, hein, (*puis avec la voix plus basse*) mais il peut y avoir de la maltraitance, oui.

D'accord, d'accord.

Je pense que ça va faire du bruit (*rire gêné*) ce que je suis en train de vous dire, mais bon, c'est pas grave. Hein, effectivement.

De toute façon, ce ne sera pas... Ce que vous me dites ne sera pas rattaché à un lieu, hein...

Oui, oui, je sais, ce sera... Ni à une fac...

C'est quelque chose auquel on fait attention.

Y a je pense effectivement un certain (*puis avec la voix plus basse*)... Bon ils sont rares, hein, mais il y a certains chefs de service qui sont pas... peut-être les plus aptes, hein, sur le plan pédagogique, à encadrer les internes fragiles...

D'accord. Sur place, au niveau du contenu on va dire des stages, est-ce que vous avez éventuellement possibilité d'adapter, par exemple, moduler les gardes, moduler l'encadrement ? Enfin, l'encadrement, vous m'avez dit, c'est quelque chose que vous gérez un petit peu...

Alors, c'est pas moi, c'est pas moi qui le fais. C'est pas moi qui le fais, mais je sais... On l'a fait, pour un certain nombre d'internes, en particulier en service d'urgences.

D'accord.

C'est quand même des services un peu « clé ». Pour les internes fragiles, c'est là où les décompensations sont les plus importantes, hein, les gardes et les urgences. Donc, oui, c'est fait. Du coup, j'ai effectivement un ou deux services... voilà, qui... d'urgences qui sont plus tolérants et avec lesquels ça se passe bien.

D'accord.

Je sais que l'encadrement sera bien fait, où il y aura une mise en... en autonomie progressive. Y a certains internes, on va pas leur faire prendre euh... voilà, des gardes avec n'importe quel senior, par exemple. Dans les services d'urgences, y a quand même beaucoup de seniors, dans les services d'urgences, voilà. Voilà, donc les chefs de service savent que tel interne, et ben pendant un certain temps en tout cas, il aura un senior plus adapté. Voilà.

D'accord.

Voilà, et puis son volume... son volu... sa charge de gardes sera peut-être un peu, un petit peu plus allégée, ou en tout cas il aura peut-être des gardes peut-être moins aux urgences et peut-être plus dans les services ou inversement, suivant la... suivant les... comment dire... la difficulté de ces gardes.

Mmm. Est-ce qu'il vous est possible, à [...], de faire appel éventuellement à... au surnombre ? Rajouter un interne en plus, pour des internes comme ça, c'est des choses que vous avez pu être amenés à faire ?

Non, on l'a jamais fait. On l'a jamais fait.

D'accord.

Non, effectivement. On les a remis dans le bain. Alors plus ou moins vite, mais on les a remis dans le bain. On les a parfois... Enfin, c'est pas moi qui l'ai fait, encore une fois. Ça dépend des chefs de service et des affaires médicales. Y a parfois des exc... des exemptions de gardes temporaires, hein.

D'accord.

Voilà. Ou des tableaux de gardes un petit peu allégés.

D'accord.

On a fait ça.

O.K. Au plan universitaire maintenant...

Oui ?

Est-ce que... Alors vous m'avez mentionné notamment les AEP qui chez vous j'ai cru comprendre sont quelque chose qui est très encadré, très... très bien défini. Est-ce que pour ces internes-là, vous avez éventuellement possibilité d'une certaine adaptabilité, d'une certaine tolérance, pour ces internes qui seraient en difficulté, mais sur leurs obligations universitaires ?

Alors sur les obligations universitaires sur l'ensemble des trois ans, ils doivent rentrer dans le cadre de ce qu'on attend d'un interne, au niveau en particulier de l'assiduité à... aux groupes d'échange de pratiques et aux enseignements. Donc ben si... si ils ont pas atteint le nombre suffisant, bien ils prolongent. La plupart du temps, ces internes, comme ils ont eu un stage supplémentaire voire parfois deux stages supplémentaires, finalement, comme ils sont restés un

an de plus ou six mois de plus chez nous, ils vont assister et participer à... aux enseignements nécessaires pour valider, enfin au nombre d'enseignements nécessaires pour valider leur cursus.

D'accord. Et vous avez mentionné tout à l'heure les quelques internes qui effectivement présentaient des pathologies parfois assez lourdes, euh... Pour ces internes-là, est-ce que vous avez été parfois amenés à organiser un petit peu la prise en charge médicale, d'une façon ou d'une autre ?

Euh... Au moins la conseiller. Au moins la conseiller. Alors il se trouve qu'en plus à la fac on a un [fonction universitaire] qui est psychiatre.

D'accord.

Donc ben... on en discute assez régulièrement, hein, des... des internes à problèmes. Éventuellement ils peuvent être reçus par le [fonction universitaire] euh... qui éventuellement leur conseille... voilà, de consulter si c'est pas déjà fait. Mais en général, ils sont suivis, hein. La plupart du temps, je dirais que les internes euh... qui ont des problèmes psychiques ou psychiatriques, c'est pas des histoires nouvelles, hein ! Dans l'immense majorité des cas, ils ont déjà eu des soucis antérieurement pendant leur second cycle, euh... et pour beaucoup ils viennent d'autres facs. À [...], on a euh... peu d'internes [locaux], puisqu'ils arrivent pas à être classés suffisamment bien pour rester à [...], donc on a beaucoup d'internes de [ville proche] et puis d'autres facs de France. Effectivement, il y a parmi ce nombre des internes qui sont encore, encore plus déracinés, puisqu'ils viennent de loin, et qui ont des problèmes psychiques qui étaient suivis avant et qu'il faut... ben essayer d'aider parce que l'arrivée à l'internat, c'est souvent quand même un moment de difficultés, et qui peut favoriser les décompensations. Donc on en a eu plusieurs. Alors... Sans parler des grossesses qui viennent se surajouter là-dessus, euh... des conjoints qui habitent à 500 kilomètres... Enfin, voilà, les choses ne sont pas toujours simples pour certains internes.

D'accord. Donc vous essayez de rester, si je, si je reprends un petit peu, dans un rôle de, d'orientation...

D'orientation.

... mais de ne pas mélanger les choses. C'est pas vous qui... Voilà, c'est pas par exemple cet [titre universitaire]-là, c'est pas lui qui les reçoit en consultation ?

Ah, non ! Non, non, sûrement pas !

Voilà.

Ça... Non, parce qu'après, il y a un mélange des genres qui fait qu'on sait plus qui fait quoi, voilà ! On est obligé de... de séparer les choses ! Hein !

D'accord. O.K. Concernant les internes qui, éventuellement... pour lesquels la pratique de la médecine générale semble compromise, comment les orientez-vous, ces gens-là ?

Et bien c'est très compliqué (*il soupire*)... C'est très compliqué ! Hein, c'est très compliqué. Alors on en a eu un, qui a fini par faire un diplôme de... J'vais parler d'exemples parce que c'est difficile... euh... on n'a pas de... On en discute. On en discute en commission de médecine générale, bien sûr.

D'accord.

Avec le doyen, avec l'assesseur à la pédagogie, pour voir comment on peut éventuellement les aider à s'orienter euh... et euh... éventuellement on essaie de les aider dans une réorientation qui pourrait être... bon, dans laquelle ils pourraient... ils pourraient continuer à exercer le métier de médecin. Parce que c'est quand même dommage d'avoir... d'avoir fait tout ce chemin pour ne pas exercer ce métier-là. Donc on en a qui ont fait un diplôme de médecine légale. On en a eu un qui a fait un diplôme de médecine légale. Qui a pu se réorienter.

D'accord.

Parce qu'il était vraiment pas apte à la médecine générale. Euh... Mais bon c'est un petit peu compliqué, hein ! Une fois qu'ils sont rentrés dans le DES là, à part quelques DESC, et il y a pas tellement de DESC qui à mon avis permettent d'exercer... euh... comment dire, avec plus de

sécurité que... qu'en médecine générale, quoi ! J'vois pas bien, hein ! Donc c'est... c'est vraiment un problème ! C'est vraiment... Pour ceux qui sont pas aptes à exercer la médecine générale, c'est vraiment un problème ! Puisque souvent ils ont quand même des difficultés à éventuellement s'engager dans une... dans des formations autres, hein.

Autres que la médecine, vous voulez dire ?

Ouais, ou... Non, d'autres spécialités, quoi ! Qui sont pas des spécialités euh... voilà ! Ils ont plus la possibilité d'être réorientés... En général, ils ont plus la possibilité d'être réorientés vers une autre spécialité parce que leur classement ne leur a pas permis d'avoir autre chose que la médecine générale ! Hein !

Dans le cadre d'un... d'un stage hors-filière par exemple ? Ou d'une... d'un droit au remords ?

Voilà. Ils ont... En général, ils ont pas la possibilité de droit au remords parce qu'ils sont pas suffisamment bien classés la plupart du temps.

Mmm...

D'accord ? Quand ils sont bien classés, ben on peut envisager de... de les réorienter mais vers quoi ? Vers la psychiatrie ? Je suis pas sûr que ça soit une bonne solution ! Euh... Voilà, on est, on est... on est vraiment gêné, hein ! Ou alors vers des... vers la... j'sais pas... Donc on a la médecine légale éventuellement ! La santé publique ! Mais ils veulent pas, très souvent, en plus. Hein ! On a eu un exemple récent, on pensait que ça pourrait être une solution pour lui, mais ça l'intéressait pas.

D'accord. Des pratiques...

On est vraiment... La pratique de la santé publique l'intéressait pas, quoi. Donc on est vraiment parfois dans des situations très compliquées.

D'accord. Et est-ce que vous avez eu des situations d'inaptitude, pas à la médecine générale, mais des gens pour lesquels, clairement, il y a eu une décision d'inaptitude à la pratique et donc comment ça s'est passé ? Est-ce c'est... Est-ce qu'il y a eu une décision au niveau de l'ARS, au niveau des affaires médicales ?

On en a eu un, c'était avant, avant le DES actuel. C'était dans les années, je dirais autour de [...].

D'accord...

Euh... Qui n'a pas terminé son cursus. Voilà. Qui... voilà. Et qui n'a pas continué.

D'accord.

On a perdu... on a perdu... on a perdu sa trace.

C'est un perdu de vue, comme dans les études.

Perdu de vue. Voilà. Il a pas terminé son cursus mais il a... Il a été invalidé trois fois... À l'époque c'était les stages praticiens qui permettaient de, de repérer ces gens-là, c'était beaucoup moins bien organisé au niveau de la fac et au niveau de... des hôpitaux. C'est les stages praticiens qui avaient permis de voir qu'il avait... une pathologie psychiatrique euh... relativement sévère et qui s'était pas... qui avait pas été repérée jusque-là. Ou en tout cas il était passé au travers des stages de deuxième cycle, il avait toujours été validé sans commentaire particulier. Donc on en a eu un. Voilà.

D'accord.

Et puis on a régulièrement quand même un certain nombre d'internes dont on n'a pas de nouvelles. Alors qu'on n'a pas forcément étiquetés... psychiatriques, mais qui ont pas, qui ont pas passé leur thèse et dont on n'a plus de nouvelles.

Et qui disparaissent... dans la nature ?

Et qui disparaissent. Mais là je peux pas dire que ce soit des cas... des cas psychiatriques. En tout cas, les problèmes psychiatriques j'en ai deux ou trois exemples récents, où on a adapté effectivement le cursus, qui ont souvent fait un ou deux stages de plus.

D'accord.

Parce que les stages ont pas été validés pour des raisons d'absentéisme, pour des raisons de décompensation, et puis euh... Bon, avec une prise en charge de leur pathologie, avec des stages peut-être un tout petit peu... un tout petit peu adaptés, un cursus un peu adapté, c'est-à-dire que ben, comme ils avaient pas eu tous leurs enseignements, ils ont continué leurs enseignements sur six mois, un an, ils ont fini par valider. Ils ont passé leur DES, souvent dans de bonnes conditions, avec un travail tout à fait, tout à fait satisfaisant, voire même bon... Voilà.

Mmm. D'accord. Si jamais il devait...

Ils restent fragiles, ils sont toujours suivis, hein. Voilà.

Si jamais il devait y avoir une... une... une interdiction d'exercer, comment ça se passerait, à votre connaissance ? Ça serait une décision qui serait prise par une commission médicale à quel niveau ?

Alors... J'ai un exemple précis, moi. Alors c'était un... Dans lequel on a fait un peu, comment dire, jurisprudence, qui s'est terminé au tribunal administratif, hein. C'était une interne qui était en reformation chez nous.

D'accord.

Avant... avant qu'on mette en place le DU, là, de formation à la médecine générale. Bon [...], qui avait eu un cursus plutôt de... de chirurgie et de santé publique, et qui souhaitait faire de la médecine générale, et pour laquelle on a prononcé, nous en tant qu'enseignants, une inaptitude et qu'on a refusé de réinscrire au bout de... au bout de dix-huit mois, enfin au bout de deux ans de stages et de... et d'enseignements chez nous, parce que manifestement, ça pouvait pas... elle ne pouvait pas y arriver. Voilà. Donc ce qu'elle a contesté, et c'est allé jusqu'au tribunal. Et on a eu rais... on a eu gain de cause, parce qu'on avait pu démontrer qu'elle avait un cursus très organisé, qu'elle était suivie, reçue régulièrement, informée de ses progrès ou de l'absence de progrès, et cetera. Mais ça a été un petit peu compliqué, ce qui nous a amenés à être encore plus vigilants, et y compris avec les internes du cursus normal... je dirais, du DES.

D'accord. Est-ce que vous diriez que... que au fil des années, je sais pas depuis combien d'années vous vous occupez du DMG dans votre ville...

Oh, ça fait... une bonne quinzaine d'années, hein, maintenant...

Est-ce que vous diriez d'une part que ces pathologies-là sont devenues... sont... ont une prévalence qui a augmenté, ou est-ce que... est-ce que vous, vous avez une démarche qui a changé au fil des années ?

Alors... Ouais, j pense que... Bon. Moi, j'ai l'impression que la prévalence a augmenté. Je pense que c'est peut-être parce qu'on les... on suit mieux nos internes. On suit mieux nos internes.

Ouais.

Alors est-ce que y a un biais de recrutement à [...] ? Euh... C'est possible. Qui fait qu'on en a un petit peu plus qu'ailleurs. Mais voilà... Moi, je suis assez troublé. Alors je participe en plus, moi, aux... aux... aux commissions [...] de second cycle...

D'accord.

Et donc je vois aussi des... en particulier dans ce but-là, c'est-à-dire de repérer les externes à problèmes, qui éventuellement choisiraient ensuite le DES à [...]. Donc je suis assez bien informé des... des externes euh... un peu fragiles ou qui ont des... des difficultés. Voilà. Mais je trouve qu'il y en a beaucoup !

D'accord.

Je trouve qu'il y en a beaucoup ! Voilà. Mais je serais incapable de... voilà, de... Je pense qu'il y en a au moins autant que dans la population générale, et je pense que l'internat, en tout cas le début du DES, avec la prise de fonctions, et la prise d'autonomie, est un moment de... particulier de risque de décompensation, hein. Euh... C'est un fond, hein. Ou un mur, pour certains. Voilà. Et en plus, comme on a vraiment beaucoup d'internes non [...] chez nous, je pense que il y a le fait de devoir quitter leur fac d'origine et d'arriver dans une fac inconnue qui... qui ne simplifie pas les choses.

D'accord. Vous avez mentionné le second cycle. Est-ce que selon vous il y aurait quelque chose à faire à ce niveau-là ? Pour le dépistage ? Pour la prévention ?

Ben c'est... c'est relati... Il me semble que c'est fait. En tout cas à [...], les externes sont tutorés, euh... Ils ont des entretiens régulièrement, avec l'assesseur à la pédagogie en particulier quand euh... il y a un certain nombre d'anomalies qui sont dépistées...

Mmm...

Euh... Je pense que c'est fait, et ils sont suivis. Il me semble que les choses sont faites. Alors après, c'est peut-être pas parfait, et puis il faut dire aussi que certains n'acceptent pas forcément... les conseils qui leur sont donnés, hein, de prise en charge et cetera, hein ! Voilà !

Ouais. Et de... de... Ils sont peut-être déjà dans une démarche de... de... de se dire qu'ils ne peuvent pas être malades, en tant que médecins ?

(Silence) Euh... Je pense que, en tant que... en tant que pathologie psych... enfin, en tant que patients ayant présenté une pathologie psychiatrique, hein ! Je vous apprendrai pas qu'il y en a un certain nombre qui ne s'estiment pas malades, ou pas suffisamment malades pour avoir un suivi.

D'accord.

Je pense pas que ce soit le fait d'être médecin qui majore... voilà, qui majore cela.

D'accord. O.K. Est-ce que... Pour finir, un petit peu, est-ce que dans votre faculté, est-ce que vous pensez qu'il y aurait des choses qui... qui n'ont pas été encore mises en place ou des choses qui pourraient l'être, pour prévenir, pour prendre en charge ces internes-là, pour les réorienter ? Si vous deviez éventuellement citer des mesures...

Ben on se heurte heu... Je pense que c'est pas que dans ma fac, on se heurte à un problème réglementaire, de passerelles, quoi ! Pour un certain nombre d'internes.

L'absence de passerelles ?

L'absence de passerelles qui permettent de les réorienter. J'ai le souvenir de ce premier interne il y a une quinzaine d'année, qu'on aurait peut-être pu réorienter sur des fonctions euh... non ou peu soignantes, quoi. Mais bon, ça n'a pas été possible.

Mmm.

Voilà. Après, voilà, on se heurte aussi à la volonté des... de ces étudiants, qui refusent obstinément de... éventuellement de changer de filière !

Ouais. D'accord.

Voilà. Euh... Après, l'autre difficulté... comment dire... c'est que, nous on... voilà, on s'occupe de la pédagogie, on a un petit peu... comment dire... des relations avec ceux qui les payent et qui vont finalement décider de leur aptitude euh... professionnelle. Je dis bien aptitude à être interne, hein, donc la médecine du travail et autre. Mais voilà, on est un petit peu en difficulté avec ça, hein. Ce n'est pas la même personne qui gère... qui gère l'ensemble... des difficultés de nos internes.

Il faudrait que ce soit le cas ?

Je suis pas sûr. Effectivement, je suis pas sûr. Je suis pas sûr, mais ça complique, ça nous complique beaucoup les choses. La procédure d'inaptitude, finalement, elle passe par la médecine du travail. Hein. La plupart du temps. Elle passe pas tellement par... par la faculté.

Donc vous diriez que vous, vous avez un rôle de pédagogues, d'enseignants, et que faut pas mélanger ?

Ben... on le mélange. On le mélange, et on le fait et j pense qu'il faut le faire, de toute façon, hein. Il faut bien qu'on s'en occupe. Mais euh... Au bout du compte, et c'est un peu frustrant, la décision, elle est prise... elle est prise finalement par la médecine du travail. Qui prononce l'inaptitude, qui éventuellement fait faire une triple expertise psychiatrique qui va décider de... de l'inaptitude aux fonctions.

D'accord. Très bien. Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Non ! Non, c'est un... Voilà, c'est un problème vraiment difficile. Un problème vraiment difficile. Bon, jusqu'à présent, depuis la fameuse histoire d'il y a quelques années, on n'a pas eu... à décider d'inaptitude, ou d'arrêter des internes. Mais euh... c'est vraiment compliqué, ces situations-là (silence)...

Oui... Très bien.

Et on a aussi, voilà, l'avenir des patients... voilà... entre nos mains ! Au bout du compte.

Oui. Donc c'est des décisions qui doivent tenir compte de cet état de fait ?

Ah, ben oui ! Voilà ! Voilà ! Et puis, comme d'habitude et encore plus là, on est en situation d'incertitude, c'est-à-dire que... Y a quand même beaucoup de pathologies psychiatriques qui peuvent être prises en charge et, tout à fait correctement, et peuvent permettre un exercice médical... satisfaisant. Voilà. On maîtrise pas les complications éventuelles qui peuvent survenir après. Après, c'est le rôle de l'Ordre, hein. Si...

Très bien.

S'il arrivait des soucis... Voilà !

Bon. Et bien je vous remercie.

Ben je vous en prie.

Je pourrais vous transmettre les résultats si vous le souhaitez.

Ah ben avec plaisir. Oui, avec plaisir.

Très bien, je n'y manquerai pas. Je vous remercie.

Merci. Bon courage pour la suite de votre thèse.

Merci beaucoup.

A bientôt.

Au revoir.

Au revoir.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 6

Allô ?

Oui... [...] ?

Oui, bonjour.

Oui, bonjour, David Cléménçon, l'interne toulousain. Euh... J'devais te rappeler aujourd'hui pour mon entretien pour ma thèse.

Oui...

C'est peut-être pas le moment...

Si, si. Si, si.

Si, c'est bon ? Parce que je t'ai envoyé un texto y a une petite demi-heure pour savoir si c'était toujours O.K., et comme j'avais pas de réponse, je me suis dit que j'allais essayer de t'appeler...

Oui, non non, t'inquiètes, t'inquiètes. C'est juste que je regarde pas les textos parce qu'en ce moment, y a pas mal de D4 « oui, euh, alors... », qui posent plein de questions par texto, « oui, est-ce que c'est bien [...] ? », tu sais, des questions de merde auxquelles tu vas pas répondre par texto, donc je regarde pas trop, mais il y a pas de souci.

D'ac. T'as une petite demi-heure, là ?

Oui.

O.K. Alors du coup, euh, je te fais un tout petit topo rapide, parce que comme on a fait une déclaration à la Commission informatique et libertés, on a essayé de faire un truc un peu réglo, donc voilà, j'ai deux trois... un petit texte à te lire et puis on attaque après.

Oui.

Ça marche ?

Ouais, ouais.

O.K. Tu m'entends bien là sinon, ou pas ? Moi je t'entends pas très fort, c'est pour ça que je pose la question...

Ouais, ouais. Moi je t'entends trop fort !

D'accord, O.K. Donc ma thèse s'appelle : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc avec ton accord, on va enregistrer euh... cette conversation. Tu peux bien sûr refuser de répondre à toute question ou d'aborder tout thème sans te justifier. Et donc euh... la conversation sera enregistrée, euh... retranscrite et anonymisée, et les enregistrements seront conservés pour trois mois au maximum le temps de la retranscription des entretiens et de l'analyse. Donc, sachant cela, es-tu toujours O.K. pour l'enre... pour participer à l'étude et être enregistré ?

Oui oui oui oui.

O.K. Euh, sachant que voilà, les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour l'analyse et le codage. Je te demanderai dans la mesure du possible de ne pas divulguer d'informations sur... euh... sur les internes dont vous auriez été amenés à vous occuper pendant, pendant... ben pendant le mandat, en fait. *(Silence)* Donc, toi, si j'ai bien compris, tu...

Tu veux dire, par « pas d'informations » ? C'est-à-dire, pas d'identité, c'est ça ?

Voilà, pas d'informations personnelles, bien sûr.

O.K.

Voilà. Euh... Toi, [prénom], donc tu es [fonction dans la structure] ?

Voilà.

O.K. Je peux te demander ton âge, s'il te plaît ?

J'ai [...] ans.

[...], O.K. Euh... Actuellement, là, t'es à ton domicile ?

Oui.

O.K. À quelle faculté es-tu rattaché ?

À [...]. Enfin, ça a changé de nom mais à mon époque, ça s'appelait [...].

D'accord. O.K.

Actuellement, ça s'appelle [...].

[...], O.K. Euh, est-ce que tu peux me dire votre nombre d'adhérents à [...] ?

Oui, environ [...].

D'accord. O.K. Est ce que tu es en mesure de me dire le nombre de membres que vous êtes dans le bureau ? De membres actifs, quoi !

Euh, ouais... Au dernier décompte, on était... euh neuf, dix. Dix.

Ah ! Oui, ça n'fait pas beaucoup pour un nombre d'internes aussi important, hein ?

Oui, y a [...] internes, [...] internes de médecine générale en [région]. Enfin non, non, y a [...] internes maintenant, de médecine générale en [région] après... (il baisse la voix) enfin bref, [...] suicides...

Après quoi ?!

Après [...] suicides !

Y a eu... (*Silence*) Y a eu [...] suicides cette année ?!

Ouais ouais. Ah, mais c'est merveilleux, hein ! C'est... Et à chaque fois, quand on en parle à [instance hospitalière] ou autres, y nous disent : « Non, c'est pas imputable à l'internat ! » J'veis vous dire, enfin, y a eu [...] suicides rien qu'en médecine générale en [région], y en a eu [...] toutes spécialités confondues, [...] sur [...] internes, donc 100 pour 100 000 si on fait des proportions, soit huit fois le taux de suicide de notre tranche d'âge, des 24-35 ans qui est de... enfin, normalement, de 12 pour 100 000. Et pas de 100 pour 100 000.

D'accord.

Voilà.

Oui, j'ai vu passer un...

Mais, mais...

Vas-y, vas-y !

Pour moi c'est juste, tu vois, un facteur aggravant on va dire le risque de suicide, j'veais pas dire que c'était directement imputable ou non, mais voilà, y a quand même cette coordination entre internat et suicide plus élevé, quoi ! Après... Enfin, je sais pas, si on fait le petit « p »... Peut-être... Si je dis que c'est huit fois supérieur au taux de suicide de la tranche d'âge, on va me dire que oui, mais mon intervalle de confiance traverse 1, ou un truc comme ça, oui, probablement, que sur un an... Cette année on a eu particulièrement des problèmes, ouais.

Ouais.

Enfin, bref, je vais retourner à tes questions. Là, je...

Non, mais on peut, on peut enchaîner là-dessus, si tu veux. Bon, ben globalement...

Oh ! Non, non... C'est tout ce que j'ai à en dire...

Globalement... En fait, ça me fait penser à un truc que j'ai vu passer, effectivement, y a deux jours sur [site web d'actualité médicale], comme quoi [ville] envisageait de mettre en place un suivi, un certificat d'aptitude mentale. Sauf que le certificat, il existe déjà en fait ! (*Silence*) C'est un effet d'annonce !

Non, ce que prévoit de faire [institution hospitalière] à ma demande, spécifiquement, c'est de mettre un médecin responsable de ce certificat d'aptitude au CHU, enfin que... Non, c'est un peu compliqué, mais en gros ce qu'on essaie de faire, c'est transformer peu à peu en [région] le certificat d'aptitude mentale en une vraie visite de médecine du travail de début d'internat, où il pourrait y avoir un entretien qui serait un petit peu plus long que... que : « J'te signe le formulaire et c'est bon ! » Parce qu'en gros, on veut voilà que, que le certificat ne puisse plus être signé par n'importe quel PH, sorti de nulle part, de n'importe quelle spé... Voilà.

Ouais.

Et nous avons euh... désormais à [...] une, un médecin du travail dédié aux internes, centralisé... qu'on n'avait pas avant. Parce que dans [...], nous avons plusieurs groupes hospitaliers, [...] hôpitaux. Voilà. Et on nous avait dit : « Oui, ben, l'interne, il changera de médecine du travail à chaque fois qu'il change d'hôpital ». Même au sein de [nom du CHU], et d'autant plus quand ils quittent [nom du CHU], moi j'ai demandé que tous les internes [de la subdivision] ait un médecin du travail central pour s'occuper des problèmes... Pour que en gros, que les internes qui ont des problèmes et qui ont besoin d'être suivis en médecine du travail, puissent avoir le même médecin du travail du début à la fin !

Ouais.

On m'a répondu, ben non, jusqu'à ce que, énervée par la situation, la coordinatrice de la médecine du travail de [région] accepte elle-même de suivre les internes.

D'accord.

Personnellement.

Et du coup, c'est elle qui reçoit tous les internes qui commencent leur internat à [...] désormais ?

Non. (*On a l'impression qu'il lit un texte*) Les internes devront être reçus par la médecine du travail de leur hôpital. Dans le courant du premier semestre à la suite de la rédaction du certificat, on confirmera si ce certificat, parce qu'il sera toujours rempli par n'importe quel PH bien évidemment, on confirmera si ce certificat est valide ou pas, et on essaiera de détecter les internes à problèmes.

D'accord.

En médecine générale en [région], on a le problème tout de même, que euh... Cette visite de médecine du travail, pour l'instant, obligatoire, alors qu'elle est obligatoire dans la loi pour tout travailleur français, tu noteras, cette visite de médecine du travail pour les internes durant le

premier semestre ne sera possible que pour les internes effectuant leur premier semestre à [nom du CHU] !

D'accord.

Soit 0 % des internes de médecine générale. Nous ne passons pas à [nom du CHU] en premier semestre !

D'accord.

Mais euh... En outre, voilà... Ils essayent de faire avancer les choses, c'est effectivement suite à un important taux de suicide cette année, euh, dont on va dire [...] étaient quand même très... Enfin, sur les [...] suicides de médecine générale, t'en as un qui était très fortement imputable au travail, même si il y avait une pathologie psychiatrique sous-jacente, et un autre qui... qui aussi avait été déclenché par un événement indésirable survenu au travail.

D'accord.

Voilà, donc, quand même...

O.K. Je comprends mieux, je comprends mieux ce papier que j'ai vu passer, et puis je comprends mieux aussi le volet qu'il y a sur le burn out sur votre site, que j'avais jamais vu auparavant, et qui est apparu, je pense, il n'y a pas très très longtemps du coup ?

Le volet sur le burn out sur notre site ? Non, on a refait le site l'année dernière...

Ouais.

...Enfin, j'ai refait le site l'année dernière. On a depuis euh... Ce volet... non, on l'a depuis le début de l'année universitaire cette année.

D'accord.

Euh... C'est pas tellement dû au suicide, c'est aussi qu'on a un professeur de médecine générale euh... qui euh... a coordonné, a dirigé plusieurs thèses qui se réunissent au sein d'une grande étude sur le suicide... non, pardon, sur le burn out des internes, et selon cette étude, un bon petit... J'ai pas les chiffres définitifs...

Ouais, c'est [...] ?

Hein ?

C'est [...] ?

Non, y a pas... Non, c'est [...], non mais enfin oui, entre les trucs de [...] et les trucs de [...], y aurait un tiers des internes qui serait ou aurait fait un burn out à l'heure actuelle... Voilà. En [région] du moins. Enfin voilà, d'après ce que j'avais lu, ce taux serait plus élevé en [région]. Je me souviens vraiment plus de où j'avais vu ça.

Mmm...

Mais... Voilà.

D'accord.

Donc on a quand même aussi des problèmes spécifiques en [région], et euh ben... l'isolement des internes ! C'est-à-dire que y a pas mal, en première année notamment, d'internes qui vont faire le burn out parce qu'ils sont seuls, quasiment seuls dans un hôpital [périphérique], tu sais, avec très peu de co-internes, pas de salle de garde, pas de... pas de communauté d'internes, tu vois ce que je veux dire ?

Ouais.

Ça, on en a beaucoup en [...]. Et je pense qu'aussi, il y en a pas mal dans les autres régions aussi, mais ce qu'on a en [...] et qu'il y a pas trop dans les autres régions, c'est une promo de [...] internes, où personne ne se connaît, globalement. Donc tu vas faire des stages avec des co-internes...

Oui ?

... Puis... puis à la fin, ben tu vas refaire un nouveau stage... Enfin bref, à chaque fois, dans chaque nouveau stage, tu ne connaîtras pas les gens avec qui tu vas te retrouver. Et donc ça va rendre d'autant plus difficiles les conciliations sur les plannings, sur les machins, et au bout d'un moment, une relative absence de solidarité en cas de maladie ou... voilà. C'est... c'est... Mais vraiment, tu sais, c'est pas... Maintenant, les autres villes, je crois hein, tu me diras peut-être que c'est pareil à Toulouse... Dans les autres villes, je crois qu'il y a, quand même, qu'il y a euh... tout le monde se connaît à peu près, voilà, y a quand même un certain esprit de promo, qu'on n'a pas du tout, nous ! Mais pas du tout ! Euh, voilà.

D'accord.

Les gens se connaissent pas.

D'accord. Et c'est peut-être lié au fait que effectivement, dans votre ville, tout est euh... tout est centralisé sur un seul groupe, et vous tournez sur toute la région, alors que, il y a [...] facs, ou je sais plus combien de facs, quoi ?

Y en a [...].

[...] facs, ouais.

Mais [...] internes, donc, et tout ça c'est un pot commun qui se déplace sur [...] terrains de stage.

Ouais.

Hospitaliers. Sans compter les praticiens. Donc euh, effectivement, on a difficilement de cohésion de groupe, quoi. C'est... En tout cas, en stage, elle finit par apparaître si ça se passe bien, c'est pas toujours, hein... Moi à chaque fois que j'ai un nouveau stage, je tombe avec des gens que je NE CONNAIS PAS (en insistant sur ces 3 mots) !

Ni d'Ève, ni d'Adam.

Ah, mais VRAIMENT ! Jamais vus, hein ! Voilà. Et... voilà (rires). Globalement.

Bon. Donc, ouais, pour revenir un peu au sujet, du coup, [...], explique-moi un peu comment ça se passe pour euh... pour dépister ces internes à problèmes. Comment, concrètement, ça se passe chez vous ? Euh... Voilà. C'est... les gens qui vous contactent ? Les gens contactent le DMG ? Comment... Est-ce qu'il y a des choses mises en place pour dépister, pour sensibiliser ? Voilà. Raconte-moi un peu.

Les internes en difficulté, y a plusieurs moyens de les détecter. Ils sont détectés notamment par les enseignants méd gé, leurs tuteurs. Enfin, c'est simple, quand ils rendent pas leurs traces, on les considère comme internes en difficulté. Des fois ça fait des faux positifs, hein ! Euh... et on encourage les... le département de médecine générale encourage par courriers répétitifs les chefs de service à signaler les internes en difficulté notamment les internes n'ayant pas le niveau ou... les internes dans des situations psychologiques difficiles. Et aussi on en a qui nous appellent directement, on a eu plusieurs situations à gérer nous-mêmes directement. Malheureusement, on n'a pas de système de dépistage plus efficace. On a... on a deux types d'internes en difficulté. On a l'interne en difficulté tel qu'on peut le connaître dans d'autres régions, c'est-à-dire l'interne qui a fait ses études en France, qui fait un burn out parce que c'est difficile, parce que la responsabilité, parce que tout ça... Et on a aussi un autre type d'internes en difficulté, c'est l'interne européen, qui a passé l'ECN¹ comme le prévoit la loi, et qui ne parle pas français et qui n'a pas le niveau en médecine, et qui va se retrouver sur nos terrains de stage, et qui rapidement va se retrouver dans

¹ ECN : Examen classant national, dénomination incorrecte des épreuves classantes nationales (ECN)

une situation assez difficile, où on va lui demander de faire des choses qu'il ne sera pas capable de faire, et en gros... le message qui est passé aux chefs de service sur cette question-là, c'est de ne pas valider les internes qu'ils estiment en trop grande difficulté, eu égard à leur niveau, afin de... qu'on puisse les détecter. En fait, la seule façon qu'on a de les détecter, c'est l'invalidation du stage.

D'accord.

Parce que malheureusement, on a demandé aux chefs de service de nous signaler, aux enseignants ou à nous, en amont les internes avec lesquels ils avaient des problèmes. On a constaté qu'ils ne nous les signalaient pas, parce que ils savaient qu'on leur retirerait ces internes si ils étaient signalés, pour les mettre ailleurs, euh... Puisque depuis deux semestres, nous avons créé un stage, de remise à niveau notamment en français... *(Il lit)* Trois stages de médecine interne dans [ville] susceptibles de prendre des internes en surn... étrangers en surnombre, pour les remettre à niveau notamment en français, et en médecine française. C'est pas mal du tout, mais du coup les chefs de service de périph qui signaleraient ces internes à la coordination se verraient retirer ces internes. Donc en fait, ils attendent la fin du semestre pour les signaler. Donc la seule façon qu'on aura, pour nous, de mieux les signaler, c'est de les invalider. De toute façon, si ils n'ont pas le niveau, il faut les invalider ! Mais on a un ou deux cas d'internes, ça c'est très nouveau, les fameux... les fameuses personnes ayant échoué à deux P1 en France, et étant parties faire leurs études médicales en Europe de l'Est après échec à leur première année en France...

Oui...

... et qui reviennent en France à l'issue de l'ECN. Et un coup sur deux ça se passe bien, un coup sur deux, elles ont un niveau épouvantable ! C'est... c'est des chefs de service qui te disent : « Mais... même un externe en sait plus sur la médecine, quoi ! »

Et c'est ces internes-là, c'est c'te fac, Cluj ¹ ou je-sais-pas-quoi, où il y a eu aussi, pareil, récemment deux suicides, heu...

Y a Cluj, mais on n'a pas que Cluj, finalement, qui revient. On a aussi des gens qui reviennent de Hongrie, euh... On n'a pas trop de problèmes avec les gens qui viennent, j'dirais bien de Belgique, d'Espagne, d'Italie... Y a pas de problème pour les gens qui reviennent de l'Europe, on va dire, qui nous entoure, quoi ! Malgré une barrière de la langue mais qui rapidement est résolue. C'est plus des problèmes effectivement avec l'Europe de l'Est, notamment par rapport au niveau...

Ouais, c'est plus le niveau qui pose problème que la langue, en fait ?

Ben y a les deux, quoi, y a les deux !

D'accord.

Y a aussi que, effectivement, plus tu viens d'Europe de l'Est, plus ta langue est différente, plus c'est difficile d'acquérir le français. Ça c'est... c'est clair ! Mais euh... on a des internes de Bulgarie, Roumanie... De Cluj, on en a très peu. Surtout des internes roumains et bulgares, d'origine roumaine et bulgare. Ils viennent à [ville]. Et on a, avec les enseignants, constaté un fait nouveau, j't'en parle parce que ça fait partie de ce qu'on appelle les internes en difficulté en [région].

Non, mais il faut en parler, il faut en parler, effectivement.

Donc on les a classés... Enfin, ils ont remarqué qu'il y avait un phénomène de... comment dire, de... que à l'issue, ces internes qui arrivaient de l'Union européenne... En gros, un tiers progressait de façon fulgurante et on n'en entendait plus jamais parler, y avait aucun problème. Un tiers restait en difficulté. Et un tiers repartait spontanément dans leur pays. Sans rien dire.

¹ Cluj-Napoca : Ville de Roumanie proposant un programme d'études médicales en langue française, permettant notamment à des étudiants français ayant échoué à deux (voire trois) reprises à l'issue du concours de première année commune des études de santé (PACES) de tenter (il y a une sélection à l'entrée) de recommencer un tel cursus.

D'accord. Et ces internes-là, ils ont passé l'ENC en France avec leur niveau de français parfois catastrophique ?

Ben oui, puisque il suffit d'avoir... d'y aller pour être classé dans l'ECN. Et que depuis maintenant [...] ans, la promotion de [...] n'est pas pourvue jusqu'au bout, donc tu peux être dernier à l'ECN et avoir médecine générale à [...].

D'accord. Et du coup, ces internes-là, ils choisissent [...], ils pourraient très bien choisir une autre ville !

Y a pas... Evidemment, ils choisissent [...] parce qu'il vaut mieux tous se regrouper au niveau de [...], parce que... Effectivement, avant ils allaient... avant ils allaient plutôt à [...], dans des trucs comme ça... Enfin, selon leurs dires, j'ai pu discuter avec certains d'entre eux. Et maintenant... Enfin, il n'y pas de consensus entre eux là-dessus mais globalement, oui ils choisissent délibérément [...], parce que, ne serait-ce que pour les transports pour aller dans leur famille, ou... voilà, c'est plus facile pour eux, et puis c'est une ville qu'ils connaissent, quoi, dont ils ont déjà entendu parler, qu'ils ont peut-être déjà visitée, voilà. C'est effectivement, c'est ce qu'ils choisissent, quoi. Enfin, ils vont tous à [...]. Puisque [...] est quasiment, enfin n'est pas la dernière ville, parce qu'il y a d'autres villes qui ne font pas le plein, à l'issue de l'ECN. Mais [...] effectivement fait vraiment pas le plein, tous les ans il reste [...] places minimum non pourvues. C'est vers la fin, quoi.

D'accord. D'accord. Je reviens sur ce que tu m'as dit tout à l'heure. Tu me disais qu'il y avait vraiment des courriers qui étaient adressés régulièrement aux enseignants pour qu'ils signalent les internes ? Ça, c'est quelque chose qui est formalisé, qui est pérenne ?

Aux chefs de service pour qu'ils signalent les internes en difficulté, n'ayant pas le niveau en médecine et posant problème dans l'organisation des services, enfin qu'ils puissent être remis à niveau. Excusez-moi, y a quelqu'un qui vient de sonner à ma porte, je pense que c'est un colis... (Interruption de quelques secondes) Allô ?

Ouais ?

Allô ? (Silence bref) Donc je disais, les internes avec des difficultés psychologiques, c'est plus difficile de les détecter. J'ai eu le cas... Enfin, j'avais pas te raconter, enfin... C'est plus difficile en gros de les détecter, les internes en souffrance psychologique mais qui vont en parler à personne... On essaie d'enquêter, de dire voilà aux co-internes, aux chefs de service, aux médecins des services, de savoir ou... ouais, de signaler à nous, aux enseignants, enfin y a plusieurs canaux. Le problème aussi, c'est comment faire la différence, parfois hein, entre un interne qui, qui... qui travaille pas beaucoup, versus un interne qui travaille pas beaucoup parce qu'il est en burn out, tu vois...

Ouais...

...soi-même étant en burn out, enfin c'est compliqué, quoi, c'est compliqué.

Entre quelqu'un qui va pas bien et quelqu'un qui glande, quoi ?

Voilà, c'est ça. Comment faire la différence quand soi-même on est en burn out, ou alors... Voilà, tu vois, c'est un peu... c'est un peu difficile. Donc on compte sur tous les moyens mais pour l'instant, je préfère le dire, on est mauvais, quoi ! Pour qu'il y ait eu [...] suicides en médecine générale en [région et intervalle de temps], sans compter les tentatives dont on aura jamais entendu parler, sans compter les divers arrêts, hospitalisations en psychiatrie... Il me semble qu'il y en a eu plusieurs ! Plusieurs ! C'est-à-dire qu'il y en a deux dont j'ai connaissance, y en a au moins deux, donc !

Ouais.

Euh... Voilà, c'est... un gros souci, quoi ! Ça c'est ce qu'on fait... Donc de notre côté on a plusieurs moyens quand même de détecter les internes en difficulté au niveau de médecine générale, des trucs assez spécifiques. Toi, tu es interne de médecine générale toi-même, c'est ça ?

Oui.

Mee too. Ouais... Donc nous on compte beaucoup sur les tuteurs finalement, c'est le seul interlocuteur un peu institutionnel de l'interne qui change pas, tu vois. Les tuteurs qui détectent et qui souvent mettent en arrêt leurs internes quand ils sentent que ça va mal se passer. C'est un fusible qui marche relativement bien. On compte sur les tuteurs. Dans ma fac, comme dans beaucoup de facs, on a des groupes de parole...

Ouais...

... où à la fois on peut discuter de sujets médicaux, et à la fois on peut discuter de si on a des problèmes en stage, on peut en parler avec les co... avec d'autres internes, et un enseignant. Et ça permet des fois de se rendre compte qu'une situation qu'on vit en stage n'est pas acceptable, n'est pas normale, contrairement à ce qu'on pouvait croire, peut-être, avant. On a plusieurs moyens, voilà, de détection... Encore faut-il, voilà, pour que ces moyens fonctionnent, faut que l'interne y adhère au minimum, c'est pas toujours le cas, au système de l'enseignement tel qu'il est prévu, c'est-à-dire qu'il rencontre son tuteur, aille aux groupes de parole. Voilà. Si c'est un l'interne qui veut pas faire tous ces trucs-là, et ça existe, mais ils peuvent pas le faire très longtemps parce que, tu le sais peut-être, en [...], on t'invalides ton semestre si tu rends pas tes traces, si tu appelles pas ton tuteur, enfin voilà... J'dis, si c'est un interne qui est sorti de tous ces trucs-là, ça c'est encore des fusibles qui vont pas détecter. Et en gros typiquement, un interne étranger en difficulté qui va pas en cours, qui rencontre pas son tuteur, et qui va pas au groupe de travail, et qui en stage n'a pas le niveau, on va peut-être s'en rendre compte si son chef de service l'invalides en fin de semestre.

D'accord.

Si il ne l'invalides pas, si il ne l'invalides pas, on ne le saura pas ! On ne le saura pas ! Des fois ils ne les invalident pas parce qu'ils veulent, « il a quand même été utile », puis « le pauvre, c'est pas sa faute », enfin tu sais tout l'argumentaire de « l'invalidation est une punition ». Mais nous-mêmes, comme les enseignants, nous sommes convaincus que l'invalidation n'est pas forcément une punition... Y a besoin d'une formation complémentaire s'il n'y a pas eu de progression durant le semestre.

D'accord. Par rapport...

Et à l'inverse, l'invalidation de nos traces non rendues, on n'est pas d'accord. Je sais pas si... Enfin.

Ouais. Les tra... les internes qui sont invalidés sur traces non rendues par exemple, c'est des dossiers qui sont discutés après en commission au sein de la fac, avec les assos... avec [la structure] ou des choses comme ça ou pas ?

Alors euh... Nous avons de gros reproches à... à faire sur une absence totale de transparence de nos enseignants sur ces questions. Beaucoup de facultés ne laissent absolument pas les internes accéder, les représentants des internes, accéder à ces réunions où ils décident d'invalides ou pas les internes.

D'accord.

J'ai néanmoins pu demander à ma faculté, celle qui invalide le plus d'internes pour traces non rendues justement...

Ouais ?

... de justifier pour chaque interne pourquoi ils avaient été invalidés.

Ouais.

Pour traces non rendues. Euh... Le fait est que dans [ville] hein, en gros, t'avais [...] facs qui avaient invalidé des internes pour traces non rendues. T'as toujours [...] et [...] qui invalident le plus. Sachant qu'à [...] ils demandent 19 traces, donc c'est un peu compliqué ! [...] ils en avaient invalidé six, [...] huit. Alors je leur avais demandé pourquoi ils en avaient invalidé huit. Ils m'ont montré la liste, ils m'ont expliqué. Et quand ils m'ont expliqué, c'étaient des internes qui avaient validé leur semestre sans trop de problème, et qui avaient manifesté visiblement de façon... comment dire...

euh... explicite, que les traces c'était de la merde, que ça les intéressait pas, et qui avaient arrêté de rendre leurs traces depuis non pas un semestre mais depuis plus d'un an !

D'accord.

Donc même si on estime que ce n'est pas légal, et que le Ministère de l'enseignement supérieur nous a donné raison, qu'il estime que ce n'est pas légal, que les doyens de la Conférence des Doyens estiment que c'est pas légal, bref tout le monde estime que ce n'est pas légal, d'invalider un stage hospitalier sur des critères de travaux universitaires non rendus, il n'en est pas moins que, nous acharner à défendre des internes qui ne rendent pas leurs travaux universitaires depuis plus d'un an alors même que, c'est rien à faire, enfin honnêtement, même moi je suis [fonction et structure] et je fais plein d'autres trucs à côté, j'arrive à rendre mes traces en temps et en heure... J'veux dire, c'est rien à faire, on n'a pas d'examen, on a que ça à rendre. On a du mal à se positionner en tant que [structure] qui va défendre les euh... les quinze internes sur [...] qui ont pas rendu leurs traces, tu vois.

Ouais. En plus, bon, je sais pas comment sont évaluées ces traces. On vous demande de les rendre, mais est-ce qu'elles sont derrière évaluées ou est-ce qu'elles finissent sur une étagère ?

Elles sont évaluées. Mais euh... la seule raison qui fait qu'on te les invalide, euh... qu'on t'invalide ou pas, c'est qu'elles doivent être rendues. Elles peuvent n'être pas validées, ça, c'est pas grave. Mais y faut qu'elles soient rendues.

Ouais.

Sinon on t'invalide. Tu vois, tu peux déposer de la merde, tu seras pas invalidé de ton stage, parce que tu as déposé quelque chose. Y en a plein même qui ont compris la technique, et qui maintenant déposent des traces complètement moisies, pas du tout travaillées, et qui les retravaillent derrière, après la *deadline* (rires).

Ouais, donc le problème c'est que, n'ayant pas de transparence, en tout cas, le fait de ne pas rendre ces traces universitaires ne permet pas de dépister euh... une souffrance éventuelle d'un interne, parce que de toute façon, on sait pas pourquoi il est invalidé, quoi !

Non, voilà. C'est compliqué, effectivement. Là, ce semestre, voilà on a... La coordination régionale essaie d'être à peu près transparente avec nous au moins sur l'identité des gens, pour voir si on a eu des infos euh... de notre côté. Un partage commence à ce niveau-là. Jusque-là on était dans l'anonymisation la plus complète des dossiers alors que... Tu vois, même au lycée, même au lycée quand tu fais, quand tu es délégué de classe, on n'anonymise pas les élèves dont on parle en conseil de classe quand il y a des problèmes, tu vois ce que je veux dire ?

Ouais.

Là, nous, on nous anonymisait tout, donc on n'était pas en mesure d'intervenir. Là, depuis peu, les enseignants médecins généralistes nous donnent les noms, et on essaie de bosser ensemble là-dessus quand on a des infos de notre côté. C'est plus « une interne », « un interne », voilà ça fait un moment. Euh, et... Par contre toujours du côté de l'hôpital, par contre, on a... Mais ça à la limite c'est normal, on n'a pas du tout accès à... aux noms... ni quoi que ce soit. Pourtant, [nom du CHU] est au courant de l'ensemble des arrêts de travail des internes, euh... des internes qu'elle signale notamment à une commission régionale... qui s'appelle le comité médical, je sais pas si tu connais ?

Non.

C'est en gros, en [région] du moins, je sais pas si... normalement c'est pareil partout mais... Quand un... médecin n'est... un médecin, interne ou pas, ou senior des hôpitaux, est en difficulté euh... on va convoquer le comité médical. Qu'est-ce que c'est, ça ?

C'est au niveau de l'ARS ?

Si c'est un arrêt de travail de plu...

Ou de l'hôpital ?

C'est au niveau de l'ARS, oui.

Ouais.

Au niveau de l'ARS. Enfin c'est l'ARS qui va convoquer le comité médical mais elle va pas le diriger, hein ! L'ARS va juste trouver des médecins qui vont prendre une dé... Trois médecins, qui vont prendre une décision. Voilà. Et des médecins euh... chefs de service X ou Y, sortis de plusieurs hôpitaux différents ! Tu vas en avoir un qui arrivera de [...], 2 de [...] par exemple, un truc comme ça. Et en gros, euh... J'ai un interne sur lequel... qui m'avait appelé...

Ouais ?

Y avait tout le monde qui était intervenu à son niveau pour le forcer à se mettre en arrêt parce qu'il était dans une espèce de dépression catatonique, voilà. Tu avais d'un côté les enseignants qui disaient : « Ne va plus en stage ! », sa chef de service qui avait signalé aux enseignants mais euh... voilà, qui voulait qu'on l'aide. Tu avais de l'autre côté l'hôpital qui ne voulait pas demander le comité médical parce que ça ne faisait pas assez longtemps qu'il était en arrêt. Puis nous qui étions contactés, mais nous n'étions pas mis au courant, ni par les enseignants ni par l'hôpital qui étaient déjà au courant du dossier. Enfin personne n'avait communiqué entre eux. Ce qui a abouti à ce que l'interne, avec nos... mes encouragements à moi, revienne en stage, puisque son médecin psychiatre et son médecin du travail lui avaient dit : « O.K., retournez en stage ! » Ça s'est très bien passé finalement.

Ouais.

Au début. Au bout d'un moment, ben... Vu que son psychiatre était pas au courant qu'il allait mieux, qu'il était retourné en stage, j pense qu'il n'y avait toujours aucune communication entre les interlocuteurs, il a continué de fortes doses d'antidépresseurs et donc, il a fini en manie délirante ! En fait, il était bipolaire.

Oui.

Enfin. Il m'a appelé, il était en manie délirante. C'était l'enfer, quand il m'appelait, y m'appelait plusieurs fois par jour, sur le téléphone, « j'en peux plus », « j'en peux plus », à ce numéro, et euh... voilà. Et toujours aucune communication entre les enseignants, l'hôpital, l'interne. Les enseignants... les enseignants disaient à cet interne : « On avait demandé un comité médical pour toi » ; le comité médical n'avait jamais été demandé. Il a fini par être demandé là [date], alors que ça faisait euh... cinq mois que le mec attendait chez lui que ce comité ait lieu. Au final, je ne sais pas ce que le comité médical a jugé, mais voilà. Une situation qui a bien pourri, parce qu'il n'y avait aucune communication entre les interlocuteurs. Donc on sait qu'il faut qu'on progresse là-dessus, ça fait partie des pistes d'amélioration pour cette fin d'année et pour l'année universitaire à venir, voilà.

D'accord.

Dès qu'on a un dossier à problème et qu'on est plusieurs à être au courant, personne ne communique de l'un à l'autre, de peur que l'autre soit pas au courant, estimant que l'autre n'a pas à être au courant, parce que le secret médical, machin.

D'accord. Alors, j'ai bien compris que toi, t'es l'interlocuteur privilégié pour euh, pour tout le monde, tout le monde a ton numéro. Après euh... pour transmettre vos infos, et notamment pour être bien visibles auprès des internes, comment vous faites ? Vous avez des... des gens, des membres actifs qui relaient un peu les infos ? Ou les gens, ils ont ton numéro et t'es... t'es le point névralgique de toute la communication ?

Ah non ! Non non non ! Le numéro, le numéro, quand ils s'appellent, si c'est pour de la merde, moi je les engueule et je raccroche ! Parce que bon, les nuits, aussi... Mais euh, globalement euh... Y a un site où les gens vont pas mal, on a une page Facebook. On fonctionne surtout par mails, on a un système d'envoi de mails en masse depuis le site. On envoie à tous les adhérents à chaque fois, des mails qu'ils lisent. Bon des fois y en a qui disent qu'on en fait trop, voilà. Globalement on les informe par mails...

Ouais ?

... des dernières actualités, de ce qu'on fait. On organise des soirées de formation (*quelques mots inaudibles, durée : 6 sec.*) typiquement des soirées de formation sur les plaies et les pansements, des formations sur la fiscalité des remplaçants, des choses comme ça...

Ouais, alors est-ce que tu peux parler soit un tout petit peu plus fort, soit un tout petit peu plus près du téléphone ?

Pardon, pardon.

Voilà.

J'disais, on organise pour les internes des formations, hein, sur la fiscalité des remplaçants, sur les plaies et pansements, voilà. On les informe beaucoup par mails, avec un système d'envoi de mails en masse depuis le site.

D'accord.

Euh... Qu'est-ce qu'on fait d'autre ? Enfin voilà. On les informe, ils savent qu'on existe et ils savent qu'ils peuvent nous contacter en cas de problème. On organise une assemblée générale annuelle où y a pas mal de monde et on les voit, on les voit physiquement tous, au choix de stages. On les voit passer. On leur fait coucou, voilà (*rires*). Globalement, ils viennent nous voir dès qu'ils ont besoin d'être... d'un truc. Et globalement on les voit une fois par an chacun parce qu'ils viennent au moins chercher leur guide des stages et leur caducée.

D'accord.

On a une permanence dans notre local en début d'année voilà, et on leur donne nos dates de réunions, réunions qui ont lieu dans notre local qui a pignon sur rue. Donc il leur suffit de... de se rendre au local pour venir nous voir, quand on est déjà présent sur place en réunion.

D'accord.

Voilà. Mais le téléphone euh... Ça leur est bien indiqué sur le site, ne sert que globalement aux urgences, de type euh... type « je suis pas de garde ce soir, mon chef veut me forcer à faire la garde alors que j'étais déjà de garde hier, qu'est-ce que je fais ? », ou... voilà, ce genre de choses. Euh... Je reçois malheureusement beaucoup d'appels d'internes qui veulent savoir quand est-ce qu'ils vont recevoir leur attestation de RCP. Je leur réponds que j'en ai rien à foutre, mais (*rires*)... mais enfin, c'est toujours pareil. Mais voilà, non, le téléphone n'est pas un point névralgique mais c'est vrai que vu qu'on est sur [...] facultés, on a les plus grandes difficultés à euh... à euh... à rencontrer les internes physiquement, à organiser des assemblées, enfin voilà. (*Il tousse*) On a organisé cette année deux assemblées générales, pour voter d'éventuelles grèves...

Ouais ?

Une sur la non rémunération des samedis, je crois que c'était, et l'autre sur la loi santé. La première, alors que c'était une demande forte des internes, de « faire la grève, faire la grève, faire la grève », nous avons eu ZÉRO personne venue à l'assemblée générale ! J'exagère pas hein, ZÉRO ! J'avais loué un amphi et tout, et ZÉRO personne ! Fais chier, tu vois ! Et la deuxième, sur la loi santé, on a eu une trentaine de personnes sur [...] adhérents qui se sont déplacées. Qu'à cela ne tienne, on avait décidé, comme le prévoit, hein, les statuts [de la structure], on avait décidé entre nous qu'on allait faire la grève pour la loi santé. L'assemblée générale ne servait qu'à une assemblée d'information, pour ceux qui avaient pas compris, ou pour savoir comment aller se passer la manif. Sachant qu'on a eu beaucoup de nos adhérents qui sont venus à la manif, et qu'on avait une forte participation des adhérents qu'on avait sondés informatiquement pour savoir si ils voulaient faire la grève, sur la loi santé je précise hein. Quand on a arrêté une assemblée générale, on les sonde informatiquement, tu vois, typiquement...

Ouais...

... c'est comme ça qu'on fait. Et globalement on a un bon taux de participation. J'estime que [...] réponses sur [...] adhérents, c'est pas mal.

[...] réponses ? Ouais.

Ouais, en tout on a eu [...] réponses, j pense que c'est pas mal quand même, hein, sur [...] adhérents.

D'accord.

Voilà. Euh... Et après effectivement, pour les faire déplacer c'est compliqué, parce qu'en fait ils sont tous dans des stages au fin... aux confins, à des confins différents de [région] quoi ! Et donc pour les faire venir en semaine euh... le soir à des assemblées ou des trucs, c'est... c'est compliqué ! On arrive à les faire venir, j'te dis, une fois par an, à notre assemblée générale de début d'année, parce qu'ils viennent chercher leur caducée, leur machin, leur guide de stages, puis s'tenir au courant un peu, voilà, mais... pas tellement plus, quoi !

D'accord.

Et c'est déjà pas mal. Et on organise aussi en amont de l'internat, c'est ce lundi qu'on l'a organisé, en amont donc de... enfin des choix ECN, juste après l'ECN, c'était là, on l'a fait lundi ! Donc une journée où on explique aux D4 : qu'est ce que c'est la médecine générale, la médecine générale en [région], et quelles sont les différentes carrières possibles en médecine générale. Ça nous permet aussi de nous faire connaître. Cette année on avait... on avait loué un amphi de [...] places, et y avait plus une seule place de libre.

Est-ce que vous profitez de cette assemblée pour faire un peu de sensibilisation justement, à la santé des étudiants et des futurs internes ?

Laquelle ? Celle auprès des futurs internes...

Ouais, celle auprès des D4.

... ou auprès des internes existants ? (Silence) Non, pas encore, parce que, on veut pas leur faire peur, et leur faire on va dire pas choisir médecine générale pour des mauvaises raisons. Tu vois ?

Ouais.

Dans toutes les filières, y a des chances de faire des burn out... En chirurgie, y a une surexploitation de l'interne, au niveau horaire, bien pire... Enfin voilà. Et on veut pas les éloigner de... de médecine générale juste pour ces raisons-là. Euh, en revanche, l'assemblée générale de bienvenue, qu'on organise pour les gens qui ont ensuite choisi médecine générale en [région], on organise une, outre l'assemblée générale annuelle... C'est-à-dire qu'on a trois grosses réunions dans l'année : on a l'assemblée de présentation aux D4, l'assemblée de vote des statuts, du bureau, de tout ça où il y a pas mal de monde quand même...

Ouais...

... et enfin une réunion de rentrée où il y a vraiment beaucoup de monde pour les nouveaux internes en [région]. Et à eux par contre, on leur explique tout le circuit à emprunter, si ils ont le moindre problème de burn out ou de quoi que ce soit. On leur explique combien ils doivent être payés, on leur explique, voilà, comment ça doit se passer, comment ça doit pas se passer, qu'est-ce qu'ils doivent pas laisser faire... Enfin, on leur explique tout ça, oui, avant qu'ils commencent leur premier stage.

Oui. D'accord.

Et une fois de plus, voilà : on ne chope que ceux qu'on chope !

Oui.

On ne peut pas... On a, globalement, hein, et ça je te demanderai de ne pas l'écrire sur ton... ta retranscription [...] (durée : 14 sec.). Donc si on voulait les contacter, on pourrait. Mais on estime

que c'est pas éthique. On le fait pas. On le fait une seule fois par an pour les inviter à notre réunion de rentrée puis on le fait plus jamais.

D'accord.

Voilà. Pour les... pour les nouveaux arrivants.

D'accord.

Après on le fait plus jamais. On se permet pas.

D'accord.

Et ensuite on n'envoie des mails qu'aux gens qui sont inscrits sur notre site, sachant que pour être adhérent, faut être inscrit sur notre site. C'est à cet endroit-là. On a... on a centralisé les adhésions. On ne fait plus d'adhésion papier euh... On fait tout, tout en ligne.

D'accord. D'accord. Bon, et pour ces... pour ces internes qui vont mal, que vous dépistez, que vous chopez par le DMG, par... par... qui vous contactent directement, ou qui sont... qui sont dépistés par leurs chefs, concrètement, est-ce que vous, il vous arrive d'intervenir dans l'orientation de la prise en charge médicale ou... ou... Au niveau de la commission médicale, vous n'intervenez pas du tout ? Mais est-ce qu'il vous arrive, est-ce que toi il t'arrive ou d'autres membres de [la structure]...

Au niveau du comité médical, nous on n'a pas... on n'a pas accès. On a des internes qui veulent qu'on vienne, on avait un interne qui voulait qu'on vienne avec lui à ce comité médical. C'était le fameux qui était en manie délirante, avec une grosse paranoïa. On s'est dit : « Non, ça va pas l'aider qu'on vienne, on va pas venir », voilà. Globalement euh... quand les internes en difficulté nous appellent, souvent, c'est nous justement qui, en premier, les orientons vers leur tuteur, vers le DMG et tout, parce qu'ils ne savent pas, officiellement, qu'ils peuvent trouver une aide à cet endroit-là. Et après on apprend que souvent, le... le DMG, enfin les tuteurs trouvent la bonne solution, c'est-à-dire qu'ils les mettent en arrêt, leur font voir un psy, enfin voilà. On n'a pas eu jusque-là à intervenir pour orienter une prise en charge. J'ai failli, une fois, devant une interne qui vraiment pleurait, allait pas bien, j'étais de garde aux urgences, je lui ai dit : « Soit tu vas voir ton tuteur demain, et si t'arrives pas à avoir rendez-vous, tu viens nous voir aux urgences, je te fais un arrêt. Mais ça aura pas une valeur de ouf, faudra le faire prolonger par ton médecin traitant ou ton tuteur. » Mais voilà... Ça m'est arrivé une fois, mais globalement non, on n'intervient pas médicalement directement nous en tant qu'internes sur les dossiers. Et enfin, un autre circuit dont je t'ai pas encore parlé, qui est tenu par le [...], l'autre [structure] d'internes de [région] qui s'occupe des internes de spécialités. Ils ont, je sais pas si tu les as contactés...

Ils ont pas répondu, mais je les ai contactés. Je les ai contactés eux, et j'ai contacté le [nom d'un syndicat] aussi.

(Silence) Le [nom d'un syndicat] ne représente pas d'interne en [région]. Je sais pas si tu les as eus, le [...] ?

Ils ont... ils m'ont rappelé, j'ai pas... Je devais donner suite, puis finalement j'ai dû annuler l'entretien pour des raisons personnelles. Mais moi j'avais la notion qu'effectivement sur la... les seuls internes qu'ils touchaient quasiment étaient en [région]. Mais si tu me dis qu'ils en touchent quasiment jamais effectivement, qu'ils en touchent aucun, en toute objectivité, je me pose la question de...

C'est un syndicat senior, ils ont une seule interne [détails sur l'interne en question]. Je... je car... le problème, c'est que je caricature même pas, hein ! Donc, voilà. C'est un syndicat senior. [...] Nous on a des gros problèmes avec eux, et en gros ils viennent jamais en commission, enfin... c'est une... c'est un petit peu... Si ils te prétendent avoir des circuits pour les internes en difficulté... c'est bien, mais bon... En réalité, ils ont pas d'internes. Enfin, ils doivent avoir une [nombre approximatif] d'internes ayant adhéré gratuitement chez eux, et basta, quoi.

D'accord.

Enfin bon, bref. Le [nom de la structure des spécialistes] a 70 internes en médecine générale adhérents chez lui, mais propose un système qui est ouvert à tous les internes de [région] pour les internes en difficulté, notamment ayant des pathologies psychiatriques sous-jacentes.

Ouais ?

Alors on n'a pas trop apprécié la façon dont ça a été mis en place, parce que ça a été mis en place sans nous. Nous, on continue à recevoir des coups de fil sur le téléphone pendant qu'eux, ils ont juste une boîte mail...

Ouais ?

... qui s'appelle [...]. Et en gros les internes de psychiatrie euh... faisant partie du [nom de la structure des spécialistes] lisent ces mails, et quand ils détectent qu'il y a un problème, rappellent l'interne et ont un circuit de déclenchement d'hospitalisation... d'hospitalisation... comment dire... non sous contrainte, hein, hospitalisation libre, à [...] dans une unité où l'interne... y a pas de... n'est pas appelé par son nom, et où le dossier ne porte pas son nom.

D'accord.

Un truc anonymisé.

Donc un truc qu'ils ont dû mettre en place quand même avec une... avec des seniors qui ont...

Avec des seniors, voilà, mais ils ne nous en ont pas parlé et typiquement euh... Voilà, nous, on... Limite tu vois, c'est con, mais ne serait-ce que le fait que ça s'appelle [...], nous ça nous faisait un peu chier, quoi, j'veux dire ! On est un peu les premiers à s'être intéressé par rapport à eux aux problèmes de souffrance des internes en [région] ! Eux, jusqu'il y a un an, ils demandaient la non-application du repos de sécurité, tu vois, enfin ! Voilà, ça nous gêne un peu qu'ils se promeuvent, ils se mettent maintenant à... ils se mettent en avant comme grand promoteur de la... du bien-être de l'interne alors que jusque-là, ils étaient même pas pour le repos de sécurité, tu vois.

Mmm...

Mais globalement, voilà... Nous, on aurait aimé... limite, faire une boîte mail commune, tu vois, pour recevoir ces trucs-là, pour que moi-même j'arrête de recevoir des coups de fil, tu vois !?

Oui.

Ou un truc qui s'appelle ni [...] ni [...], voilà !

Ouais. Quelque chose qui s'occupe juste de la santé des internes, et puis qui soit éventuellement apolitique, asyndical ?

Voilà, mais un truc... Non, mais même pas forcément asyndical mais un truc partagé, quoi !

Ouais.

Mais euh... ça s'est fait sans nous, comme beaucoup des trucs du [nom de la structure des spécialistes], bon je vais pas te raconter nos relations avec eux mais... Mais globalement, ils nous laissent volontiers la médecine générale, mais ils sont quand même présents au choix de stages pour faire adhérer des internes de médecine générale. Tu vois, c'est... tout est ambigu avec eux, c'est...

Ouais.

Mais ils ont pas une politique agressive envers nous, quoi. On a eu beaucoup de mal notamment sur l'affaire des 48 heures. Eux ils sont contre, hein, les 48 heures, et ils le font savoir à tout le monde, hein ! Donc, la seule raison pour laquelle les 48 heures sont finalement appliquées à [...], c'est que (il semble lire) l'application des 48 heures est une piste pour l'amélioration des conditions de travail des internes en difficulté. Voilà. Parce qu'on note évidemment des difficultés,

voilà, par l'isolement des internes, par l'éloignement des stages, par la responsabilité de l'internat, par le fait de ne pas connaître ses co-internes, par tout ce que je t'ai dit, par le fait que certains ont pas le niveau. Y a aussi des internes en difficulté mais simplement parce que on leur en demande trop ! En termes d'horaires ! Et c'est à ma connaissance très euh... pas particulier à [ville], c'est partout ! Mais on abuse particulièrement du samedi, par exemple, en [région]. Pour te dire, dans mon stage actuel que je ne citerai pas, j'ai trois samedis de libres dans le semestre.

Ouais.

Voilà. C'est gratuit ! Donc allons-y, hein !

Alors par rapport à la... par rapport à la charge horaire, ça je crois que, c'est un secret nulle part, je veux dire ! Après effectivement le problèmes des samedis matins, c'est très... très très très spécifique.

Ouais ouais. Toujours est-il qu'en tout cas, j'ai obtenu, miraculeusement hein, l'application, hors chirurgie parce qu'ils ont pas voulu se joindre à ça, mais contre le [nom de la structure des spécialistes], contre tout le monde...

Ouais ?

... tout le monde, à part l'administration qui disait : « C'est une loi, on doit l'appliquer. » Tout le monde était contre moi. J'ai obtenu l'application des 48 heures pour tout [nom du CHU], quasiment. Même dans les stages de réa, ils appliquent les 48 heures.

Ben c'est la loi, quoi ! Y a une directive européenne, c'est la loi, hein !

Ouais non, mais hé hé !! L'autre [structure], ils étaient en train de masser [institution hospitalière] dans le sens du poil et de dire : « Oh on va pas appliquer la loi, vous inquiétez pas, on vous dénoncera pas ! », enfin voilà. Et dans les autres centres hospitaliers périphériques, on est toujours en train de faire du cas par cas, de les contacter un par un pour leur rappeler la loi, parce que c'est pas aussi facile qu'en central. À [nom du CHU], j'ai dû mâcher le travail en amont, j'ai dû... j'ai compté... Moi, pour pouvoir faire appliquer ce truc-là, j'ai eu environ quarante-huit heures de réunions avec [...], c'était l'enfer ! (Rires) Enfin, j'exagère quand je dis quarante-huit heures, mais j'ai eu cinq ou six demi-journées de réunions avec [...]

Ouais...

... pour discuter de ça, quoi. C'était l'enfer ! Vraiment. T'avais que des... des... Avec le président de CME, sachant que la CME de [nom du CHU] c'est un gros truc où y a [...] personnes qui te regardent quand tu parles, où il y a les doyens... Toi, t'es là : « Oui, alors... », t'es le seul à demander ça. T'as le président de la CME qui te dit : (*imitant une voie agressive*) « Oui, mais la différence de notre métier et les autres métiers, c'est que nous, nous soignons des malades qui sont malades 24 heures sur 24 ! » Tu te fais vraiment... tu te fais défoncer la gueule. Au final, t'as des internes qui sont arrivés genre dans des hôpitaux de [périphérie], des membres [de la structure], ils se sont dit : « Ah la la, j'avais arriver dans mon nouveau stage, j'avais batailler pour faire respecter la loi comme c'était déjà le cas avant pour les demi-journées de formation ! » Donc ils arrivent, le premier jour de stage : (*imitant une voix féminine très aigüe*) « Bon, alors, y a une nouvelle loi, on va l'appliquer ! » Et en gros, à [...], la façon qu'ils ont trouvée pour appliquer la loi dans les stages notamment de médecine puisque c'est là qu'on avait le plus de problèmes...

Ouais ?

... dans les stages de médecine générale, j'entends, dans les stages de salle, hein, médecine polyvalente, la seule solution qu'ils ont trouvée pour appliquer la loi, c'est euh... Outre laisser l'interne aller à ses cours, euh, dans les stages où ils ont des internes d'autres DES, ça pose pas de problème, hein, ils se répartissent le truc... Outre laisser l'interne aller à ses cours, ben ils leur ont doublé leur... ils leur ont mis au lieu de trois semaines de congés l'été, ils en ont six ou sept, tu vois. Sur les trois mois, ça fait une moyenne correcte.

D'accord.

Enfin, c'est déjà pas mal j'ai envie de dire, si tu peux faire des coupures de temps en temps.

Ouais !

Et puis aux urgences, ben il leur faut plus d'internes. Et là typiquement, tu vois, je suis dans un hôpital périph, ben j'travail plus que 48 heures et j'ai du mal. Et je sais pas ce que je vais faire, euh... mais euh... En juillet je suis en vacances. En août et en septembre je travaille six jours sur sept pendant huit semaines d'affilée. Je sais pas si ça va tenir, tu vois.

Ouais, ouais.

Et ça va être le moment d'aller gueuler, de faire intervenir les enseignants, pour ma propre situation, tu vois. Et je comprends que, face à la pression des chefs et tout, certains, certains internes n'osent pas aller gueuler comme moi je vais probablement le faire quand ça va devenir horrible. Ben voilà.

Ouais.

Et j'ai gueulé en amont, on m'a dit : « Mais non, on a fait des calculs, vous êtes à 35 heures ! ». J'ai dit : « Vous vous foutez de moi, j'AI fait des calculs, on est à 58 heures par semaine ! » Et encore, ça c'est une moyenne ! Parce que quand on va arriver en août septembre et qu'il y aura la moitié en vacances... Voilà, enfin bon. C'est... Bref.

Tu m'as parlé des... de groupes de parole, là. C'est des choses qui ont été mises en place par vous, par [la structure], ou c'est...

Pas par nous.

Dis-moi.

Alors c'est... c'est... c'est très faculté dépendant. C'est des groupes de parole, c'est pas tellement sur les difficultés en stage, mais vu que les difficultés en stage sont prépondérantes, ça tend toujours à passer par là. Chacun va raconter ses petits problèmes en plus de débattre parfois de sujets médicaux. Moi c'est dans ma fac, y a ça, voilà. Dans d'autres facs, ça prend d'autres formes, mais globalement, chaque interne a la possibilité d'exposer ses problèmes en stage lors de... lors de cours en petits groupes.

D'accord. Mais c'est géré par la fac, ou c'est géré par [la structure] ?

C'est géré par la fac.

C'est géré par la fac. D'accord.

C'est géré même par les [...] facs.

D'accord. Est-ce que tu sais si il y a d'autres mesures comme ça, destinées un peu à... Bon, c'est pas leur rôle principal, mais qui favorisent...

Ces mesures n'étaient pas destinées à ça. Au départ...

Oui, bien sûr.

... c'est des groupes de travaux, ces groupes sont des groupes de travail destinés à discuter de médecine générale, d'orientation professionnelle, de... de... et à l'issue, à créer un groupe de pairs, en fait. C'est vraiment à ça que servent ces groupes initialement.

D'accord.

Ça part du principe qu'on va rester en [région], qu'on va tous exercer dans la même zone, et qu'on va créer un groupe de pairs grâce à ce groupe de travail. À l'issue ça devient, et un peu dans toutes les facs, des groupes de trav... des groupes de parole, où chacun raconte ses problèmes en plus de discuter de sujets médicaux et de comment prendre en charge tel truc médical, voilà.

D'accord.

Mais c'est par la force des choses que ça devient... c'est des groupes de parole officiels, quoi voilà. Dans toutes les facs, y a toujours ces possibilités-là. Et au moins, tu vois, dans la promo s'installe un petit groupe de gens qui se connaissent entre eux, c'est déjà pas mal.

Et c'est des choses qui... Comme c'est organisé par la fac, c'est obligatoire, du coup ?

Alors... Dans aucune fac, les cours ne sont totalement obligatoires. Globalement, t'as des facs où c'est pas obligatoire du tout ou presque. T'as des facs où y a juste des gros séminaires qui sont obligatoires. Dans la mienne, tu as chaque cours qui rapporte un certain nombre de points, sachant que ces groupes de parole, ces groupes de pairs, c'est ce qui ramène le plus de points. Et tu dois avoir validé 60 % des points relatifs à la présence en cours à la fin du DES.

D'accord.

Et on peut te faire redoubler la dernière année du DES pour que tu fasses les cours qui te manquent, hein ! On n'hésite pas.

D'accord. O.K. Dis-moi, est-ce tu sais, pour ces internes, là, les internes qui sont en burn out, les internes qui ont des pathologies psychiatriques ou ce genre de choses, euh... est-ce qu'il y a une possibilité d'adaptation des terrains de stage ? Lors des choix, une orientation particulière ? Des surnombres ? Voilà. Est-ce qu'en région [...], y a des choses comme ça pour vous ou pas ?

Alors, pour les internes, hors pathologie psychiatrique, comme je t'ai raconté y a un stage de remise à niveau où si... voilà, ils seront en doublon. Donc ils auront moins de pression. Pour les internes avec des pathologies psychiatriques, on a du mal à les détecter parce que, souvent c'est pas des internes... Les gens, y sont pas cons, tu vois, enfin ! Ils ne veulent pas se compromettre, durant leurs études puis auprès de leurs pairs, en... en... débiller leur problème psychiatrique parce qu'après ils ont peur qu'on leur fasse pas confiance. Donc globalement, on n'a pas... euh... on n'a pas la possibilité de les détecter avant que ça commence... avant qu'ils soient en arrêt, quoi. Avant qu'ils soient en arrêt et qu'ils nous appellent, mais... Voilà. *(Il éternue)* On n'a pas de stage en surnombre pour eux, parce que ça les stigmatiserait, enfin ils accepteraient pas...

D'accord.

Ils accepteraient pas de toute façon, enfin voilà. On n'a pas, malheureusement, de... Je sais pas si ça existe ailleurs, hein ? Je sais pas si ça existe ailleurs, mais en tout cas, on n'a pas le dispositif, nous.

D'accord. O.K. Donc en fait, c'est des arrangements, c'est des arrangements loco-local, éventuellement, avec un chef de service ? Enfin, tu sais pas si voilà, y a des chefs de service qui sont connus pour être plus, plus coulants, plus sensibilisés pour adapter un peu les terrains de stage, des choses comme ça ?

Malheureusement... Non, c'est vraiment au cas par cas. Y en a qui le savent par le bouche-à-oreille parce qu'ils ont un copain qui y était, qui donc vont aller là parce qu'ils savent que c'est plus tranquille, voilà... Après c'est... Non, comme je te dis, on a des chefs de service qui ont nommément accepté de recevoir des internes étrangers, mais c'est tout.

D'accord.

C'est vraiment tout, on n'a pas de...

D'accord. Et comme, et vu l'organisation particulière sur la région, vous avez pas possibilité, vous, d'intervenir sur les terrains de stage directement, quoi ?

Alors, si, si si. On intervient quand il y a un problème lié au terrain de stage qui concerne plusieurs internes. On organise, et ça c'est de concert avec la coordination, c'est-à-dire que c'est... On a un enseignant médecin généraliste qui donc est responsable régional des stages. Et puis dans chaque fac [...], on a un enseignant responsable des stages. Quand il y a un problème en stage, avec des internes qui sont notamment surexploités, non respect de la loi, où y en a plusieurs en burn out et qui nous contactent, ça arrive, on fait nous un premier rappel à la loi auprès du chef de service. Si il

est sans effet, on encourage les internes à aller dénoncer le stage auprès de leur département de médecine générale.

Ouais.

Souvent, ça suffit. Le chef de service reçoit un courrier, et mystérieusement, pour des raisons obscures, deux ou trois jours après, il convoque ses internes : « Bon, ben, on va appliquer la loi, heu... » Voilà. Et... dans des cas vraiment extrêmes, on en a eu, on organise en urgence, avec la coordination interrégionale, des visites sur site où nous sommes présents.

D'accord.

On essaie d'être présent, on ne peut pas toujours. Et on rencontre d'un côté les internes, et d'un côté les euh... les médecins seniors. On essaie de... de... de comprendre ce qui se passe. Heureusement, parce que ça a pas toujours été le cas, et on a fini par retrouver une certaine crédibilité, les enseignants de médecine générale qui sont avec nous lors de la visite, euh... comment dire, prennent les int... ont tendance à plutôt croire les internes. Quand je dis ça, c'est parce qu'en fait, de l'autre côté, on a souvent des chefs de service, en particuliers des directions d'hôpitaux, encore pire, qui sont d'une certaine mauvaise foi concernant les internes. Comme quoi, les internes se seraient ligüés pour pas travailler, comme quoi... Enfin voilà, des choses comme ça. Euh... on a quand même une certaine mauvaise foi de certains services conduisant, à terme, à... à... Un hôpital en particulier, dont deux services vont perdre leur agrément, enfin vont avoir une répartition à zéro interne probablement, lors de la prochaine répartition.

D'accord.

Nous sommes arrivés d'ailleurs, avec l'ARS, avec les enseignants, enfin à des conclusions. Et avec [nom du CHU] aussi, enfin à des conclusions grâce à la loi sur le temps de travail des internes qui malheureusement est sortie après euh... la dernière répartition, donc qui n'est pas pour cet été, enfin on va l'appliquer cet été autant que possible, mais voilà... Pour la prochaine répartition, on a décidé que les stages de périphérie où ça se passait vraiment mal, enfin tous les stages où là, on estimait qu'il y avait une mauvaise valeur formatrice, et où ça se passait mal, vu qu'on doit appliquer le temps de travail des internes, il faut qu'on mette plus d'internes dans les bons stages, et qu'on ferme les mauvais stages. Et en gros même l'ARS qui jusque-là avait une certaine exigence de territorialité, elle nous envoyait à *Pétaouchnock* pour des raisons de besoins de santé locaux, s'est rendue compte qu'il y avait des endroits où ça avait bien marché, de mettre des internes dans certains services, que ça avait permis aux services de remonter la pente. Et globalement ça se passe bien avec les internes dans ces services-là, les internes sont contents. Et puis t'as des services où les internes sont pas contents, où le service n'a pas remonté la pente, hein, voilà.

Ouais.

Ces services-là, on va faire une espèce de... de... d'élagage massif lors de la prochaine répartition, sur la base de « on doit respecter la nouvelle loi », donc on doit avoir moins que [...] terrains de stage. Voilà.

D'accord.

Même l'ARS est d'accord avec nous, donc on va... voilà. On doit produire, nous, [structure], on a été missionné pour faire une... une évaluation des stages sur ces cr... quels critè... quels sont les critères moyens, mineurs et majeurs, pour une fermeture de service aux internes. Voilà.

D'accord.

Ça va être un peu délicat, hein ! Y va y avoir des ratés, hein ! On va laisser des stages qu'on n'aurait pas dû laisser, on va peut-être fermer des stages qui auraient pas dû fermer, mais bon... Malheureusement en fait, on joue sur des... sur des chiffres. C'est-à-dire qu'on n'est même pas capable de savoir avant la répartition, avant le choix de stages, combien d'internes vont venir au choix de stages ! On en est là ! On sait même pas combien on est d'internes ! C'est que la dernière fois, on a réussi à avoir le compte et on s'est pas trompé. Mais la fois d'avant, et c'est pour cette raison-là qu'on avait demandé une forte inadéquation au choix de stages, je sais pas si t'es au courant qu'on peut faire une inadéquation, on s'en doute un peu...

Ouais...

C'est parce que l'été dernier, au choix de stages, on s'était retrouvé à [nombre négatif], parce qu'il y avait [...] internes, à la fin du choix, qui avaient pas de poste. Donc... on a demandé une inadéquation, mais pas dans le but de... que les internes qui sont... même pas dans le but que le dernier interne ait le choix, mais dans le but qu'il n'y ait plus ce genre d'incidents, quoi ! Donc, voilà, gros accident industriel, donc du coup, ils se sont rendus compte pas très loin de la fin qu'il manquerait des postes. Du coup ils ont augmenté le nombre de postes dans les services qui restaient ouverts au choix. Donc les services les moins bien choisis.

Oui...

L'idée de mettre plus d'internes dans les services les moins bien choisis, c'est... un peu... Voilà.

Pas très logique ?

Ben... ouais. C'est clair.

D'accord.

Donc voilà.

O.K. Du coup, je voudrais changer un petit peu de sujet. J'aurais aimé que tu me dises un petit peu comment, est-ce que tu as ce vécu-là et comment vous prenez en charge ces situations-là pour les internes pour lesquels *a priori*, la médecine générale voire la médecine tout court semble compromise ? Est-ce que vous, vous intervenez à un niveau ou à un autre ?

Où la médecine semble compromise ? On en... C'est un peu... difficile comme question. On a des internes qui se retrouvent en médecine générale et qui voulaient pas faire médecine générale. On leur demande des conseils, bien souvent ils ont choisi [ville du CHU de rattachement] parce qu'ils savent qu'en [région] on a un accès quand même plus facile aux diplômes d'études spécialisées complémentaires que dans d'autres régions. On a un accès plus facile parce qu'il y a plus de places, mais un accès aussi plus difficile parce que les enseignants nous mettent des bâtons dans les roues pour les DESC. Ils détestent ça. Mais on les aide, donc, on leur dit : « Voilà, si tu fais ça comme ça, ils préfèrent ça, si tu préviens l'enseignant de méd gé à tel moment et tout, ça se passera bien », voilà. On peut les aider comme ça, ou aussi, conseiller à un interne, s'il en a la possibilité, de faire un droit au remords, si il avait obtenu le droit quelque part. On a eu le cas d'un interne qui pouvait choisir neuro, qui pouvait soit choisir neuro en [autre région], soit méd gé à [ville du CHU de rattachement], qui finalement s'est dit « je vais faire un hors-filière » en neuro à Montpellier. Il avait eu son dossier, son financement, il avait tout eu. Et à l'issue, alors qu'il avait choisi médecine générale contre neuro, il pouvait prendre neuro en [autre région], parce qu'il avait fait ce choix de médecine générale, on lui a dit non pour son inter-CHU hors filière. On lui a dit non non non non, juste pour le principe de dire non, parce que c'était pas assez médecine générale. Donc le mec, ben on l'a aidé à faire un droit au remords, et à prendre, lui il a finalement fini MPR.

Il a fait quoi ?

On l'a aidé à faire un droit au remords, et il a pris médecin physique et réadaptation en [...]. Finalement, ça lui plait plus.

D'accord.

Et grâce à son droit au remords, il peut faire ses stages en MPR, il fait ses stages de hors-filière en neuro, il est content. Voilà.

Ouais.

Et enfin, avec des internes qui auraient jamais dû choisir médecine... Jusque-là, on n'est pas intervenu dans le fait de... On n'a pas pu intervenir dans ce genre de dossiers. Typiquement, l'interne bipolaire, là, qui a fait sa manie délirante en plein air, qui a poussé un esclandre, enfin ce genre de trucs... Mais typiquement lui, tu vois, faudrait pas qu'il soit médecin, quoi, parce que... Il

était vraiment dans une espèce de sentiment de toute puissance quand il a fait sa manie délirante... Si tu te sens tout puissant, en cabinet de méd gé quand t'es tout seul, en exercice libéral seul... Déjà lui, en groupe, il va pas y arriver, les gens le supportent pas. Dans tous les stages où il passait, il a failli se faire invalider. Il s'est fait invalider [...] fois déjà, dans son internat. [...] fois, pardon. Euh... Donc lui ce sera forcément, si il bosse, ce sera en cabinet solitaire. En cabinet solitaire, si il est pris de ce sentiment de toute puissance, il peut être dangereux pour ses patients, quoi !

Et cet interne dont tu me parles, il est identifié ? On sait qui c'est, et malgré tout on le laisse avancer dans son cursus et à aucun, à aucun moment le DMG...

Ah, je suis pas dans la tête du comité médical ! Il m'a appelé, je n'ai pas décroché car j'en peux plus de ses appels. Ça prend deux heures et demie... Donc j'ai autre chose à faire de ma vie, tu vois. Euh... Je lui ai répondu de m'envoyer un mail. Donc j'attends son mail, et je vais sans doute avoir les résultats de, enfin, de son comité médical. Et je sais pas, pour l'instant, si ils vont le laisser continuer à exercer ou pas. Mais moi ça m'inquiète.

Et sur l'ensemble de ton mandat, tu as eu d'autres personnes comme ça, qui sont passées en commission médicale et qui ont dû être réorientées ou ce genre de choses ?

Ben justement, j'ai pu discuter avec la meuf qui organisait la commission... le comité médical à l'ARS...

Ouais ?

J'ai pu discuter avec cette personne, qui m'a dit que c'était très rare, et que cette année... Que là, en deux ans, c'était la première fois qu'on faisait passer un interne en comité médical.

D'accord. Donc oui, c'est pas une situation fréquente.

C'est surtout un comité... C'est le comité du dernier recours pour l'interne, dans une espèce de déni tu vois, et que l'interne refuse de s'arrêter, voilà. Mais ça... Typiquement, le comité médical, elle m'a raconté, ça sert surtout par exemple pour les PH qui ont un cancer, et qui sont très affaiblis, qui continuent d'exercer leur métier et qui refusent de s'arrêter. Des gens, voilà, qui vont pas bien, et qui... vaut mieux pour leur propre santé qu'ils se reposent, tu vois. C'est plutôt ça le comité médical, si tu veux. Voilà.

D'accord. O.K.

Enfin, tu vois le truc. Et on peut, légalement, faire passer les internes dans ce comité médical. C'est de loin la situation la plus complexe qu'on ait eu à gérer cette année, toutes spécialités d'internat confondues en [région]. Enfin, c'est... Ça a fait le tour de [...], de l'ARS, des réunions... Enfin, on en a parlé dans toutes les réunions tellement on en pouvait plus à la fin.

Ouais...

Moi, j'ai... [détails précis sur la situation de l'interne en question] (durée : 30 sec.)

Alors, là, bon, c'est vrai que c'est une situation très extrême. Est-ce que...

Très particulière. On en a vraiment... J pense que... Voilà, c'est... c'est finalement quelque chose de grave, quoi, de grave !

Est-ce que t'as des retours sur des internes qui... qui ont arrêté médecine, en fait ? C'est arrivé qu'on vous signale ces situations-là, est-ce que tu sais ?

Quoi ? Des internes qui quoi ?

Qui ont arrêté. Qui ont arrêté leur cursus, carrément.

Oui, oui, oui oui. On a... Je n'ai pas de retour sur des situations particulières. Je sais juste que dans les chiffres que nous donne l'ARS, euh, on a un certain nombre, je sais plus, je veux pas te dire des

craques, mais tous les semestres on en a un certain nombre. Surtout qu'on doit estimer combien d'internes sont présents au choix suivant. Donc c'est à cet effet-là qu'on a ces chiffres. Et on a une ligne où il y a marqué « sortis de cursus ». On sait pas ce que ça veut dire...

Perdus de vue, quoi !

... mais y en a... Hein ?

C'est des perdus de vue ?

Voilà ! On a des perdus de vue ! Des gens qui viennent plus aux choix de stages, qui n'ont pas déclaré qu'ils allaient arrêter. Alors qu'est-ce que c'est ? Alors au niveau du CHU, on nous dit que y a des gens qui effectivement disparaissent, des gens qui meurent aussi ! Et alors après, on leur demande : « Est-ce que c'est des suicides ? » Ben non, ils savent pas. Et puis quand on essaie de creuser la question au niveau de [...], on s'est pris un soufflet, on nous a répondu que, et c'est pas faux, le motif du décès relève du secret médical. On n'a pas à le savoir.

Ouais, ouais.

Voilà, donc, c'est compliqué. On a des gens qui abandonnent le cursus mais on saura jamais pourquoi. On a des gens qui meurent mais on sait pas de quoi. Et y en a plus qu'un ou deux ! On va vraiment... On gère une masse d'internes qui est trop ! Un nombre où on est trop ! Y a trop de monde pour qu'on puisse faire une gestion au cas par cas, pour qu'on puisse savoir réellement ce qui se passe. Bon ben voilà, c'est... On fait juste de la gestion en masse. C'est-à-dire que par exemple, pour savoir combien d'internes euh... seront présents au choix de stages, on a arrêté de les compter. On a arrêté de regarder tous les dossiers. On fait juste une estimation par rapport aux années d'avant, le taux d'absentéisme des années d'avant, tu vois. C'est comme ça qu'on arrive à un nombre de postes proposés au choix qui est très variable, parfois ne correspondant pas au nombre d'internes. On sait qu'il y a plusieurs personnes qui... tout ce que je peux dire, y a plusieurs personnes qui tous les semestres, abandonnent le cursus complètement.

Ouais.

Y a aussi, dans ces personnes-là... Y a beaucoup, beaucoup, en [région] des internes étrangers qui retournent dans leur pays et qui nous préviennent même pas.

Ouais.

On a tellement de facteurs faussants, et on a tellement de pertes sans nom encore sur ces trucs-là, que je ne saurais pas dire pourquoi il y a des abandons de cursus, tu vois. Et moi je trouve ça, et je pense toi aussi, assez dommage d'avoir fait autant d'années de médecine pour arrêter... là, quoi ! C'est... c'est une grosse perte de temps, quoi !

Pour finir, [...], je te poserai juste une question : si tu devais, si tu avais la possibilité de mettre en place des mesures, quelque chose pour dépister, pour prendre en charge, pour orienter ces internes, est-ce qu'il y a une mesure qui, toi, te tiendrait à cœur ? Est-ce qu'il y a quelque chose dont tu estimes qu'il faudrait le mettre en... en marche en premier, dont vous auriez discuté en réunion de bureau ? Des mesures phares, on va dire ?

Euh... Des mesures phares, ce serait que quelqu'un... Enfin, c'était ce qu'on aurait souhaité, enfin c'est pas une mesure phare mais c'est quelque chose qui à mon sens manque. Qu'il y ait, en [région], pour tous les internes, non pas une boîte mail, non pas mon portable, non pas un numéro de [nom du CHU], un numéro de téléphone qui réponde qu'aux heures ouvrables... Qu'il y ait un numéro, répondant 24 heures sur 24, en cas de problème, aux internes. Tu vois ce que je veux dire ?

Oui.

Voilà, l'interne qui ne se sent pas bien... Voilà, pour qu'on ait enfin une solution. Et que ce numéro soit très largement divulgué aux internes, pour qu'on puisse intervenir en amont des suicides, en faisant intervenir les secours, pourquoi pas.

Et derrière... derrière ce numéro, il faudrait qu'il y ait qui ?

Ben, je sais pas.

Parce que, enfin y a déjà des trucs, j'veux dire, sur la région [...], l'association [...], ce genre de choses... C'est pareil, c'est des numéros, et puis après t'as des psychologues qui interviennent et puis qui peuvent déclencher différentes mesures, différents protocoles, ou quoi que ce soit... Derrière, il faudrait que ce soit quoi ? Que ce soit un médecin du travail, d'après toi ? Qui devrait mettre ça en place, de ton point de vue ? Le CHU ?

Ouais, [nom du CHU]. En discutant depuis le début, on estime que c'est à [nom du CHU] de s'occuper de ça, puisque [qu'il] est légalement responsable de tous les internes de [la région] puisque c'est le CHU. Et pourquoi pas, pourquoi pas hein, une personne, je sais pas moi, au SAMU de [...], en mesure de, de détecter les situations à risque, à problèmes, qui peuvent conduire à un suicide imminent. Voilà... Je sais pas.

Ouais, et tu penses qu'il y a quand même... On a une double casquette, de... de médecin et d'étudiant, est-ce qu'il y a pas une part de responsabilité et un rôle aussi à jouer de la coordination du DES, puisque *a priori* il y a quand même un type qui chapeaute tout sur [...] ? Qui en plus a l'air de s'intéresser au sujet ?

La coordination du DES a dû euh... lutter pendant plusieurs années avant d'obtenir le financement d'un poste pour une secrétaire. Donc elle n'a pas les moyens de financer, en aucune façon, une permanence téléphonique 24 heures sur 24. Et au niveau des moyens de prévention du suicide et de promotion de la santé des internes, à aucun moment vu leur incompétence notamment en [région], à aucun moment nous n'avons envisagé de laisser ça aux universités et à la médecine scolaire et universitaire.

Ouais.

Cette solution de la médecine scolaire et universitaire est totalement inadaptée aux problèmes spécifiques des internes, parce que cette solution ne connaît pas l'hôpital et ses spécificités, euh... ne connaît pas les spécificités des problèmes des internes, et à un moment donné est plus dans une prévention et du trai... et même pas du traitement, est dans de la prévention et de la gestion d'étudiants franchement plus jeunes que les internes, avec d'autres problèmes, euh... pas du tout des problèmes de souffrance au travail comme c'est le cas des internes. Souffrance scolaire peut-être, mais souffrance au travail là c'est pas du tout la même chose. Enfin voilà, la médecine universitaire pour nous n'a... ne peut pas prendre en charge ça correctement. Ne lui laissons pas ce... ce...

C'est le rôle de la médecine du travail ?

Pour nous, c'est le rôle de la médecine du travail. Le burn out de l'interne est essentiellement lié à la médéc... à l'exercice de son travail hospitalier, et non pas à sa demi-journée par semaine de cours. À ce titre, si le travail est responsable, c'est à la médecine du travail de s'en occuper. Tu vois, c'est... c'est... c'est aussi simple que ça. D'autant plus que la médecine du travail de [nom du CHU], quand l'inter... Enfin, la médecine du travail de l'hôpital où se trouve l'interne est en mesure d'intervenir éventuellement directement sur le terrain de stage pour adapter le poste de travail, ou faire ce genre de choses, ce que la médecine scolaire ou universitaire n'est absolument pas en capacité de faire. Voilà. Moi la médecine scolaire et universitaire, je l'ai vue une seule fois, c'était en P1. Depuis que je suis à [...], j'ai jamais été reconvoqué, hein !

Très bien. Bon ben écoute, je crois qu'on va s'en tenir là, je te remercie. Je peux si ça t'intéresse te transmettre les résultats, bien entendu.

Tout à fait. Merci.

C'est moi, merci pour ton temps. Salut.

Salut, bonne journée.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 7

(Tonalités)

Oui, allô ?

Oui, [...] ?

Oui !

Oui, c'est bon, c'est David, l'interne de Toulouse.

Ouais. Pas de problème.

O.K. Est-ce que le son est bon ? Parce que j't'enregistre là, je suis en mains libres.

Euh... ouais, ça va, ouais.

Ça va à peu près ? Bon, très bien. Du coup euh... Ma thèse va probablement... enfin, on va essayer de faire une publication, donc on a fait les choses de façon officielle. J'ai fait une déclaration à la CNIL, donc j'ai un petit topo rapide à te... à te lire, là, un petit script, et puis après on attaque.

O.K.

Voilà. Donc le... Il s'agit d'une thèse de l'université Toulouse III - Paul Sabatier, qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc la conversation va être enregistrée avec ton accord, et tu peux bien sûr t'y opposer, ainsi que refuser de répondre à toutes questions euh... qui... auxquelles tu ne voudrais pas répondre ou tu peux également refuser d'aborder certains thèmes. Le... l'enregistrement sera retranscrit, anonymisé, et euh... les verbatims seront versés en annexe de la thèse. Donc sachant tout cela, es-tu toujours d'accord pour participer et pour être enregistré ?

Oui. Je suis toujours d'accord. Sans problème.

Très bien. Donc dans le cadre de cette étude, je recueille un certain nombre de données de concernant : ton nom, ton prénom, ton statut, ta structure d'appartenance, la fonction que tu occupes au sein de cette structure, ton adresse postale et électronique à usage professionnelle, ton numéro de téléphone à usage professionnel, ton genre, ton âge, le fait que tu appartiennes à [une structure], et le contexte de l'étude... enfin, de cet entretien, pardon. Voilà. Toutes ces données personnelles seront supprimées à l'issue de l'étude, donc d'ici la fin de l'année. Les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour le codage et pour l'analyse des données. Voilà. Donc juste une petite chose pour finir : je te demanderai dans la mesure du possible pendant l'entretien de ne pas fournir de données personnelles concernant les internes que, éventuellement, vous auriez été amenés à prendre en charge dans le cadre de votre structure syndicale. Voilà. C'est tout bon ?

Ouais.

O.K. Alors, du coup, pour commencer, j'ai quelques petites questions. Dans ta ville, vous avez un syndicat ou une association, vous ? Quel statut ?

Les deux.

Vous avez les deux ?

Ouais, on a les deux.

Vous avez les deux statuts ?

Ouais, on a les deux statuts. En fait, on a deux... structures, on a une association de moyens et un syndicat, et en fait... c'est le même bureau pour les deux.

D'accord. Sur le modèle « isnarien » (*par référence à l'ISNAR-IMG*), en fait.

Ouais, c'est ça. Mais les étudiants traitent avec le syndicat, plutôt. C'est le syndicat qu'on met en avant.

Ouais, O.K. Heu... Quel est ta f... Donc, toi tu es [...] du syndicat ?

Ben, des deux, du coup.

Des deux du coup. O.K.

Ouais.

O.K. Je vais te demander ton âge, s'il te plaît.

[...] ans.

[...], O.K. T'es en quelle année, d'internat ?

Je suis en [...], en [...] semestre.

O.K. Ça fait combien de temps, là, que tu occupes la présidence ?

Euh... Neuf mois ? Non, six mois ! Ouais, six mois.

O.K.

Décembre. Six mois.

D'accord, O.K. Là, tu m'as dit, t'es en repos de garde à ton domicile, c'est ça ?

Ouais.

O.K. Alors est-ce que je peux te demander le nom de la... l'université, à [...] ?

L'Université [...].

[...]. O.K. Très bien. Est-ce que tu peux me dire le nombre approximatif d'internes qui sont adhérents au syndicat ? Toutes promotions confondues ?

Euh, oui. C'est à peu près... à peu près [...].

D'accord. Et le nombre d'inscrits dans le DES ?

C'est à peu près [...].

Environ [...]. Est-ce que tu sais, quand tu me dis [...], si ça inclut les internes qui ont fini leurs trois années mais qui sont en attente de thèse ?

Oui, ça les inclut.

Inclus. D'accord, O.K. Est-ce que tu peux me dire...

C'est un peu moins de [...] et c'est un peu moins de [...] pour les deux. Voilà.

D'accord. Est-ce que tu peux me dire le nombre de membres, on va dire de membres actifs, que vous êtes dans le bureau ou dans le conseil d'administration du syndicat ?

Ouais, dix.

Dix, tout rond.

Ouais (rires), tout rond.

Est-ce que tu connais approximativement le nombre d'enseignants universitaires et associés, en comptant les PU, les PA, les MCU, les MCA, les chefs de clinique et compagnie ?

Euh... Je dirais une quinzaine.

Environ quinze, O.K. Et est-ce que tu sais combien vous avez, en plus de ces quinze, de chargés d'enseignement, on va dire ? Les médecins généralistes qui donnent des cours ?

Je les incluais, en fait. Je les incluais.

D'accord. O.K. Très bien. Alors, pour commencer, une question très globale. Euh... Si tu devais qualifier la santé physique, mentale, globale, des internes de médecine générale à [...], qu'est-ce que tu dirais ?

Bonne.

Bonne.

J'dirais que globalement, c'est bon. Ouais.

Globalement bonne, d'accord. O.K. Et tu mets une petite réserve quand tu dis globalement ? Il y a une raison particulière ?

Oui oui, je mets une petite réserve, parce que on a quelques internes qui sont... qui sont particulièrement, enfin, particulièrement sensibles à la pression qu'on nous met.

D'accord. Alors, quand tu dis « la pression qu'on nous met », tu sous-entends de la part de qui ?

Euh... du fait de la fonction d'interne, plutôt.

C'est la fonction en elle-même ?

Ouais, je pense que c'est la fonction en elle-même. Je pense que globalement, à [...], par rapport à... d'autres CHU, dans les conversations que j'ai pu avoir notamment à l'ISNAR, on est plutôt bien... bien loti, avec un DMG qui est très attentif aux situations personnelles. Mais il y a quand même quelques internes qui sont... voilà... Y a quelques services qui posent des difficultés, et y a quelques internes qui sont plus sujets à la pression que d'autres.

D'accord. Quand tu me parles d'internes comme ça en difficulté, est-ce qu'il y a différents... différentes situations ? Ou globalement c'est toujours un petit peu la même... la même situation qui se répète ? Est-ce que tu peux m'en dire un petit peu plus ?

Alors, moi je différencie deux situations. Je pense aux cas d'internes, mais rares et très minoritaires qui euh... qui semblent d'après les comptes-rendus de stages et d'après le DMG pas forcément euh... Ça va paraître un peu plus fort que ce que je veux dire, mais pas forcément aptes à exercer la médecine générale, entre autres pour des problèmes de relations, de contacts, donc psychologiquement un peu en difficulté vis-à-vis du métier de médecine générale. Et surtout quand je mettais une réserve, c'était... le plus grand nombre des internes que j'entrais dans cette réserve, c'est des internes qui euh... voilà, qui ont beaucoup de pression, et qui se laissent plus facilement que d'autres déborder par cette pression-là, mais qui en dehors de ça, ne semblent pas avoir de problème particulier, quoi.

D'accord. Alors, ces internes-là, donc tu me parles du DMG, mais est-ce que vous c'est des gens qui vous contactent directement, en fait ? Vous... vous êtes directement appelés par ces gens-là ? Comment ça se passe ?

Alors il y a deux types d'approches. Y en a qui nous contactent d'abord quand ils sont en difficulté vis-à-vis d'un stage. Et dans ces cas-là, on en discute en commission de médecine générale. Et on les

encourage à contacter en parallèle le département de médecine générale. Et puis y en a chez qui ça ressort par les évaluations de stage. Et donc là, c'est plutôt le département de médecine générale qui est informé en premier, et qui nous tient informés, toujours dans le cadre de la commission de médecine générale.

D'accord. Cette commission, c'est quoi ? C'est une commission que vous avez vous, au sein du syndicat ? Ou c'est quelque chose de commun avec le DMG ?

C'est... c'est la commission du DMG à la fac.

D'accord.

Qui se réunit environ une fois par mois, une fois toutes les cinq, six semaines. Avec systématiquement dans l'ordre du jour, un point « internes en difficulté », et où on fait le point sur les internes qui... ont des difficultés de stage, quelles qu'elles soient, d'ailleurs.

D'accord. Vous êtes conviés, vous, à cette commission ?

On est convié et on est même... on est même vivement sollicité. L'impression que j'ai, c'est qu'on est un membre à part entière de cette commission, avec voix délibérative.

D'accord. O.K. Au sein de cette commission, vous avez un... comment dire... un référent particulier pour ces problématiques-là ?

(Il hésite.) Non.

D'accord. Et au sein du DMG, il y a quelqu'un plus spécifiquement à qui vous vous adressez pour ce genre de problèmes ?

Euh... Y en a deux qui suivent particulièrement ces problématiques-là, même si l'ensemble du DMG est attentif. Y a le coordonnateur du DES, et puis il y a, on va dire le coordonnateur adjoint, même si elle a pas cette fonction-là officiellement, elle en assure largement le rôle, quoi !

D'accord. O.K. Dis-moi, est-ce que tu peux dire un petit peu, si hormis on va dire le... les évaluations de stage ou les internes qui vous contactent, est-ce que vous avez d'autres moyens de repérer ces internes en difficulté euh... à [...] ?

Pas à ma connaissance.

D'accord. Et... Oui ? Non, t'allais dire quelque chose, j'ai cru ?

Ouais, qu'en fait, les évaluations de stage, c'est dans les deux sens. C'est à la fois les évaluations de stage que remplissent les étudiants, soit les évaluations pour le département de médecine générale, soit les évaluations pour le syndicat. C'est des évaluations différentes. Et puis le deuxième cas, la deuxième évaluation, c'est l'évaluation que les praticiens hospitaliers en stage, ou les maîtres de stage universitaires pour les... pour les stages en ambulatoire, font des internes. C'est dans les deux sens que j'entendais les évaluations.

D'accord, O.K. Donc effectivement, c'est un moyen, aussi, de signaler, de la part des enseignants ?

Ouais. Et puis des encadrants en stage, ouais.

D'accord. Est-ce que vous avez à [...] une démarche un petit peu, par rapport à ces problématiques-là, de sensibilisation de... des internes, de vos adhérents ou des internes dans leur globalité ? Je pense notamment à l'accueil des nouveaux, ou peut-être par d'autres moyens par la suite ?

Euh, non, pas particulièrement. Un mot est adressé aux internes en début de... à l'accueil effectivement. Régulièrement, dans les mails du syndicat, on leur dit que... on les invite à nous contacter à la moindre difficulté en stage. Mais en dehors de ça, on fait pas de sensibilisation spécifique sur les problèmes de difficulté de santé psychique.

D'accord. D'accord d'accord. Et est-ce que tu sais si vous avez chez vous, à l'accueil mais également par la suite, un suivi particulier que ce soit par la médecine du travail, par la médecine universitaire ? Euh... une évaluation d'aptitude notamment ?

Euh... non, on n'a pas ça. Euh... On a une visite obligatoire à la médecine du travail en début de... d'exercice des fonctions d'interne, euh... qui évalue peu à mon avis le côté psychologique.

Ouais.

Mais en dehors de ça, à ma connaissance, y a pas de procédure, de suivis qui sont proposés ou formalisés.

Toi-même, depuis que t'as commencé ton internat, tu n'as pas revu la médecine du travail ?

Non.

D'accord. Et à l'occasion de cette visite obligatoire initiale, y a rédaction d'un certificat ?

Oui.

(Silence) D'accord. O.K. Est-ce que, toujours un petit peu dans le cadre du repérage de... de ces problématiques, est-ce que tu peux me décrire un petit peu ce qui se passe, est-ce que vous intervenez, vous, en cas d'invalidation de stage d'un interne ?

Quand tu dis nous, c'est le syndicat ?

Oui, oui. Est-ce que vous, vous intervenez, ou est-ce que tu sais ce qui éventuellement se fait en cas d'invalidation d'un stage d'un interne de médecine générale ?

Alors euh... Oui, on intervient, en demandant au DMG pourquoi il y a eu une invalidation, et en demandant au DMG de recevoir l'interne pour lui expliquer pourquoi il a été invalidé, et puis pour essayer de comprendre aussi si l'interne est en difficulté, et pourquoi. Cela dit euh... on n'a pas besoin d'insister pour que le DMG le fasse.

D'accord. Vous avez un DMG qui est très prévenant ?

On a un DMG, ouais... qui est très bien par rapport à ça. Euh... Nous, notre rôle, le rôle que le syndicat se donne là-dedans, c'est de s'assurer que... que l'interne qui est invalidé particulièrement pour des problèmes d'inaptitude (*il insiste sur ce dernier mot*), notre rôle c'est de s'assurer qu'il ait bien compris pourquoi il était invalidé, et que le DMG réfléchisse à des solutions spécifiques pour chaque étudiant, ce qui en soi n'est pas toujours fait, d'ailleurs...

D'accord. Donc effectivement, tu as l'air de dire que globalement, vous vous assurez de la bonne justification, entre guillemets, de l'invalidation...

Ouais...

Mais par contre, pour ce qui est des solutions à apporter éventuellement, parfois, y a des lacunes ?

Euh... Oui, c'est l'impression que j'ai, ouais !

D'accord. *(Silence)* Plutôt sur les stages hospitaliers, plutôt sur les stages ambulatoires ?

Alors, les exemples que j'ai en tête, là, c'est plutôt sur des stages ambulatoires, parce que sur les stages hospitaliers, le DMG a vite réagi en trouvant des solutions qui se sont avérées plutôt efficaces.

D'accord. Et sur les stages euh... ambulatoires par contre, vous avez toujours des... parfois des problèmes ? Tu peux, tu peux détailler un petit peu, éventuellement ? T'inquiètes pas, si il y a besoin, j'anonymiserai les conversations...

Oui, alors du coup, y a... J'ai... j'ai deux cas en tête. L'un où il y avait probablement un problème d'un interne en difficultés relationnelles mais générales, pas uniquement avec son maître de stage, et où là je... j'ai eu du mal à voir ce qui avait été proposé à l'interne et ce qui avait été expliqué à l'interne, et où je pense que le... l'interne en question n'a pas... a pas compris ce qui lui était reproché, pourquoi il était invalidé... et c'était une invalidation en... en prat de niveau 1. Euh... Et donc là, pour le coup, on aurait aimé que l'interne... qu'on donne les moyens à l'interne de bien comprendre que c'était pas simplement un problème relationnel avec son praticien mais que... mais que voilà... et donc là je trouve que ça a pas bien été fait. Et puis j'ai un autre exemple d'un interne où là, c'est un peu différent. Il y a non seulement, probablement, quelque chose de relationnel de la part de l'interne mais qui m'a moins marqué, et puis il y a surtout un problème avec le maître de stage en question. Et là pour le coup, c'est très long et très dur d'obtenir que le DMG réagisse, parce que c'est un maître de stage qui est impliqué dans pas mal de commissions, et que ça fait plusieurs années qu'on a des problèmes avec ce maître de stage-là, et que... Voilà. En théorie, on devrait pouvoir demander un désagrément, mais on a beaucoup de mal à l'obtenir.

D'accord. D'accord, d'accord. Et dans le cas du premier interne, est-ce que tu penses qu'il y avait une... un authentique problème psychiatrique, un trouble du comportement, ou quelque chose comme ça ?

Alors je me sens pas du tout (*rires*), pas du tout apte à répondre à ça, parce que je connais pas l'interne. Après, d'après les évaluations de stage dont il était question, euh... je pense pas qu'il y ait une grosse pathologie psychiatrique. J'ai plus l'impression que c'est un problème relationnel, voire un... un trouble du comportement. Ça ressemble plus à ça.

D'accord. Est-ce que, à votre poste de syndicat des internes, vous avez déjà été amenés à intervenir dans l'orientation par exemple de la prise en charge médicale pour certains internes ?

Non, pas à ma connaissance.

Est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà évoqué ? Est-ce que tu sais un petit peu comment vous réagiriez le cas échéant ?

Euh, on en a jamais parlé en réunion de bureau. À ma connaissance, on n'a pas d'antécédent de ce genre de situations. Mais la réaction qu'on aurait, je pense, ce serait de se tourner je pense vers le département de médecine générale pour leur demander si ils ont l'habitude de travailler avec quelqu'un, et de proposer à l'interne un suivi, ouais. Avec quelqu'un dont on aurait une recommandation soit par le DMG, soit par l'enseignante coordonnatrice de psychiatrie, qui à [...] est assez efficace et assez intéressée sur les question de pédagogie.

D'accord. Est-ce que tu peux me dire, pour éventuellement... Tu m'as parlé des deux catégories d'internes un petit peu, qui pouvaient avoir des difficultés, comment est-ce que vous procédez pour adapter le travail de ces internes sur les lieux de stage ?

À ma connaissance, y a pas de travail qui est réalisé, on essaie plus d'adapter le terrain de stage aux difficultés de l'interne. J'vais prendre l'exemple d'un terrain de stage en particulier qui a posé problème au semestre précédent avec une pression par les chefs, un manque de séniorisation, une charge de travail importante et énormément de choses comme ça qui ont mis l'interne en difficulté, qui se retrouvait vraiment, psychologiquement, dans une situation difficile. Là, on a adapté le terrain de stage. C'est-à-dire que le coordonnateur du département de médecine générale s'est déplacé, a rencontré le président de la CME, le chef de pôle, le chef de service, en imposant un certain nombre de changements avec une meilleure séniorisation, avec une réorganisation du temps de travail, de façon à... plus à adapter le terrain de stage à l'interne que d'adapter le cursus de l'interne à d'autres terrains de stage, quoi !

D'accord. Est-ce que tu sais si il arrive, pour des internes qui se retrouvent en difficulté, qu'on les oriente spécifiquement sur un terrain de stage, via par exemple un fléchage particulier, ce genre de choses ?

Non ça existe pas à ma connaissance, et je trouve ça plutôt dommage.

D'accord. Vous êtes jamais, vous, intervenus par exemple lors de la commission de médecine générale dont tu me parlais tout à l'heure, pour évoquer par exemple la situation d'un interne, et dire que « bon ben cet interne-là, au prochain semestre, il faut qu'on le mette à tel endroit parce que ça se passera bien » ?

Euh... Non. D'autant plus qu'on ne flèche pas les terrains de stage à [...] parce que c'est pas autorisé, sauf dans quelques cas notamment les SASPAS en CESP. Mais en dehors de cela, on ne flèche pas les terrains de stage, sauf pour les DESC, mais pour les DESC c'est légalement autorisé.

D'accord. Est-ce que... Oh, je pose la question parfois, parce que malgré l'aspect législatif, il y a les petits arrangements qu'on connaît tous... Voilà...

Ouais, ouais (rires) !

Est-ce que par exemple, le surnombre aussi, qui normalement est quelque chose qui est plutôt réservé aux grossesses, est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà expérimenté pour raison médicale ?

Euh, non... Et même pour raison médicale, non, c'était pas un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique. Pour raisons médicales on a une interne qui nous a sollicités parce qu'elle savait qu'elle allait avoir une intervention et qu'elle pourrait pas assister à une grosse partie de son stage, elle nous a demandé si elle pouvait avoir un surnombre, euh... On savait que administrativement, c'était pas possible, on a quand même demandé à l'ARS et au département de médecine générale et, on a eu un refus... Ce qui est un peu con... un peu bête, aussi...

D'accord, O.K. Donc là, on a parlé un peu plus des stages. Est-ce que tu sais, sur le versant des obligations universitaires, facultaires entre guillemets, est-ce qu'il y a une possibilité de tolérance, d'adaptation un petit peu des obligations des traces d'apprentissage, ce genre de choses, [...] ?

On a... Ma réponse est un peu paradoxale : non et en même temps oui. Non parce que les internes doivent avoir validé la même chose que tous les autres. Et en même temps oui, dans le sens où le département de médecine générale tolère un décalage d'une année sur l'autre, tolère facilement qu'on rattrape certains enseignements l'année d'après, et tolère facilement qu'on décale la soutenance de DES ou la soutenance de thèse... Enfin, la soutenance de thèse, c'est normal, mais la soutenance de mémoire de DES, il est pas rare du tout que le département de médecine générale accorde un délai de 6 mois supplémentaires pour la soutenance du DES.

D'accord. Parce qu'en théorie, à [...], la soutenance du DES doit avoir lieu pendant les 3 années du... du...

À l'issue, ouais. À l'issue du T3.

D'accord, O.K. Est-ce que tu as déjà eu la situation, ou est-ce que tu sais si le problème s'est déjà posé, d'internes pour lesquels la pratique de la médecine était compromise, et justement ce qu'il advenait de ces internes ?

Euh... (Silence) Non. Non, j'ai pas d'exemple.

D'accord.

J'ai pas eu ça.

D'accord. Est-ce que, pareil, sur le mandat, vous avez des internes perdus de vue ?

Oui ! Oui, oui. On en a eu un. Euh... Le département de médecine générale essaie de les recontacter, et là on en avait... On en a un qui est toujours perdu de vue, et on en a un qu'ils ont réussi à raccrocher. Y en a un troisième que j'ai en tête. Il a été perdu de vue, ils l'ont raccroché, il y a 6 mois, et là il demande à revenir du coup euh... Même si en théorie il devrait ne pas pouvoir revenir parce qu'il a dépassé le nombre d'années, le département de médecine générale à la fac est tout à fait d'accord pour qu'il revienne.

D'accord. Donc bon... Y a les textes, et puis... et puis y a la réalité, quoi !

Une tolérance, ouais (rires) !

D'accord. Donc tu n'as pas, sinon, la situation d'internes qui auraient été déclarés inaptes et qui auraient été interrompus dans leur cursus ou réorientés ? Ça, tu ne sais pas ce qu'il en ait ?

Non. Non, j'ai pas de situation comme ça.

D'accord. Si, pour finir, je te demandais un petit peu, si tu avais la possibilité de mettre en place des mesures particulières pour la santé mentale des internes, pour ces internes-là en difficulté, que ce soit pour... au niveau prévention, prise en charge ou quoi que ce soit, ou même orientation, euh... qu'est-ce que... qu'est-ce que tu ferais ?

Moi, je crois, déjà, je mettrais un volet prévention pour tous les internes. Avec... avec éventuellement un temps d'information spécifique prévu, régulièrement, peut-être à adapter en fonction des années pour pas avoir trois fois la même information, mais... Avoir un petit moment d'information, chaque année, j pense que c'est... c'est le rôle du syndicat que de le demander, et c'est le rôle de... de la fac voire aussi du CHU que de l'organiser, en lien avec la médecine du travail. Donc ça c'est pour le volet prévention. Et puis moi, je verrais bien une espèce de hotline, où l'interne qui en peut plus, ou avant même qu'il en puisse plus d'ailleurs, quelqu'un qui a des difficultés puisse appeler... appeler et avoir un interlocuteur au moins pour poser les choses avec l'interlocuteur, pour avoir des idées de réactions à avoir, et... ce genre de choses. Et puis, troisième point, ce serait plutôt sur une prise en charge d'internes qui pour le coup se retrouvent vraiment en difficulté, ce serait intéressant qu'il y ait un référent par fac qui suivent ces internes euh... dont le rôle serait de suivre l'interne avec une régularité de tous les quinze jours ou tous les mois, avec un entretien ou présentiel ou téléphonique, pour faire le point avec l'interne sur où il en est, sur s'il a un suivi...

D'accord. Vous avez pas actuellement, quelqu'un comme ça qui vous suit spécifiquement pour chaque interne ?

On a un responsable de groupe d'échange de pratiques. On a toutes les six semaines en moyenne un groupe d'échange de pratiques, où on est une dizaine d'internes avec un médecin généraliste...

Ouais...

... en charge de l'enseignement, et... et du coup, le rôle de ces groupes d'échange de pratiques, c'est d'échanger sur les situations cliniques mais aussi sur les situations personnelles. Et en théorie, le responsable du groupe d'échange de pratiques a un peu ce rôle de suivi.

Ça, tu me dis, c'est en théorie. Parce qu'en pratique, c'est pas vraiment le cas ?

Ben en pratique, ils ont pas forcément le temps, et ça pourrait être intéressant d'avoir un référent spécifique pour ces problématiques-là. Que le responsable du GEP soit en charge de repérer les internes en difficulté et de les orienter vers quelqu'un qui centralise tout ça, je pense que ça pourrait être intéressant.

D'accord. Et est-ce que, par rapport à la personne pour centraliser, est-ce que c'est pas un petit peu le cas via votre DMG ? Est-ce que vous n'avez pas déjà une personne clairement identifiée ?

Non, on n'a pas de personne clairement identifiée, et surtout elle assure pas forcément le suivi.

D'accord. O.K. O.K. Bon, et bien c'est pas mal. Je sais pas, est-ce que t'as autre chose à ajouter ou bien c'est tout bon pour toi ?

Et ben non, si ce n'est que merci pour ce sujet de thèse parce que c'est vraiment intéressant, et c'est cool d'avoir des gens qui travaillent là-dessus.

Y a pas de quoi. C'est parce qu'on a été un jour confronté à ces difficultés-là qu'on se pose la question, au bout d'un moment... Voilà. Et bien écoute, je te remercie. Je pourrais t'envoyer les résultats si tu le souhaites ?

Ah ouais ! Avec plaisir, ouais !

Et bien ça marche ! Pas de problème, ce sera fait. Merci bien !

Parfait ! Et bien merci, bon courage ! Salut !

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 8

(Tonalités)

Allô ? Salut !

Salut [...]. Ça va ?

Très bien, et toi ?

Est-ce que tu m'entends bien ?

Oui. Ça résonne, mais je t'entends bien.

D'accord. Bon, je suis désolé, je suis obligé de laisser un petit peu en haut-parleur pour enregistrer.

Ben, oui oui. Ça marche bien, quand même ?

Ouais ouais, pour moi, c'est impeccable.

Ouais ? O.K.

Ça marche.

(Rires)

Donc je te fais le petit script d'entretien que je suis tenu de te faire compte-tenu de la déclaration à la CNIL. Donc, il s'agit d'une thèse de l'université Toulouse III - Paul Sabatier, qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc je vais enregistrer cette conversation avec ton accord, tu peux bien sûr t'y opposer. Tu peux de même refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Si tu acceptes d'être enregistrée, la conversation sera retranscrite et anonymisée. Les enregistrements seront conservés pour une durée maximale de 3 mois, le temps de la retranscription, et les verbatims seront versés en annexe de la thèse. Sachant cela, es-tu toujours d'accord pour participer et pour être enregistrée ?

Oui, je suis toujours d'accord.

Très bien. Donc, dans le cadre de l'étude, je recueille ton nom, ton prénom, ton statut, ta structure d'appartenance et ta fonction au sein de cette structure, ton adresse professionnelle, celle de [la structure] en fait, postale et électronique, ton numéro de téléphone à usage professionnel, euh... ton genre, ton âge, le contexte de cet entretien ainsi bien sûr que ta voix et cette conversation, et le tout fera l'objet d'un traitement informatique. Le tout sera supprimé d'ici la fin de l'année. Les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse Anne-Lise Yvernès et un troisième médecin ici qui nous aide à... au codage et à l'analyse des données. Donc voilà, je te demanderai dans la mesure du possible de ne pas donner de... d'informations personnelles concernant les internes que... dont tu aurais pu t'occuper pendant ton mandat. Voilà.

O.K.

Pour commencer, donc à [...], il y a un statut de [structure] ?

Oui, tout à fait.

D'accord. Donc toi, tu occupes les fonctions d'ancienne [...] ?

Oui, et désormais [...].

(Rires) Oui, tu es partie, mais pas vraiment, en fait.

(Rires) Ben, en fait, on essaye que [...] pour former l'équipe entrante. Voilà.

D'accord. Peux-tu me donner ton âge, s'il te plaît ?

[...].

D'accord. O.K. Actuellement tu es à ton domicile, là ? C'est calme ?

Ouais... Je suis sur mon balcon.

Très bien. O.K. Est-ce que tu peux me donner le nombre approximatif d'internes qui sont actuellement adhérents à [la structure] ?

Alors c'est facile, je sors de la réunion qui était hier soir. Alors [...].

D'accord.

Sur [...] internes. On est à [...] de représentation.

D'accord. Tu m'as dit, combien d'adhérents au DES ?

Il y en a en tout [...]. Et on en a [...] adhérents.

D'accord. Je pense que c'est un des taux les plus importants, en tout cas dans les gens que j'ai interrogés. O.K. Vous êtes combien de membres actifs actuellement ?

Euh... Officiellement on est [...] dans le bureau. À avoir un poste déclaré en préfecture. Après si tu veux vraiment, les vrais membres actifs c'est toujours un peu compliqué, forcément un peu plus restreint, et je dirais que... on est plutôt une dizaine à être vraiment des membres très actifs.

D'accord. O.K. Est-ce que tu connais actuellement le nombre d'enseignants associés et universitaires, à [...] ?

Non, pas par cœur.

D'accord. Bon, je regarderai ça, je ferai un calcul rapide. Ça marche. Je vais te poser une question très large pour commencer. J'aimerais que tu me donnes un petit peu ton impression sur la santé globale des internes de médecine générale à [...] de ton point de vue de [...] ?

Alors globalement quand même, je dirais bonne. Je trouve que quand même, les choses se passent plutôt bien chez nous. Dans la globalité, vraiment souvent, je trouve que les... la grande majorité est capable de dire quand ça va pas, et d'alerter quand il y a des soucis qui se produisent. Donc... globalement je trouve que... je trouve que c'est une bonne qualité de santé de l'ensemble des internes de médecine générale pour [...]. Après, y a toujours une petite moyenne, par convention... qui est en difficulté, et dans cette petite partie, y en a qui savent le dire, et y en a aussi une grande partie qui ne... enfin, la plus grande partie ne sait pas le dire, quand ça ne va pas.

D'accord.

Et je trouve que ces internes-là, du coup, on... euh... sont un peu parfois noyés du coup dans la masse de l'ensemble qui va bien.

D'accord.

Ce qui est un peu dommage.

D'accord. Dans ce... cet ensemble-là d'internes qui vont pas forcément très très bien, est-ce que tu distingues diverses catégories ? Est-ce que c'est un petit peu toujours la même situation qui se reproduit ?

Non, y a pas eu deux situations comparables.

D'accord.

Vraiment, y a pas eu deux situations comparables. Après, euh... De là à faire des catégories, je t'avoue que je m'étais jamais fait la réflexion et posé la question. Euh... *(Silence)* Non, je crois que j'arriverais pas à faire plusieurs catégories. Y a... J'ai l'impression que chaque cas est vraiment unique et euh... y a tout un contexte qui fait que ça se passe mal avec tout ce qui se déclenche au moment de l'internat, et euh...

Pardon, j'ai pas entendu. Est-ce que tu peux parler un tout petit peu plus fort ?

Je dis... En fait, y a tout un contexte particulier et propre à chaque vie d'interne qui fait que ça se passe mal à un moment donné pendant l'internat. Mais j'ai pas l'impression, là comme ça, de trouver un dénominateur commun entre... entre chaque interne... si ce n'est que ça n'avait jamais commencé pendant l'internat. C'est des choses qui... pour tous, ils avaient déjà des difficultés dès l'externat.

D'accord.

C'est le vrai seul dénominateur commun, là, que j'ai moi.

D'accord. C'est des situations qui sont fréquentes, dans votre ville, à [...] ? Globalement, sur le mandat par exemple, tu as eu combien de situations, à peu près, comme ça ?

Euh... Sept ou huit.

D'accord.

Sur un an et quatre mois... *(Elle compte à voix basse)* Ouais, c'est ça.

O.K. Et alors, pour... Comment ça s'est passé pour ces internes ? Tu dis que ces internes, souvent, ne vont pas spontanément parler de leurs problèmes. Comment vous les avez dépistés, ces internes-là ? Comment vous les avez repérés ? Comment ils se sont éventuellement signalés à vous ? Comment ça s'est passé ?

Alors... Il y en a où on s'étonnait d'avoir des mails avec des questions un peu... tournées de manière un peu étrange. Des mails réguliers avec toujours une interrogation... Donc là, ça a été des moyens de... petit à petit, d'arriver à la question : « Mais, ça va vraiment, en fait ? », posée mieux que ça, bien sûr, mais c'est l'idée. Y en a dont on a été... Oui, y a une personne dont j'ai été au courant par le maître de stage...

Qui a contacté [la structure] ?

Oui.

Ah, c'est pas commun, ça !

Non !

D'accord.

Y en a un... C'est le tuteur.

D'accord.

Qui du coup nous en a parlé, donc on a croisé le ressenti que nous avions. Il se trouve que c'était une interne pour qui on avait... on sentait déjà que c'était peut-être un peu limite. Et du coup, ça a permis de... Moi, j'avais déjà un [...] qui était ouvert avec cette interne pour d'autres raisons, et du coup, ça m'a permis d'aborder discrètement le sujet et donc... qu'elle se confie.

Tu m'as dit, t'avais déjà quoi qui était ouvert ?

J'avais... On avait déjà une discussion sur un autre sujet avec cette interne-là. J'avais ce sentiment qu'il y avait peut-être quelque chose qui n'allait pas, mais euh... notre boulot c'est à la fois de rester

ouvert, mais c'est aussi de pas... enfin à mon sens en tout cas, de pas... « J'ai l'impression que tu vas pas bien ! », enfin, de pas mettre trop vite les pieds dans le plat non plus, quoi !

D'accord.

J'trouve qu'il fallait vraiment... Enfin voilà, on marche sur des œufs, parce que... parce qu'on doit pas s'immiscer dans leur vie, et donc s'ils ont pas envie de nous en parler, on peut pas les obliger ! Mais on se doit d'avoir une porte très grande ouverte, pour que si jamais ils ont envie de nous en parler, il faut vraiment qu'ils puissent le faire, quoi !

D'accord.

Et cette interne-là, j'avais des doutes, et quand son tuteur m'en a parlé, et bien du coup, ça m'a permis de... d'orienter un peu mes mails et notre discussion pour finalement qu'elle se confie. Et après euh... Y en a dont on a été au courant parce que ça a été des arrêts de travail qui ont été déposés, qui ont été longs d'emblée. Et donc c'est plutôt les co-internes qui nous ont alertés, en disant « Enfin c'est le bordel ! Du coup, comment on fait pour les plannings ? »

D'accord.

Donc c'est comme ça qu'on l'a appris. Et après il y a ceux qui nous contactent vraiment pour ce motif-là. Euh... Ça a été soit par SMS, soit par mail.

D'accord.

Un peu plus par mail que par SMS. Et sur le portable de [la structure]. Par contre, euh... Le plus souvent, c'était quand même... Ils avaient attendu beaucoup de temps avant de nous en parler.

Ouais.

On arrivait des fois à des situations assez critiques alors qu'il aurait peut-être fallu... Alors c'est toujours difficile de dire ça *a posteriori*... Peut-être qu'il y aurait eu des choses à faire, qu'on aurait pu anticiper, si on avait été alerté plus tôt. Mais encore une fois, c'est toujours... On a beau être très ouvert, leur dire que s'il y a quoi que ce soit, on est disponible, qu'on peut les aider, ainsi de suite, on peut pas quand on a eu vent de quelque chose, écrire à l'interne spontanément alors qu'on n'avait pas eu de discussion avec lui, lui dire : « Écoute, tu vas pas bien, quoi ! » C'est pas non plus dans nos missions ! On est là pour représenter tous les internes, on est là pour tous les aider, euh... C'est-à-dire qu'on est plutôt à leur disposition plutôt qu'à aller pointer du doigt que « untel m'a dit que toi tu n'allais pas bien... » Donc ces internes pour qui j'ai eu vent que ça n'allait pas par les co-internes, euh... mais qui ne m'ont... qui n'ont jamais contacté [la structure]...

D'accord...

Donc je disais à ce moment-là : « Ben tu lui dis bien qu'on est disponible, que moi j'ai un portable, que j'ai une adresse mail où il y a que moi qui la lit, enfin... qu'il y a moyen qu'on discute et que ce soit vraiment... qu'en tête-à-tête ! Mais moi spontanément, je n'irai pas lui écrire parce que c'est toi qui m'en a parlé, sans lui en parler à la personne concernée ! Enfin, voilà quoi, moi je suis pas censée être au courant, quoi ! »

D'accord.

Donc... Enfin, il me semble que c'est très important que si on a eu l'information par quelqu'un d'autre que par la personne concernée, euh... d'être soit très... très « cocooning », quand on a pour d'autres raisons le contact avec l'interne en question, pour réussir à lui en faire parler, ou bien si on n'a pas de contact avec cet interne-là, je pense qu'il est pas de notre devoir de leur écrire pour leur dire : « on m'a dit que tu allais pas bien ! », quoi !

D'accord. D'accord. Et est-ce que tu sais comme ça s'il y a eu des internes qui se sont retrouvés dans des situations compliquées, en arrêt, ou euh... ou par exemple où c'est allé directement jusqu'à une invalidation de stage, sans qu'à un moment ou à un autre, vous, vous ayez été au courant ?

Mmm, j'ai envie de te dire que par définition, je ne suis pas censée être au courant, mais (rires) euh... Non.

Globalement, vous finissez toujours par le savoir à un moment ou à un autre ?

Et des fois, c'était le DMG qui nous disait : « Ben, j'ai appris par un tuteur, par un maître de stage, que tel interne allait pas bien, est-ce que toi tu avais eu l'info ? » J'disais : « Non, je l'ai pas eu ! » Et du coup, là c'était le DMG qui nous les envoyait parce qu'on... on préparait la suite, et donc euh... Dans notre travail de représentation de l'interne, de conseil, à ce moment-là du coup, on les aidait notamment pour les démarches administratives des fois, pour adapter les stages suivants, des choses comme ça.

D'accord. Alors, j'ai plein de choses sur lesquelles j'ai envie de rebondir sur ce que tu m'as dit, mais on va essayer d'être un petit peu ordonné. Tu m'as dit : « Les gens me contactent de telle façon, par texto, par mail, et cetera. » Comment vous, vous diffusez cette information-là auprès de vos internes ? Comment vous les sensibilisez au fait qu'ils peuvent vous joindre ? Est-ce qu'il y a une démarche un petit peu de prévention, de sensibilisation, comment vous y prenez-vous ?

Euh... Ben déjà on fait une newsletter mensuelle dans laquelle j pense qu'on essaie d'écrire à chaque fois que s'il y a un souci dans un... dans un stage ou s'il y a un quelconque souci, on est disponible...

Ouais...

On fait la même chose dans un certain nombre de nos mails un peu généraux : les mails de changement de stages, et cetera. Euh... De la même manière, on essaie de... Quand on lance les évaluations de stages, y a souvent des choses qui ressortent des fois dans les évaluations de stages des internes sachant qu'elles sont anonymes. Des fois ils se confient un peu. Et donc, on se doit d'être hyper vigilant sur les évaluations de stages, ce qui nous permet des fois de prévenir... Enfin, y a des choses qui sortent dans les évaluations de stages, qu'on a... dont on n'a jamais connaissance par d'autres moyens. Et donc c'est un moyen d'agir un petit peu sur ces internes, qui ont quand même peut-être lancé un petit peu une petite bouteille à la mer dans l'évaluation de stage, et puis qui verront bien si ça revient ou pas.

Ouais.

Ça, ça m'est arrivé à plusieurs reprises, de devoir... Enfin, de faire une petite enquête pour lever plus ou moins l'anonymat de ces évaluations de stages ! Pour parfois écrire et dire : « Je suis désolée, pour ton évaluation j'ai levé l'anonymat... enfin, j'ai cherché pour lever l'anonymat... » Parce que des fois, c'est pas toujours évident quand ils sont plusieurs sur un terrain de stage ! Et donc euh... là, c'était une des raisons où là, c'était vraiment moi qui allais vers eux parce que du coup, ils avaient quand même fait un appel à nous, même si c'était masqué, tu vois.

D'accord.

Donc il y a ce biais là. Et enfin on essaie plus ou moins difficilement de mettre en place des contacts locaux. Notre idée, c'était vraiment qu'il y ait un interne de médecine générale identifié dans chaque périphérie.

Ouais.

Qui soit le relais entre les internes et nous, et qui potentiellement puisse relayer ce message de « ben s'il y a quoi que ce soit, tu peux lui en parler à lui qui nous en parlera à nous, ça peut être un intermédiaire. Ou lui te rappellera que tu peux nous en parler directement. » Enfin voilà. Histoire que, dans les situations qui peuvent être entendues euh... ou vécues le soir à l'internat, que tout le temps quelqu'un pense à dire : « Ben tu sais, tu pourrais contacter l'asso ! » De manière plus ou moins formelle, mais histoire de toujours rappeler que l'asso est disponible, au quotidien, quoi !

D'accord. Qu'il y ait une oreille un peu partout, dans toute la région, en fait !

Ben, ouais, c'est notre idée. Après y des... ça dépend... c'est très semestre-dépendant ! Y a... y a des semestres où les gens se prennent à ce jeu-là et acceptent de jouer ce petit rôle-là. Et puis y a des semestres, notamment les semestres d'été, c'est beaucoup plus compliqué parce que personne a envie de... Enfin, beaucoup d'internes ont l'imag... imaginent qu'en étant contact local, on va leur demander de faire plein de choses, ce qui n'est pas du tout le cas.

D'accord.

Et donc du coup, l'été en général, on n'arrive pas à avoir un correspondant dans chaque ville.

D'accord. O.K. Est-ce que vous avez une démarche particulière à l'accueil des internes ? Des nouveaux arrivants ? Par rapport à ces questions-là ?

Euh... Ben alors on leur fait l'accueil sur un week-end puisqu'on fait trois jours de week-end d'accueil. Donc là c'est l'occasion d'en parler un petit peu en off, entre guillemets.

Oui.

Parce que du coup, on euh... Je pense aux deux précédents week-ends d'accueil, que j'ai vécu côté [structure]. Ils ont plein d'interrogations sur leur prochain choix de stage, et comment ça va se passer, et y a plein... et voilà, c'est... un peu de la panique, presque, pour certains. Donc c'est vraiment le moment de dire : « Normalement, ça doit bien se passer mais tout n'est pas parfait, donc s'il y a quoi que ce soit, si... À ce moment-là, tu nous contactes, on est disponible, enfin voilà ! » Donc ça c'est un message qui va passer... par du off. Donc ça, c'est sur ces trois jours de week-end d'accueil. On enchaîne avec l'accueil officiel du CHU qui est le lundi.

Ouais.

Le CHU n'en parle pas, fait ses petits blablas, et voilà. Et on... Le lundi après-midi, on a une heure qu'on arrive à se bloquer, pour être avec eux, la promotion normalement entière, et je sais pour avoir vu [...], [...] et donc [...] le faire l'année dernière, on présente [la structure] mais on dit au... enfin, on ré-insiste sur le fait qu'on est toujours disponible.

D'accord.

Que des fois, y a des internes qui sont en difficulté, euh... des difficultés purement relationnelles avec un maître de stage aussi hein, ça peut-être ça ! Mais aussi des difficultés sur un plan personnel, et que on peut peut-être être un relais, on peut peut-être les aider, voilà. Y en a qui sont pas de la région [...] donc qui n'ont pas non plus de réseau social (*raclement de gorge*)...

D'accord.

... et donc là on appuie, enfin en tout cas moi j'avais essayé d'appuyer en disant : « Là aussi on peut vous aider sur ce plan-là, n'hésitez pas ! On a des mails, on a un téléphone, où on peut nous joindre. » Euh... et je pense que le coordonnateur [...] le fait un peu peut-être le lendemain, j'avoue que je connais pas son discours par cœur.

Là, là j'ai plus... j'ai rien entendu de ce que t'as dit à la fin...

J'ai dit, je pense que le professeur [...] donc le lendemain fait l'accueil officiel pour les internes de médecine générale, le mardi...

D'accord...

... et je pense que le professeur [...] le fait un petit peu, mais je t'avoue que je connais pas son discours par cœur, et je sais... et je sais qu'il appuie aussi sur le fait que [la structure] est présente s'il y a quoi que ce soit.

D'accord. O.K. Est-ce que... est-ce que tu peux me parler du rôle qui est joué dans votre ville éventuellement par la médecine du travail euh... sur l'évaluation de l'aptitude, notamment mentale mais voilà, de l'aptitude globale des internes à la pratique ?

Alors là... Du coup, je vais parler de mon expérience personnelle, parce que après, je n'ai plus jamais eu de contact avec eux. Euh... Moi, du coup, j'ai passé l'entretien avec un des médecins du travail du CHU avant de devenir interne, enfin avant de prendre mon poste d'interne de médecine générale à [...]. Euh... Moi, j'ai été étonnée parce qu'elle a vraiment pris le temps, euh... à la fois de m'examiner sur le plan physique, O.K., mais surtout de... de... Enfin, j'ai vraiment eu le sentiment que quand-même, elle a essayé de m'évaluer un petit peu sur le plan psychologique, de comment je ressentais les choses et comment je vivais ce changement de statut de... d'externe à médecin. Donc j'ai été agréablement étonnée.

D'accord.

Après je sais que dans les autres qui ont passé l'entretien mais qui étaient pas avec elle... parce qu'en l'occurrence c'était une femme, ils ont pas eu du tout la même impression mais plutôt euh... d'un travail à la chaîne. Et... et je sais aussi qu'il y a un certain nombre d'internes qui ne passent pas par la médecine du travail pour faire ce certificat mais c'est leur médecin généraliste ou presque leur... leur ami qui est déjà interne qui le fait. Auquel cas, ben clairement, l'évaluation psychologique, elle est pas faite !

D'accord. Alors, moi, j'avais entendu dire que dans votre ville, le... cette évaluation d'aptitude et ce certificat étaient plus ou moins obligatoires, obligatoirement faits justement par la médecine du travail ?

Ben, moi, enfin... c'est ce qu'il me semblait quand je suis arrivée ! Mais dans mes co-internes, y en a qui n'étaient pas passés par la médecine du travail du CHU donc...

D'accord.

Y en a même qui l'ont faite quand on est arrivé dans mon premier terrain de stage. Le dossier était toujours pas fini et donc ils l'ont faite avec la médecine du travail par exemple de leur centre hospitalier de périphérie.

D'accord. En tout cas, en tant que structure... enfin en tant qu'interne, passé ce premier entretien, t'as pas eu de contact par la suite avec la médecine du travail ?

Jamais ! Jamais !

D'accord. Et est-ce que tu... est-ce que vous avez été amenés à travailler sur certains dossiers, sur le cas de certains internes, avec eux ?

Non.

D'accord. O.K. Euh... J'aimerais que tu me dises un petit peu, on change un petit peu de problématique, comment... comment vous gérez les situations d'invalidations de stage ? Est-ce qu'il y a une analyse particulière qui est faite des dossiers de ces internes-là ?

(Silence) Mmm...

Peut-être qu'il n'y a jamais d'invalidation à [...] ?

Alors il y en a eu une, mais parce que l'interne a posé un arrêt de travail dès le troisième jour de stage ou presque, peut-être le premier.

D'accord.

Euh... Arrêt de travail qui s'est prolongé (elle tousse) très rapidement... Alors les seuls cas que j'ai eu d'invalidations de stage, c'était toujours des arrêts de travail, qui faisaient que du coup l'interne n'avait pas été présent au moins quatre mois sur ses six mois de stage.

D'accord.

Euh... J'ai pas eu de cas où... l'interne n'a pas été validé, mettant en exergue une situation qui était un peu particulière et pour laquelle nous n'étions pas au courant, quoi !

D'accord.

Donc euh... Du coup, c'est un peu... Les arrêts de travail, mine de rien, on l'apprend assez rapidement en général. Ça nous permet aussi de passer le message que notre couverture de protection sociale en tant qu'interne est quand même pas terrible. Puisque... puisque notre compensation financière disparaît très rapidement.

Ouais.

Donc euh... C'est pour ça, globalement on était du coup au courant avant même que officiellement on puisse dire que le stage était invalidé, quoi ! On l'a toujours su à l'avance... Y a pas eu de découverte, quoi !

D'accord. O.K. Alors... j'ai l'impression que vous avez de très très bons rapports, avec le DMG à [...]. Y a une discussion quasiment sur tous les cas des internes à problèmes ? Y a un intervenant particulier pour ces problématiques-là au sein du DMG ?

Ah, ben clairement, c'est la [fonction dans le DMG et nom] ! L'intervenante et l'interlocutrice. Le professeur [...] fait son rôle de coordonnateur, mais euh... enfin voilà, est au courant de tout ce qui se passe, et de tout ce qui se fait. Mais n'ayant lui-même pas trop le temps, et je pense parfois pas trop l'envie, euh... il préfère déléguer vraiment cette tâche à [...], la [fonction dans le DMG]. Qui elle en plus... en fait, je pense, à titre personnel, aime bien essayer de gérer ces situations. Enfin, ça lui va bien de les gérer. Elle aime prendre le temps d'essayer d'améliorer euh... d'améliorer les choses et la situation de chaque interne.

D'accord.

Elle est clairement notre interlocutrice. Ce qui fait que euh... Du coup, on informait toujours [...] mais c'est avec elle qu'on discutait tout, quoi !

D'accord.

Voilà. On discutait tout, et ce qui nous amenait même, des fois, à de nombreux échanges de mails, mais aussi elle nous appelait, à nous dire : « Qu'est-ce que t'apportes ? Qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je dois vendre comme ça et toi tu récupères comme ça ? » Enfin voilà, à vraiment discuter de ce qu'on pouvait proposer, pour que ce soit aussi le mieux reçu possible, quoi. Que chacun, avec la perception qu'on avait pu avoir l'une et l'autre de la situation de l'interne, qu'on... surtout qu'on ne les brasse pas. Donc on essayait d'être vraiment bien en accord sur ce qu'on allait dire et comment on allait s'aider l'une et l'autre, quoi !

Et est-ce qu'il lui arrive, à elle, de rencontrer les internes ?

Oui. Systématiquement.

D'accord. O.K.

(Silence) Systématiquement. Alors je sais que [...] en avait rencontrés, ça lui arrive aussi d'en rencontrer. Mais euh... mais c'est quasiment elle qui a... Là, de tête, je pense qu'il y a qu'une personne que [...] avait rencontrée, et toutes les autres ont été rencontrées par [...].

D'accord. Concernant ces internes qui ont des... Pour les situations où il y a pu éventuellement y avoir une cause médicale psychiatrique, est-ce que... est-ce qu'il vous arrive à vous, en tant que [structure], ou est-ce que éventuellement tu sais si le DMG intervient, pour éventuellement orienter la prise en charge médico-psychologique ?

Euh... Alors on a eu... Alors y a un interne clairement qui a eu une situation psychiatrique compliquée. Euh... Du coup, très rapidement un psychiatre a été mis sur le coup, je pense que c'est aussi, puisqu'il était en couple, par le biais du conjoint. Euh... Donc là, vraiment, du coup il y a eu un psychiatre libéral totalement indépendant de nous tous qui a... qui était... qui s'occupait de lui.

D'accord.

Ensuite, on a eu de nombreuses fois... Je pense à un interne en particulier... euh... qui en fait... était un peu dans une impasse dans ce qu'il attendait de l'internat et de sa vie professionnelle, enfin voilà, et qui du coup euh... On lui a proposé à plusieurs reprises un certain nombre de solutions, enfin voilà de choses pour essayer d'améliorer la situation, et pour l'aider à y voir plus clair dans ce qu'il souhaitait vraiment de sa vie professionnelle, puisque la question se posait de rester en médecine générale, ou aller dans d'autres spécialités, et puis finalement rester en médecine générale et faire autre chose... Un interne qui était un peu perdu sur le plan de la vie professionnelle...

Ouais...

Le problème, c'est qu'on faisait de nombreuses propositions et qu'à chaque fois, rien n'allait ! Et euh... c'était sous couvert, et ça c'était une demande de [...], on avait beaucoup échangé avec lui pour cet interne-là... Le deal, c'était : « On t'aidera et on te fera... on te proposera tout ce qu'on peut te proposer, mais si tu n'es pas pris en charge sur le plan psychologique et psychiatrique, on ne le fera pas ! »

D'accord.

« Parce que sinon, on t'aide pas ! » Donc euh... même [titre universitaire et nom] était prêt... et a proposé à cet interne de lui prendre lui-même un rendez-vous avec les psychiatres qu'il connaît bien au CHU. Et en fait, cet interne, quand on faisait cette proposition-là, du coup refusait tout. Donc euh... ça a été un peu compliqué. Après, tous les autres internes, soit spontanément soit à force de leur suggérer, ont commencé une prise en charge psychologique, qu'elle soit avec un psychologue, avec leur médecin généraliste, un psychiatre, ou... *(Silence)* Alors je sais pas si on peut vraiment parler de prise en charge psychologique mais quand même, avec l' [association d'aide aux soignants libéraux]. Moi, y a au moins un interne qui a un suivi, enfin qui a été suivi par l'association [association d'aide aux soignants libéraux] pendant au moins un an de son internat.

D'accord. Vous aviez des contacts et un suivi régulier ?

En fait, du coup, on... Moi je sais que je faisais des propositions, je lui disais : « Ben, il faut quand même que... que... La situation est compliquée pour toi, donc voilà un peu les possibilités que tu as, les gens vers qui tu peux te tourner, donc un médecin généraliste, un psychologue, un psychiatre, euh... et l'association [association d'aide aux soignants libéraux], ça peut peut-être être un moyen. » Et en fait, finalement, ben l'interne l'a appelée et tout le suivi a été fait via l'association, qui a accepté de suivre un interne, bien qu'officiellement c'est pas trop à qui se destine l'association, quoi ! C'est plutôt les médecins installés, quoi, normalement, je t'avoue ! Donc, voilà. Après, [...] avait le projet, on en a souvent discuté, de monter une espèce de... de cellule, enfin voilà, un parcours vraiment fléché avec les psychiatres du CHU de [...], qui seraient potentiellement les plus sensibilisés à... au statut de l'interne et à la formation de l'interne euh... pour essayer d'avoir un vrai réseau de prise en charge, que ces internes-là aient vraiment des noms à leur proposer, sur toutes les propositions qu'on peut faire, de prise en charge sur le plan psychologique.

D'accord. Ça, c'est en projet pour le moment ?

Ben, à ma connaissance, oui. On en avait souvent parlé et... et le problème je crois que c'est le temps qui lui a manqué et qui manque encore, pour monter ça. Mais effectivement ce serait extrêmement intéressant d'avoir un interlocuteur identifié, un peu plus formé, un peu plus sensible à la problématique de l'interne. En psychiatrie, ce serait... ce serait idéal.

D'accord. O.K. Je change un petit peu de thème, là. Est-ce que tu peux me dire comment vous adaptez pour ces internes-là, la... on va dire le travail sur les lieux de stage ? Qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, quelles sont les... les différentes modalités que vous pouvez utiliser pour que les stages se passent au mieux pour ces internes-là ?

Euh... Ben on fait des stages sur-mesure, clairement. Alors il y a eu plusieurs cas. Y a des internes qui... avaient déjà une ligne professionnelle théorique déjà tracée, parce qu'ils étaient déjà sur le plan privé fixés dans un lieu de la région, et ainsi de suite. Donc pour ces internes-là, il s'agissait de leur permettre de faire tous leurs stages dans ce coin-là. Auprès du coup de leur famille. Et à chaque fois, clairement, on prenait un petit peu la... entre guillemets, la direction des opérations pour proposer des médecins, soit des maîtres de stage ambulatoires quand il s'agissait de faire de

l'ambulatorie, ou de proposer des terrains de stage hospitaliers identifiés par le DMG et par [la structure] comme étant suffisamment à l'écoute et encadrants pour être... avoir une attitude un peu particulière et un peu plus encadrante avec ces internes-là.

D'accord. Et comment vous... Vous pouviez flécher ces stages spécifiquement ?

Ben du coup, on a une commission des dérogations...

Oui ?

Une commission des dérogations. C'est-à-dire que tous les semestres, y a un certain nombre d'internes qui font leur stage sur dérogation. Y a quatre raisons pour faire une dérogation à [...]. Quand on est inscrit dans un DESC, pour pouvoir faire le stage dans le cadre de sa maquette de DESC, donc en troisième année. Ensuite y a les internes qui ont un projet professionnel bien établi, donc c'est leur permettre de faire leur dernier ou leur avant-dernier stage dans le cabinet où ils vont s'installer.

D'accord.

Ensuite on a les internes qui ont signé un CESP...

D'accord.

Pour les mêmes raisons. Pour qu'ils puissent faire des stages dans les zones où ils ont signé, les zones éligibles. Et enfin, le dernier motif s'appelle « autres motifs », pour demander une dérogation. Et donc dans ces « autres motifs », y a tous les internes qui sont en difficulté sur le plan psychologique, psychiatrique, euh... et aussi des fois sur le plan somatique. Puisqu'il y a aussi des internes qui ont eu des ennuis de santé euh... organiques, avec des maladies un peu dures. Donc pareil, là, c'était plus pour orienter, pour que leur prise en charge sur le plan médical puisse être faite sans trop de difficultés, par rapport à leurs stages, quoi !

D'accord. Donc vous avez prévu ces situations de fléchage...

C'est ça. En fait, du coup, on faisait interne par interne. Donc il y a ceux où vraiment, là, on organisait tout. (*Elle tousse*) Et il y en a... et il y en a qu'on sentait un petit peu plus autonomes, entre guillemets, et donc pour qui on disait : « On pourrait faire ça, on te laisse lire les évaluations de stage, nous dire lesquels, dans ce que tu ressens dans les évaluations de stage, pourraient t'aller... »

D'accord.

Nous on disait aussi : « Ben du coup... », surtout le DMG : « Ben moi je connais les maîtres de stage, donc oui il y a pas de souci, effectivement ils seront bien encadrants avec toi ! »

D'accord.

Ou : « Non, peut-être que là, il vaut mieux entre ces deux-là, il vaut mieux que tu choisisses celui-là ! » Et donc là, il y eu plusieurs possibilités aussi, puisque ils se devaient d'informer les maîtres de stage. Qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires. Donc soit l'interne se le sentait, et on le laissait prendre contact avec le maître de stage, et l'informer de sa situation un petit peu particulière. Soit l'interne ne se sentait pas, et auquel cas c'était le département de médecine générale qui contactait le maître de stage, qui expliquait la situation de l'interne...

D'accord

... avant son arrivée, et le fait que du coup, leur stage n'allait pas être leur choix de stage, mais du coup être pris par le biais d'une commission de dérogation par un interne en situation un peu particulière.

D'accord. O.K.

Voilà.

Est-ce que éventuellement il y a des possibilités à [...] de surnombre, pour raison médicale ?

(Silence) Alors... Le surnombre réglementairement... est réservé aux femmes enceintes le jour des choix ou en congé maternité.

Oui.

Donc ce terme-là n'est pas utilisé. Je sais que par exemple, pour certains internes, euh... pour qui il fallait valider des stages hospitaliers... Clairement, le plus souvent, les internes en difficulté, on les a aidés avec des stages ambulatoires. Euh... Donc on a eu beaucoup plus de situations où il a fallu informer des maîtres de stage ambulatoires que des maîtres de stage hospitaliers.

D'accord.

Mais ça nous est quand même arrivé pour les problématiques, ben, de valider une maquette, hein ! Un stage aux urgences, on peut pas le faire ailleurs qu'à l'hôpital. Comme le stage au CHU... Même si certains, on leur a dérogé le stage au CHU. Mais certains, on a pu leur faire un stage au CHU un peu particulier. Et euh... du coup j'ai perdu mon idée...

Oui, tu me disais, pour les surnombres à l'hôpital, vous avez pu...

Oui, c'est ça. Comme on fait un petit peu à la carte via la commission des dérogations, ça nous est arrivé de nous dire : « Ben, ce stage officiellement il tourne bien avec trois internes. On va laisser trois internes aux choix, et on va rajouter le quatrième interne via la commission des dérogations. »

D'accord.

Donc c'était un surnombre au sens propre du terme, pas au sens réglementaire. Voilà, ça nous est arrivé de le faire, et d'adapter un petit peu comme ça.

Et après, ça pose pas de problème au niveau de l'ARS ? Parce qu'au final, les postes, c'est quand même aussi eux qui choisissent un peu, non ?

Ben euh... L'ARS, pour ce qui concerne le volume que gère la médecine générale, n'est pas tellement regardante à partir du moment où on joue le jeu qu'il y ait des internes partout. De toute manière, on en a tellement que... on pourrait pas faire autrement.

D'accord.

Et donc... et je pense que l'ARS, clairement c'est comme ça que je le ressens, l'ARS est soulagée que ce volume d'internes de médecine générale soit géré bien. Même si c'est presque individuellement pour certains, alors que dans d'autres DES, où ils se trouvent avec des promos de vingt, euh... il y a pas ce suivi particulier des internes, quoi ! Donc l'ARS euh... enfin, fait entièrement confiance aux décisions qui sont prises par le département de médecine générale et le coordonnateur du DES, en disant : « Je sais qu'ils maîtrisent bien mieux le sujet que moi, et que du coup ils ont fait au mieux ! »

D'accord.

De la même manière, les affaires médicales du CHU, même si du coup les internes ne vont pas au CHU, ne râlent pas après ça, quoi.

D'accord.

Parce que... on joue le jeu. Et si un interne peut faire le CHU, même dans un stage un peu... on va dire protégé, il le fera. Mais si on juge qu'il peut pas le faire, et ben on lui fera pas faire et euh... c'est une bonne chose pour tous, quoi.

Donc il vous est arrivé de faire sauter des stages au CHU ?

Ah oui ! Oui. Oui.

O.K. Donc il y a quand même une grande flexibilité [...] sur l'adaptabilité des stages, j'ai l'impression, quoi.

Hum. Oui. En considérant, je suis partie de l'hypothèse que l'interne décidait de choisir en médecine générale. De rester en médecine générale. Il y en a aussi un certain nombre qui... qui du coup faisaient le choix de ne pas rester en médecine générale, et faisaient donc des droits au remords pour aller dans d'autres spécialités euh... Là, je peux pas... j'peux pas dire, mais en tout cas qui leur paraissaient à eux plus protégées et plus adaptées à leurs désirs de vie professionnelle.

D'accord. Donc vous avez eu...

Donc ces internes-là, du coup, on les perd de vue.

D'accord. Mais ces internes qui éventuellement... Parce que parfois, les droits au remords, par rapport au classement, sont pas possibles. Est-ce qu'il vous arrive comme ça, de... effectivement de jouer un peu avec la législation aussi, ou c'était des spécialités qui étaient plus faciles à obtenir ?

Euh... Non. Enfin... C'était souvent je pense des spécialités qui étaient plus faciles à obtenir, et je crois pas que... alors non, on n'a pas eu le cas d'interne qui aurait voulu faire une autre spécialité qui ne lui était pas disponible.

D'accord.

Donc je sais pas si on se serait... J'ai du mal à croire qu'on aurait réussi à s'arranger avec la législation sur ce... sur ce point-là.

D'accord. O.K.

Parce que... parce qu'après, c'est quand même la porte ouverte à beaucoup d'autres choses, et je pense qu'on va pas jouer à ce jeu-là.

D'accord. Tu m'as parlé des stages hospitaliers. À un moment, tu as parlé aussi des stages d'urgences. Euh... Pour ces terrains de stage, y a des choses un peu prévues, possibles ?

Tu veux dire par rapport à... ?

J'aurais tendance à dire pour adapter un petit peu le terrain de stage. Est-ce que vous avez éventuellement utilisé par exemple ce levier des dérogations, pour flécher vers un stage d'urgences qui est connu comme étant un peu plus...

Ah, oui, clairement. Ah oui, clairement ! Clairement. Y a des stages aux urgences qui sont plus « cocooning » que d'autres. Et y a des stages où la charge de travail, au delà de l'aspect vraiment « encadrement » de l'équipe médicale, y a aussi des urgences qui ont moins d'activité que d'autres, et donc ce qui fait que la... les journées se passent de manière plus tranquille et sans trop de pression, même s'il y a toujours des jours, quelles que soient les urgences, où il y a beaucoup d'urgences et que c'est un petit peu la pression.

D'accord.

Et donc, euh... Ces stages-là sont connus, en priorité pour les internes un petit peu en difficulté. Y a aussi beaucoup d'internes qui sont... Après souvent, les internes en difficulté sont des internes qui... ben vivent très mal les gardes. Il se trouve qu'on a quelques terrains d'urgences où il n'y a pas de garde.

Ouais...

Donc c'est des terrains de stage privilégiés pour ces internes, quoi !

D'accord.

Alors après, spontanément, les internes qui n'aiment pas les gardes, qui ne sont pas à l'aise du tout avec ça, quand leur classement le permet, prennent ces terrains de stage-là. Euh... Enfin, *a posteriori*, y a des internes pour qui on a appris que ça allait pas trop sur le plan psychologique... des fois un an et demi après leur stage aux urgences. Et quand on regarde la maquette qu'ils ont effectuée, euh... clairement ils se sont choisis des terrains de stage pour que ce soit des terrains de stage où on savait que l'équipe médicale était plus encadrante, c'était écrit noir sur blanc sur les évaluations de stage, et où la charge de travail n'était pas trop importante, permettant un travail un petit peu plus serein.

Ouais.

Quand ils ont le classement qui leur permet d'avoir le choix, clairement, ils le font.

Spontanément, ils se tournent vers ces stages-là.

Ouais. Ouais. Ouais.

D'accord. O.K. Par rapport au... à l'adaptation des terrains de stage, on a fait le tour, t'as l'impression, ou tu aurais d'autres choses éventuellement à ajouter ?

(Silence) Nnnnnnon. Je crois qu'on a fait le tour.

D'accord. Est-ce que tu sais s'il y a éventuellement aussi des possibilités d'adaptation, mais vis-à-vis des obligations universitaires, les traces d'apprentissage, ce genre de choses ?

Alors c'est vrai que du coup, je parle des internes qui par définition n'ont pas encore fini leur cursus. Je sais pas trop où ils en sont de leurs obligations universitaires. Je sais que quand même, euh... le fait que du coup, ils aient des stages un petit peu plus sur-mesure, fait que du coup, il y a un encadrement par le maître de stage plus... plus privilégié, et on demande aux maîtres de stage d'utiliser les traces d'apprentissage universitaires comme aussi sources de formation et de remise en confiance, un petit peu. « Tu vois, tu t'es posé cette question là-dessus, ben c'est très intéressant. Tu vas chercher la réponse, et profites-en pour le valoriser en validant telle trace d'apprentissage, ce serait intéressant. »

D'accord.

Donc je pense globalement, ce sont des internes qui feront toutes leurs traces d'apprentissage, parce que ça sera... ça fera partie de la... remise en confiance.

D'accord. Il y a un suivi un petit peu plus rapproché qui permet de, d'encadrer ces traces et qu'elles soient faites dans de bonnes conditions.

Ben oui ! Là où un interne lambda, ça va dépendre vraiment de son maître de stage, y en a qui vont lui dire : « Ah, ben ça tu vois, ça, ce serait intéressant qu'on fasse une trace d'apprentissage. » Et puis ça s'arrêtera là. Euh... ou qui parlera jamais... qui fera jamais le lien entre : « T'as vu que je t'ai posé plein de questions ? Tu pourrais en faire une trace d'apprentissage ! » Ben là, c'est vraiment euh... On cherche à, (*rires*) on rebondit sur chaque situation que rencontre l'interne et on lui met vraiment en évidence que ça vaut le coup qu'il en fasse une trace d'apprentissage. Et on l'encourage à le faire, et on l'aide à la rédiger s'il le faut. Et ainsi de suite, quoi. Ça fait vraiment partie de la prise en charge... globale, si j'ose dire. Donc je pense que les traces d'apprentissage pour ces internes-là, elles seront toutes faites. Ça posera pas de souci.

D'accord.

J'ai pas eu l'expérience de savoir si certains ne les avaient pas toutes faites, et comment ça a été adapté dans ce contexte-là. Je sais qu'il y a des internes qui les avaient pas toutes faites, mais c'était pas pour des raisons psychologiques, quoi ! Mais pour d'autres raisons... donc forcément, ça n'a pas été toléré.

Pardon ? J'ai pas entendu.

Je sais qu'il y a des internes qui n'avaient pas fait toutes leurs traces d'apprentissage, mais c'était pas pour des raisons psychologiques ou psychiatriques. C'était plus pour des raisons de flemme, clairement. Donc forcément ça n'a pas été toléré.

Donc ces internes-là, eux, on leur impose de faire six mois supplémentaires ou un an supplémentaire pour valider leurs traces.

Ben, ça dépend ce qui manque, mais oui.

D'accord. O.K. J'ai bien noté le suivi très rapproché par [la structure] des internes en difficulté. Est-ce que tu sais si ces internes-là, pour lesquels on intervient par exemple sur le fléchage ou ce genre de choses, sont de la même façon, suivis de façon un petit peu rapprochée par le référent [...] ou quelqu'un du DMG ?

Oui, clairement oui ! En fait, toutes les deux, (rires) on formait un binôme et on... Ça dépendait vraiment des internes. Y a des internes qui visiblement étaient plus à l'aise pour discuter avec [...] et puis d'autres, c'était peut-être potentiellement moi. Euh... donc du coup, en fait, on se tenait toujours au courant des nouvelles qu'on avait.

D'accord.

On se faisait clairement suivre les mails. Et comme ça, on se... ben voilà. Et des fois, je lui disais : « Là, je vais te renvoyer la... je renvoie l'interne vers toi parce que, finalement, là y a des choses qui vont pas, enfin y a des choses qu'on peut améliorer », enfin voilà. Et donc on essayait de travailler conjointement et qu'on s'adapte un peu à chaque interne, laquelle des deux interlocutrices il était le plus à l'aise. Euh... mais on se tenait toujours au courant et on essayait aussi de maintenir, nous, quand même, un lien avec l'interne qui était potentiellement entre guillemets suivi par l'autre. De manière à ce que vraiment, s'il y ait quoi que ce soit, on puisse euh... on était encore dans le suivi toutes les deux, quoi !

D'accord. Est-ce que, à un moment ou à un autre, s'est posée quand même la question du problème du secret médical ? Comment vous avez géré ça ?

(Silence) Oui... Oui. (Silence) Enfin, je pense qu'il y a des choses que je ne sais pas et que [...] sait. Je sais qu'il y a des choses que je sais et qu'elle ne sait pas.

D'accord.

Même si c'est pas tellement moi en tant que médecin, enfin c'est d'ailleurs pas du tout à moi en tant que médecin, que les internes m'ont confié certaines choses, mais euh... elle, elle est plus ambivalente sur son rôle, de fait.

Ouais.

Donc elle, la question se pose vraiment pour elle. Euh... Pour moi, y a des choses où les internes, je comprenais bien que ça mettait du temps à sortir et qu'ils ne voulaient pas que ce soit dit, donc... je ne lui disais pas. Je les encourageais à le lui dire, mais je... je ne l'ai pas dit.

Après, est-ce que tu sais si les gens du DMG sont jamais sortis de leurs rôles d'enseignants et de pédagogues ? Ils n'intervenaient pas par exemple pour faire des arrêts de travail ou ce genre de chose ?

Non. En tout cas, le Dr [...] s'y refuse.

Donc quelque part, quand même, il y a une volonté de rester...

Alors, elle a la volonté. Après, elle est, de fait, dans une position difficile. Enfin, je sais qu'une fois on en avait discuté, elle m'a dit : « Mais des fois, j'ai quand même l'impression d'être en consultation, quoi ! »

Oui, il y a une certaine ambivalence, effectivement !

Enfin, de fait, quoi ! Effectivement, elle fait ce qu'elle pourrait faire avec un patient qu'elle verrait dans son cabinet, quoi ! Y a des choses sur lesquelles elle peut pas être uniquement l'enseignante,

euh... (*rires*) la casquette d'enseignante, quoi ! Elle est quand même... elle est avant tout médecin, et habituée à... à gérer ce genre de situations-là en tant que médecin généraliste et médecin traitant de ses patients.

D'accord.

C'est forcément plus difficile de vraiment découper les deux, quoi ! Elle dit toujours qu'elle essaie de renvoyer vers d'autres interlocuteurs, mais... en pratique, c'est pas aussi évident que ça, quoi ! Elle a quand même la double casquette. Elle a quand même la double casquette.

Tout à fait. D'accord. Euh... Est-ce que vous avez eu à gérer des situations, à [la structure], où s'est vraiment posée la question d'une inaptitude définitive à la médecine générale ou à la médecine tout court ?

Alors euh... (*Silence prolongé*) On s'est posé la question pour un interne qui se posait la question.

Ouais.

Et qui a d'ailleurs abandonné les études de médecine en général. Euh... et qui s'est complètement réorienté dans une autre branche. Là. Après, sur les mandats précédents, à ma connaissance, non.

Et tout à l'heure, tu as évoqué les perdus de vue, vous en avez à chaque mandat, un peu ? Des gens qui peut-être ne vous préviennent pas d'ailleurs...

Alors, ceux qui font des remords, clairement, on n'a pas de nouvelle !

D'accord.

Euh... Et après, y en a, j'avais beau envoyer des petits mails « bon, je viens aux nouvelles. Comment tu vas ? Où tu en es ? » ou des choses comme ça, et bien des fois il en fallait trois avant que j'ai des nouvelles et c'était hyper succinct, donc je sentais que clairement euh... je sortais de mon rôle. Genre : « Au départ, j'étais content de parler avec toi, j'étais contente de parler avec toi. Maintenant, non. Clairement, ne viens plus m'embêter ! » Donc en tout cas, côté [structure], mon devoir s'arrêtait là, quoi ! J'allais pas contre leur volonté.

D'accord.

Et après je ne sais pas si côté DMG il y a eu ces cas-là, ou si du fait de la position du département de médecine générale, les internes quand même donnent des retours... Je sais pas.

D'accord. O.K. Bon, pour finir, j'aimerais juste te demander un petit peu, si t'avais eu [...] plus de temps peut-être, ou plus de moyens, ou plus de ressources humaines, est-ce que tu penses qu'il y aurait des mesures importantes à mettre en œuvre pour euh... pour sensibiliser, pour dépister, pour prendre en charge ces internes-là ?

Euh... Clairement il faut que toutes les associations soient plus sensibilisées à ça. Même nous... En fait, je crois qu'il y a eu, pour en avoir discuté avec la [fonction dans le DMG], il me semble qu'il y a eu quelque chose d'un peu particulier qui s'est passé entre [...] et moi, c'est-à-dire que toutes les deux, on était sensible à ce sujet-là, et donc du coup, ce qui fait qu'on a été un binôme qui a beaucoup marché. Et je sais que ça m'est arrivé de lui dire...

(*Quelqu'un frappe*) Alors attends, je te coupe un instant, parce que j'ai quelqu'un qui frappe, hein. Désolé.

Vas-y...

Oui ? (*Bruits de porte qui s'ouvre*) Je suis en entretien (*en murmurant*). C'est bon (*bruits de porte qui se referme*). C'est bon, excuse-moi, [...].

Aucun souci. Je disais, du coup on a été un binôme qui a vraiment fonctionné, et il m'est arrivé de dire à [...] : « Mais euh, mais c'est moi, ou je les attire (*rires*), les situations à problèmes ? » Et je me rappelle très bien de sa réponse : « Mais tu sais, [...], je crois que t'es juste une oreille attentive, et donc les gens le ressentent, et donc se confient à toi ! » Donc ce qui fait qu'on a eu... enfin, moi j'ai

eu le sentiment, en tout cas par rapport au mandat précédent, d'avoir eu plein de situations un peu délicates comme ça à gérer, euh... Mais ben il semblerait que ce soit peut-être plus par ma personnalité qui fait que... et ma sensibilité sur ce sujet-là, qui fait qu'on a découvert toutes ces situations-là.

Ouais.

Donc il y a cet aspect-là où on pourra jamais faire... Enfin voilà ! Chaque... chaque... président [de structure], et chaque membre [de structure] a sa personnalité et on peut pas, on peut pas dire : « T'as pas la sensibilité, tu peux pas le faire ! » Mais du coup, je pense qu'il faudrait vraiment que les gens qui auraient pas cette sensibilité-là, on les sensibilise un minimum, pour que cette porte reste ouverte, et que dans les... que quand il se pose la question « mais à qui je pourrais en parler ? », et bien que [la structure], ça fasse partie des noms qui sortent, quoi !

D'accord.

Des idées qui sortent, quoi ! Ça je pense que c'est vraiment important. De la même manière, je pense qu'il y a des départements de médecine générale qui sont pas du tout sensibilisés et c'est... et c'est un manque. Ben parce que si t'as une association ou un syndicat qui est sensibilisé, mais que derrière ton département de médecine générale s'en fout, euh... ben là nous on va pas pouvoir faire grand-chose, quoi !

Ouais.

Ça, il faut vraiment qu'il y ait un partenariat ! Donc c'est bien que [la structure] soit sensibilisée, parce que je pense que pour certains internes, c'est plus facile de parler avec un autre interne, que de parler avec l'entité « département de médecine générale » !

Ouais...

Mais euh... mais si les deux ne sont pas sensibles, et ben en fait, tu limites beaucoup tes propositions de solutions et d'aides que tu as, quoi ! Donc c'est quand même un peu de perte ! Et pour allier ça, il y a quand même un troisième interlocuteur qui doit être le plus sensible, ce sont les maîtres de stage.

Ouais.

Et là je pense que c'est l'endroit où l'on a le... enfin le plus de travail à faire, euh... Je sais que [...] et [...] euh... insistaient beaucoup à chaque fois qu'on rencontrait des maîtres de stage sur ces points-là ! Mais je pense que ça suffit encore pas.

D'accord.

Parce que... euh... En fait, on en revient toujours à la même chose ! Y a des maîtres de stage qui ont une personnalité qui font que de base, ils sont plus sensibles à ce sujet-là et d'autres ils le sont pas ! Euh... Et donc du coup, on se retrouve des fois dans des situations où euh... les maîtres de stage disent : « Ben non, mais en fait, j'ai jamais rien vu ! » J'dis : « Mais est-ce que... », quand on pousse un peu et qu'on dit : « Mais est-ce que tu connaissais un peu ton interne ? », et bien on se rend compte qu'il y avait aucun lien qui se faisait avec l'interne ! Donc forcément, l'interne laissait rien transparaître...

Ouais...

... et on passait à côté de situations un peu... Donc c'est en ce sens-là qu'en tout cas le département de médecine générale ici à [...] essaie d'insister en disant : « Essayez de... de quand même... nouer un minimum de liens avec votre interne », pour que ce soit aussi... enfin, pour que ça reste aussi une possibilité de... de... enfin, voilà, d'écouter ! De personnes ressources qui peuvent nous aider, quoi ! Donc euh... Et alors, ça peut être le maître de stage, mais ça peut aussi être le maître de stage en tant que tuteur !

D'accord.

Et donc maintenant qu'on a [...] réunions tutorées par semestre obligatoires, une au début, une au milieu, une à la fin, ils essaient de faire en sorte que vraiment il y ait un... enfin de donner comme mot d'ordre aux tuteurs que... il y ait vraiment un moment où c'est : « Bon, tu en es où ? Comment se passe ton stage ? Comment tu vas ? T'as un copain ? T'as une copine ? Enfin, t'as une vie privée ? Ça se passe bien ? » Enfin, essayer un petit peu de... de dépister, entre guillemets, en tout cas de montrer à l'interne qu'on s'intéresse à l'interne, et pas qu'à... comment dire... Qu'on s'intéresse à l'être humain dans son ensemble et pas qu'à son statut d'interne !

D'accord. Et as-tu l'impression que...

Mais ça, ça prendra du temps !

C'est ? Pardon ?

Ça, ça prendra du temps, parce que... les... J'ai l'expérience qu'il y a un maître de stage, euh... Tout à l'heure je t'ai parlé qu'il y a un maître de stage qui m'a alertée, et un tuteur. Il se trouve que c'est la même personne.

Oui ?

Mais parce que du coup il avait déjà rencontré une situation comme ça, il a été plus sensible en tant que tuteur. Et donc voilà. Et donc on a le sentiment que presque, finalement, il faudrait que tous soient vraiment confrontés à un interne en difficulté pour réussir à gagner cette sensibilité. Donc il va falloir beaucoup de temps, de travail avant que ce soit spontané et on souhaite quand même pas à tous les maîtres de stage de rencontrer un interne en difficulté pour ensui...

Bien sûr. Bien sûr. Et puis comme tu dis, tous les maîtres de stage et tous les tuteurs ne sont pas sensibles. Et est-ce que tu penses que ce système de tutorat, avec notamment cette... cette fonction à laquelle on voudrait que les tuteurs adhèrent, est-ce que tu penses que c'est viable avec l'inflation du nombre d'internes et donc du nombre de tuteurs et donc du nombre d'internes par tuteur, aussi ?

Aaaah... (Elle soupire) Je saurais pas te répondre si c'est viable ou pas. Mais... je vais te répondre de manière utopique : Il faut que ça le soit ! Parce que... Justement parce que ce nombre d'internes augmente, on n'est pas en mesure d'être attentif à... Enfin voilà ! Mine de rien, on a [...] internes qui sont en médecine générale à [...], c'est énorme ! Ni [la structure] ni le DMG ne peuvent avoir un œil sur chacun des internes. Et donc si les interlocuteurs du quotidien de ces internes-là ne sont pas sensibilisés, il est évident qu'on va passer à côté de plein de situations.

D'accord. Ouais, tout à fait.

Donc... donc à mon sens euh... il faut que ce soit viable. Je sais pas si ça le sera ou pas, mais... en fait c'est indispensable, sinon... euh... ben sinon on passera à côté de, de... de beaucoup d'internes en grande difficulté et je trouve que, le but est quand même d'en dépister le plus tôt possible pour pouvoir être plus attentif et plus préventif, voilà ! Et éviter que les situations euh... arrivent à des arrêts de travail, avec des fois des situations du coup financières compliquées, quoi !

D'accord. Je rebondis, c'est un truc que tu m'as dit tout à l'heure, je voulais revenir avant dessus mais j'y ai plus pensé. Tu m'as dit, un des dénominateurs communs, c'était que tous ces internes-là avaient déjà des soucis auparavant. Est-ce que tu penses qu'on pourrait faire quelque chose donc « auparavant », pendant le deuxième cycle ?

Ah ben, externe ?! Ça me paraît évident ! Moi je... J'ai été étonnée que pour tous, euh... à force d'en discuter avec eux, y a toujours un moment où ils me disaient : « Mais tu vois, externe, euh... c'était déjà un peu le cas. Là, j'avais fait ça... parce que je voulais éviter ça. J'ai eu un moment où je dormais plus la nuit... J'ai voulu arrêter... » Enfin, tous ! (Elle rit) Donc je me dis, mais... euh... En fait, ce qui me dit qu'encore plus, à quel point tout le monde doit être attentif, parce que ça veut dire qu'ils arrivent internes avec ce bagage-là, mais que en amont avec les associations des externes, avec les... les scolarités... Enfin, je sais pas comment ça peut s'organiser, mais c'est obligé ! Y a des choses à faire plus tôt ! Après on le sait, moi dans mon expérience d'externe, que... que c'est extrêmement compliqué parce que les externes sont... une espèce de masse dans un terrain de stage, euh... que le fait d'être en stage hospitalier et dans un CHU, y a donc dans le service quatre externes, deux internes, un FFI, euh... trois étudiants infirmiers, enfin voilà, c'est

très étudiant ! Finalement, personne n'est très attentif à l'externe en lui-même, en tout cas en tant que... Les seniors sont très encadrants, enfin essaient d'être encadrants pour les internes, mais ceux qui encadrent vraiment les externes, ce sont les internes !

Oui.

À mon sens et de mon expérience, il est là le fond du problème, mais je n'ai pas de solution ! Parce que ben... c'est comme ça parce que les seniors... n'ont pas le temps !

Mmm...

Donc... Et des fois, quand ils ont le temps et qu'ils ont remarqué des choses, ils ne vont pas jusqu'au bout et même les... ils ferment les yeux !

Ouais...

Enfin, moi, d'expérience, j'ai été externe à [...] et j'ai été interne à [...], euh... les gens... Y a des gens que j'ai connu externe à [...], qui ont dégoupillé une fois internes, mais externes, on le savait déjà ! Mais euh... et les terrains de stage ne disaient rien ! Donc il y a un moment donné où aussi, c'est un peu notre devoir à tous, si jamais, par chance, quelqu'un dépiste une telle situation, de réussir à trouver un moyen de le signaler pour proposer quelque chose ! Parce qu'en fait je pense qu'aussi, si c'est habituel, c'est parce que potentiellement on n'a pas l'impression qu'il y ait beaucoup de solutions à proposer. Et que donc on se dit : « Tant pis, c'est plus mon boulot ! Dans 15 jours, il est plus dans mon terrain de stage ! »

Ouais.

Et on a même eu l'expérience nous à [...], dans ma promotion d'externe, ben d'une co-externe qui était en difficulté. On a voulu... signaler son cas parce qu'on était vraiment tous inquiets. On l'a signalée au Doyen. On l'a signalée au médecin de l'université et au médecin du travail de... du CHU. Le médecin de l'université et le médecin du travail se sont renvoyés la balle. Celui de l'université disant : « Vous dépendez de la médecine du travail du CHU ! », et le médecin du travail du CHU disant : « Vous dépendez de la médecine universitaire ! » Oui, bon, ben en même temps, en attendant, cette externe était en difficulté, O.K. ! Et le Doyen m'a clairement... enfin... Il essayait d'agir mais il était coincé. Il maîtrisait pas...

Il savait pas quoi faire.

Ben oui ! Donc du coup, je me dis qu'il est évident qu'il faudrait anticiper, mais euh... prévenir toutes ces situations ou en tout cas les dépister, mais il faudrait surtout qu'on sache qu'est-ce qu'on peut leur proposer !

Mmm...

Et... Alors maintenant, je suis un peu trop vieille par rapport à l'externat, mais là comme ça, en tout cas de mon expérience quand j'étais externe, on n'avait visiblement rien à leur proposer.

Ouais. Mais il y avait peut-être pas non plus à l'époque de... comment dire... de prise de conscience ? Ne serait-ce que le fait qu'il y en ait une...

Peut-être.

Ne serait-ce que ça, ça pourrait permettre de sensibiliser via l'association des étudiants, ce genre de choses ?

Ouais. Ah, oui, oui ! Peut-être que ça... que ça sera un moyen de sensibiliser, de se poser autour de... enfin, d'avoir une réflexion, de mieux... « Bon, très bien, on va essayer de plus dépister, et donc maintenant qu'est-ce qu'on leur propose quand on dépiste un externe qui est en difficulté ? »

Ouais.

Mais il y a vraiment une réflexion globale. Si on s'arrête à la réflexion « on essaie de plus dépister », mais qu'on sait pas ce qu'on leur propose derrière, euh... on a fait la moitié du travail, quoi ! De la même manière, si on a trouvé que leur proposer, mais qu'on n'a pas trouvé comment les dépister euh... et alerter... on a toujours pas réglé le problème, quoi ! Et donc, ça continuera, avoir ces externes qui vont passer de stage en stage, et... Ils le disent, hein ! Moi de l'expérience que j'ai eu quand ils étaient internes, ils me disaient : « Ben, oui, y en a qui sentaient que ça allait pas trop, mais finalement ils ont rien dit ! Donc après, on passe au stage d'après. » Les stages sont finalement assez courts, c'est deux à trois mois. Donc euh... « Bon ben voilà, ça y est, il est parti ! Et puis on verra bien, quoi ! »

Ouais.

Et des fois, d'ailleurs, ça se prolonge pendant l'internat. Où des médecins ont plus ou moins senti qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas, mais ne l'ont pas signalé. Ils ont aidé l'interne sur le moment présent, c'est-à-dire en lui disant : « Bon là tu prends une semaine de congés, tu t'arrêtes, euh... tu vas te reposer, tu vas retrouver ta famille... » et cetera, mais se sont arrêtés à ça !

Mmm...

Donc... Y a vraiment à mon sens un travail à faire euh... du départ de nos études, alors que la deuxième année, parce qu'en première année, enfin quoi que... Là, y aurait potentiellement aussi beaucoup de choses à faire... Mais de la deuxième année jusqu'à l'internat, on a... beaucoup de travail de sensibilisation et de réflexion globale à avoir sur... « Comment on peut aider ? Qu'est-ce qu'on peut améliorer ? Qu'est-ce qu'on peut proposer ? »

Mmm... Un enseignement à mettre en place ?

Peut-être... Effectivement, ça me paraît extrêmement intéressant.

(Silence) Bon, je te remercie. Je crois qu'on a fait le tour.

Ben, écoute, de rien !

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 9

Allô ?

Oui ?

Allô ? Bonjour !

Oui ? Bonjour ! Dr [...] ?

Oui, c'est moi !

Oui, bonjour ! David Cléménçon, on devait... je devais vous rappeler aujourd'hui vers 15 heures, c'est ça, hein ? C'est toujours bon ?

Oui, absolument, oui.

D'accord. Alors, donc je vous recontacte dans le cadre de ma thèse. Alors, on a essayé de faire les choses de façon un petit peu officielle, dans la mesure où on avait peut-être un projet de publication avec [...].

Oui.

Voilà.

Oui.

Donc on a f... donc il y a une déclaration à la CNIL... alors j... Vous avez eu le temps de jeter un petit œil aux documents que je vous ai envoyés, ou pas ?

Oui, oui. Oui, oui.

Donc du coup, je ne vous refais pas le script habituel que j'ai fait par rap... vis-à-vis de la CNIL, que je présente un petit peu, où je présente la thèse, et les... les...

Oui, oui, bien sûr...

... on va dire les données obligatoires, et puis... et puis je vais attaquer un petit peu plus rapidement avec vous. Je vous demanderai dans la mesure du...

Oui. Par contre, ce qui m'a...

Oui ?

... ce qui m'a étonnée, c'est que ça soit une... C'est une thèse qualitative, et vous êtes tout seul ? Normalement, il faut deux chercheurs ! Pour une thèse qualitative.

Alors, effectivement. Alors...

Pour trianguler les...

Alors effectivement, quand j'ai démarré cette thèse... Ma directrice de thèse est une jeune directrice de thèse qui n'avait jamais fait de qualitatif. Euh... Et effectivement, cette obligation-là a été mise en place à Toulouse, moi j'ai fait mon internat à Toulouse, a été mise en place à Toulouse après... après qu'on ait démarré... la thèse. Du coup, sur la triangulation des codages, c'est [...] qui font une partie de la... du codage, pour qu'on ait une triangulation du codage. Voilà.

D'accord. Très bien.

Voilà. Mais c'est moi qui fais tous les entretiens, en revanche.

D'accord. D'accord. Et donc ça sera triangulé par [...] ?

Tout à fait. C'est ce qui est prévu.

D'accord. D'accord, très bien.

Donc euh... pour commencer, je vous demanderai juste si vous pouvez me donner votre fonction au sein du DMG.

Je suis [...] du DMG.

D'accord. Je vais vous demander votre âge.

J'ai [...] ans.

D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire, actuellement, approximativement, le nombre d'internes qui sont inscrits dans le DES toutes promotions confondues ?

Oh... [...].

[...]. D'accord. Combien êtes-vous de membres... d'enseignants, pardon, universitaires et associés à [...] ?

(Elle soupire) Très peu. On est [...] professeurs.

Ouais.

Euh... (elle soupire puis compte à voix basse) [...] maîtres de conférences associés. Donc [...] professeurs associés, [...] maîtres de conférence associés, et [...] chefs de clinique associés.

Oui...

Euh, non ! Un chef de clinique universitaire et [...] chefs de clinique.

D'accord. O.K.

Voilà.

Et si on tient compte, à peu près... vous avez combien de médecins généralistes qui sont chargés d'enseignements, en... en plus ?

(Elle soupire) Très peu... Une poignée. Je sais pas, une demi-douzaine, je dirais.

Ah oui ? D'accord. O.K. Ouais, vous êtes pas, effectivement, pas les mieux lotis sur le territoire, oui...

Non. Non... Non, non. Et en l'occurrence, on n'a aucun titulaire, hein !

Oui, en plus, de surcroît. Mais j'ai cru entendre que c'était en cours, peut-être *(rires)* ?

Oui, oui, c'est en cours, mais pour l'instant, c'est pas *(rires)* !

D'accord. Alors... donc, effectivement, j'ai cru comprendre que c'était vous qui gériez un peu plus ces problématiques-là, des internes qui avaient un petit peu des difficultés, sur [...]. J'aurais une question...

Oui, enfin conjointement avec le chef du département. En fait.

Et du coup, ma question...

J'dirais que c'est plus moi en terme d'accompagnement, et plus lui en terme d'administration.

D'accord. Alors... j'ai l'habitude de commencer mes entretiens en demandant un petit peu, d'une manière globale ce que les interlocuteurs euh... comment les interlocuteurs qualifieraient un petit peu la santé globalement, des internes de médecine générale dans leur... dans leur faculté ?

(Elle souffle puis rit) C'est compliqué... C'est compliqué, parce que c'est vrai que nous voyons en entretien essentiellement des gens en grande difficulté. Je pense que si on se fie à... si on se fie à la population générale, c'est-à-dire celle qu'on voit en validation de cursus, globalement les internes vont plutôt bien, je dirais.

Mmm... Ouais.

Globalement, les internes sont plutôt heureux de leur internat à [...], heureux de leur qualité de vie et de ce qui leur est... proposé. Et euh... mais après, ben il y a des gens en grande difficulté... Après, j'ai pas d'élément de comparaison en terme de pourcentage par rapport à ailleurs, quoi.

D'accord.

Mais c'est vrai que... en validation de cursus, on voit plutôt des gens d'aplomb et bien dans leur peau.

D'accord. Et alors, concernant ces internes effectivement en difficulté ou en situation d'échec que vous pouvez rencontrer, est-ce que vous auriez, globalement, une... un ordre de fréquence, on va dire ?

(Elle tousse)

Par an, vous en voyez combien ?

(Silence) Alors... En grande difficulté psychique, je dirais... Je sais pas... (elle soupire) Une demi-douzaine par an. Six par an.

Ouais.

Des gens qui... Voilà. Des gens qui passent par des arrêts de travail, par des... des choses comme ça... Après, des gens qui sont sur des déséquilibres euh... passagers, qui ont des évaluations... Parce que, c'est pas pareil la difficulté psychique et puis l'échec professionnel ! Vous mettez tout dans le même...

En fait, on a voulu... on a voulu avoir une... Alors, je ne m'adresse pas à la pédagogue aujourd'hui, ni à l'enseignante *(rires)*.

Oui.

Mais effectivement, on a voulu avoir une démarche très globale, pour pas euh... pour ne pas exclure du champ de recherche...

(Tonalités) (Coupure brutale de la communication nécessitant de rappeler le secrétariat de la personne interviewée, puis la personne directement sur son portable)

Oui, donc je disais, l'objectif du travail était vraiment de n'exclure personne, de pas se concentrer uniquement sur les internes qui avaient des situations de burn out, ou des gens qui avaient un syndrome dépressif réactionnel léger lié à...

Oui ?

...à une raison X ou Y qui était pas forcément professionnelle, de ne pas exclure aussi les gens qui à un moment déclarent une... déclarent un trouble psychotique, parce qu'ils ont l'âge, parce que ça survient à cet âge-là. C'était justement de... de prendre l'ensemble de ces situations-là...

Mmm...

... qui, de manière très globale, mettent les DMG, les associations d'internes, les syndicats d'internes, toujours dans de grosses difficultés de prise en charge. Voilà, donc c'était de n'exclure personne, et c'était

de... Après, voilà, effectivement, c'est globalement... le retentissement majeur, c'est effectivement que ça trouble les études, la situation... le cadre universitaire, les stages... Donc, c'est vrai qu'on a mis beaucoup de choses dans le... dans le... dans le paquet ! Et donc effectivement, ce trouble... ce... ce terme de troubles psychiques, c'était vraiment, voilà : un trouble de la santé mentale, telle qu'elle est... telle qu'elle est définie par l'OMS, définition qui effectivement est très très large. Je suis d'accord avec vous.

Oui.

Voilà.

Oui. Voilà. Alors euh... Voilà. Moi je dirais, voilà, une demi-douzaine par an de gens dans de grosses difficultés, diverses, que ce soit versant dépressif ou psychotique. Et puis après par l'intermédiaire de... Oh la la ! Oui, ça sonne sur plein de... Allô ? Vous êtes toujours là ?

Oui, je suis toujours là.

Voilà. Bon, ça sonne sur plein de lignes à la fois, mais tant pis. Les gens vont attendre. Après, par l'intermédiaire du tutorat... Parce qu'en fait, je suis aussi en charge du tutorat. Par l'intermédiaire du tutorat et des interrogations des tuteurs qui viennent vers moi, euh... je saurais pas chiffrer, mais... un nombre important de gens qui ont des... des baisses de régime...

Oui...

Je sais pas... Encore, je sais pas, une quinzaine par semestre !

D'accord.

De gens qui ont des... Voilà, qui ont des questions sur leur orientation, qui ont... Pas forcément jusqu'à des arrêts de travail, hein, des gens qui ont besoin de... Voilà.

Oui, oui, tout à fait. D'accord, d'accord. Donc... et donc, je rebondis sur ce que vous venez de me dire. Les tuteurs vous contactent ? Donc globalement...

Oui.

... vous êtes la personne qui est identifiée, référente, et tout le monde sait que c'est vous qu'il faut contacter pour ces problématiques-là ?

Voilà, absolument. Absolument.

D'accord. Est-ce que... Vous m'avez parlé du repérage par les tuteurs, est-ce qu'il y a d'autres modes de signalement ?

Oui !

Lesquels ?

Oui, alors y a des gens... En fait, y a des gens qui me sont adressés par le directeur du DMG, parce que en fait, les gens le contactent lui pour des problèmes administratifs. C'est-à-dire : « Qu'est-ce qu'il se passe si je m'arrête... longtemps ? Qu'est-ce qui se passe... si je prends pas mon poste ? » et cetera. Et donc il me les... Lui répond à ces... à ces interrogations-là, et suit ces choses-là. Et il m'adresse les gens euh... sur le plan plus pédagogique et plus accompagnement, j'ai envie de dire.

D'accord.

Donc ça, c'est un deuxième mode d'entrée. Le troisième mode d'entrée, c'est les maîtres de stage.

Oui.

Donc il y a des MSU qui me sollicitent... ou qui sollicitent [...] donc le directeur du DMG... parce que des gens sont pas venus en stage... Là, encore, ce semestre, voilà, c'est ça, on a deux personnes... deux internes qui n'ont pas pris leur poste.

Mmm...

Les arrêts de travail ne sont pas transmis par les affaires médicales. Donc ça c'est vraiment un gros gros dysfonctionnement que nous nous attachons à essayer de... d'identifier, mais donc euh... Et si les MSU nous sollicitent pas, ben on peut passer à côté ! Pendant des semaines !

Bien sûr ! Bien sûr !

Euh... Voilà.

Est-ce qu'il arrive que vous ayez des internes qui, soit vous contactent directement, soit qui passent par l'association ?

Non, pas qui passent par l'association. Quand ils passent par l'association euh... euh... c'est réglé à l'interne, j'ai envie de dire. Les... les internes ne nous sont pas adressés par l'association.

D'accord.

Non.

Vous avez pas de ... vous avez pas de relation avec... avec [nom de l'association], pour ne pas la citer ?

Si si ! On a beaucoup de relations avec [nom de l'association], mais... Si si si ! On travaille très très bien avec [nom de l'association], sur plein de plans, sur le plan logistique, sur le plan pédagogique.

Oui.

Mais... Enfin, c'est mon interprétation, je sais pas ce qu'elle vaut, j'ai l'impression que [nom de l'association] cherche... justement ou pas justement, à protéger ces gens qui sont en difficulté, à ce que ça n'arrive pas jusqu'à nous. Enfin, c'est peut-être que de l'interprétation de ma part, j'en sais rien. Mais en tout cas, c'est pas [nom de l'association] qui nous adresse ces gens-là. Voilà.

D'accord.

Sauf pour des problèmes administratifs, justement.

D'accord.

Mais sur le plan de l'accompagnement, ils vont plutôt gérer ça à l'interne.

D'accord. Et est-ce que vous avez pu avoir l'impression, par rapport justement à des situations que vous, vous avez pu rencontrer, qu'il y avait des gens justement qui avaient temporisé, qui avaient... parce qu'ils n'osaient pas vous appeler, par peur des répercussions X ou Y ? Et c'est peut-être ces gens-là effectivement qui contactent [...] en premier justement pour pas avoir à faire à vous ?

Peut-être. J'ai pas de nom... Peut-être. C'est pas impossible. C'est pas impossible.

D'accord. D'accord.

C'est pas impossible que des gens se disent : « Il risque d'y avoir des conséquences sur ma scolarité, et donc je m'y prends pas comme ça. » Après, j'ai pas de moyen de savoir si c'est vrai. Mais en tout cas, ça me paraît plausible avec le fonctionnement de certains internes, ça.

D'accord. Alors vous m'avez expliqué un petit peu qu'il y a en gros deux types de situations. Des gens en très grande difficulté pour lesquels il y avait des pathologies identifiées, des arrêts de travail et cetera, d'une part ; et puis d'autre part, des... des gens pour des situations on va dire un peu plus... *light*, où les choses se passent différemment. Est-ce que vous pourriez me décrire un petit peu, les démarches que vous avez, pour prendre en charge, pour encadrer ces internes dans les deux situations ?

Alors... La première situation, où des gens... viennent nous exposer des problèmes de santé graves, c'est de les inciter « extrêmement fermement » (*elle accentue ces deux mots*) à consulter un

professionnel de santé. C'est quelque chose qui est complexe. Parce que nous sommes tous professionnels de santé, et on a tendance à... à faire euh... à avoir envie de faire un diagnostic et proposer une prise en charge, et on est très très attentifs à ne pas faire ça.

Oui.

Et à dire aux gens qu'ils doivent consulter... qu'ils doivent consulter en dehors de leur famille, qu'ils doivent consulter un professionnel de santé indépendant, et qu'ils doivent se faire suivre tout à fait sérieusement. Et parfois, c'est déjà en cours. Parfois, certains internes arrivent à nous alors que c'est déjà en cours.

Mmm...

Et parfois, non ! Parfois, c'est nous qui provoquons ça.

D'accord.

Euh... Je pense que... comme un interne, c'est déjà un médecin, et... comme tous les médecins, ils imaginent qu'ils peuvent s'en sortir tout seul, s'en tirer tout seul, et qu'ils ont pas besoin de ça, et euh... et vraiment une grosse part de notre travail, c'est de leur dire : « Vous avez un problème de santé, vous devez vous faire soigner ! »

D'accord.

Donc c'est vraiment un préalable important. Après, bon, les gens font ou font pas. C'est euh... voilà. On fait aussi... on met en garde les MSU et les tuteurs contre le risque de se poser en thérapeute.

Oui...

C'est-à-dire, on leur dit : « Attention à pas dérapier là-dessus ! Bien sûr, être bienveillant, avoir une écoute bienveillante vis-à-vis de ces gens en souffrance, évidemment, comme tout être humain le ferait ! Mais attention, pas une écoute thérapeutique ! Vous êtes leurs pédagogues, vous êtes leurs enseignants ! Il faut pas mélanger. » Et je pense que c'est une très grosse difficulté, ça ! Donc nous, enfin, moi je fais très attention à vraiment mettre en garde les tuteurs et les MSU.

D'accord. Et ça, c'est quelque chose que vous faites à l'occasion des DU de maîtres de stage, par exemple ? Cette mise en garde ?

Exactement. Et puis quand les gens me... m'alertent ! Quand les gens m'appellent en me disant : « Voilà, je voudrais te parler de telle personne » et tout, je renouvelle cette mise en garde. Systématiquement !

Pour dire : « C'est pas toi qui fais l'arrêt de travail ! C'est pas toi qui fais la thérapie, et tu réorientes ! »

Exactement ! Exactement ! « Toi, ben t'as une écoute bienveillance comme tout être humain se doit vis-à-vis d'un pair, et puis après, tu donnes ton avis sur le plan pédagogique... ton avis de tuteur ou ton avis de MSU... et tu orientes sur le plan pédagogique. » Mais la thérapie, ça se passe ailleurs et ces jeunes malades, puisque là on parle des gens en grande difficulté, ont droit à un environnement de soins normal !

D'accord.

Pas... comme ça, entre deux portes... voilà.

Bien sûr. Vous m'avez dit, il vous arrive d'orienter un petit peu la prise en charge médicale. Vous avez des personnes, des référents à qui vous, éventuellement, vous faites appel dans ces cas-là ?

Oui, ça arrive, effectivement. Ça arrive qu'ils nous demandent des coordonnées, qu'on leur en donne. Effectivement. Ça arrive.

D'accord.

Mais toujours... jamais de façon exclusive, comme on fait avec les patients, en disant... en donnant plusieurs noms, plusieurs adresses... jamais de façon exclusive, mais ça arrive que... on donne des coordonnées, effectivement.

D'accord. Y a pas une filière organisée, par exemple, qui pourrait l'être avec la psychiatrie au CHU, ou quelque chose comme ça ?

Non, pas du tout. Y a pas une filière organisée. Par contre, il nous arrive de solliciter la médecine du travail.

Oui.

En particulier quand il y a des... des demandes particulières avec des mi-temps thérapeutiques, des choses comme ça... qui sur le plan administratif demandent de passer par la commission administrative ad hoc. Là, on fait passer par la médecine du travail, et là on a une écoute très très bienveillante du chef de service de médecine du travail vis-à-vis de ça, quand on a besoin de lui.

D'accord.

C'est... c'est rare, ça, je dirais que c'est pas plus d'une fois par an. Mais on est bien content de l'avoir.

D'accord. Vous m'avez dit, la commission médicale... ?

Oui. Vous savez, quand on a besoin d'orienter... un choix de stage...

Oui ?

Administrativement, ça... Ou de demander un mi-temps thérapeutique, ça passe par la commission médicale.

D'accord. Du CHU ?

Du CHU, oui. Puisque de toute façon, tous les internes, de fait, leur employeur est le CHU.

Oui. D'accord.

Voilà.

Non, c'est vrai que cette problématique-là du mi-temps thérapeutique, c'est quelque chose qui est, je pense, au niveau national, très peu utilisé... et très peu connu, même. Pour les internes.

Alors c'est rare, hein ! C'est rare, mais ça peut rendre des services. Pour des internes qui veulent retourner au travail. Alors c'est pas... c'est souvent pas des gens qui vont valider, hein ! Bien sûr !

Bien sûr !

Mais il y a des gens qui peuvent avoir besoin de retourner au travail, pour se remettre dans l'emploi. Et puis de la même façon, cette commission peut flécher un... un... peut flécher un choix... pour un interne qui en aurait besoin.

D'accord. Pour un choix ultérieur, il y a possibilité du coup de flécher un stage spécifiquement, antérieurement au choix ?

Voilà, c'est ça. Alors, c'est une mesure exceptionnelle, mais c'est quelque chose qui est possible.

D'accord. Et c'est quelque chose qui passe par le biais de la médecine du travail ?

Voilà. Il faut avoir sollicité la médecine du travail pour pouvoir solliciter cette commission.

D'accord. Très bien. Je voulais savoir, par rapport à... toujours un petit peu au repérage de ces internes-là, est-ce que vous avez une démarche on va dire de sensibilisation des internes, par exemple lors de l'accueil, sur... qui contacter, quelles précautions prendre euh... voilà, ce genre de choses ?

Alors... Certainement insuffisamment. Alors, déjà la journée d'accueil n'est pas faite par nous mais par [nom de l'association], en fait.

D'accord.

La journée d'accueil, c'est une journée qui est avant la prise de fonction. Donc elle a lieu avant le... le premier novembre, concrètement, hein, voilà. Elle a lieu avant la prise de fonction donc elle est par définition facultative. Puisqu'on peut pas rendre quelque chose obligatoire avant la prise de fonction. De fait, beaucoup d'internes sont présents, hein ! Et c'est donc [...] qui l'organise. Alors nous intervenons à la demande de [...] bien entendu, qui nous demande de faire des interventions plutôt techniques sur de l'organisationnel et cetera. Et je sais que [...] parle de l'épuisement professionnel à cette occasion-là. Et puis nous, on en parle au moment de... d'un séminaire qui s'appelle [...].

D'accord.

C'est un a... c'est un atelier qui a lieu au mois de novembre... en général la troisième semaine de novembre. Un séminaire obligatoire pour internes de première année de DES.

D'accord.

Et c'est... Donc y a [...] ateliers. Alors (*elle souffle*), y a... y a des choses, y a un atelier communication, y a un atelier sur le plan des traces d'apprentissage, et puis y a un atelier qui présente le tutorat, en fait.

D'accord.

Et dans le cadre du tutorat, on explique que ça fait partie des fonctions du tuteur d'être un soutien... dans les situations de difficultés... diverses. Y compris psychiques, donc.

D'accord.

Alors après, on est conscient que... c'est probablement insuffisant, on vient d'ailleurs d'y avoir... une thèse, là, qui vient d'être soutenue la semaine dernière sur le sujet de l'épuisement professionnel avec des *focus groups* d'internes qui proposent des solutions et qui disent bien que... que on est encore insuffisant au niveau du tutorat mais... Voilà. Et puis alors un autre lieu où ces choses-là sont parlées... Alors, je sais pas si ça répond à votre question ? Non, peut-être pas... mais ça fait rien, je vais le dire quand même. C'est les groupes, les [nom du groupe]. Donc on fait des... des... Ça s'appelle des GEAP ailleurs, hein, c'est des groupes d'analyse de pratiques, des groupes d'échange de pratiques, et c'est vraiment un lieu où se parlent les difficultés type épuisement professionnel, type... anxiété, et cetera. Et il peut arriver qu'un directeur de [nom du groupe]...

Oui ?

... signale, à la suite de ça, ou simplement signale que les choses se règlent à l'interne aussi, au sein du [nom du groupe], où les choses sont parlées, et cetera. C'est d'ailleurs une des fonctions du [nom du groupe].

D'accord. O.K. Très bien. Donc effectivement, il y a cette possibilité-là aussi, tout à fait.

Oui.

Donc vous m'avez parlé un petit peu, pour les internes, la démarche que vous aviez pour... la possibilité des fléchages, et cetera. Vous avez un suivi... on va dire personnalisé un petit peu de ces internes-là ? Vous les revoyez en entretien ? Comme ça se passe, ça ?

Oui, oui, absolument ! Non seulement je les revois en entretien, mais je les appelle euh, je les... Voyez, hier, on a eu une réunion du DMG, on a une de ces jeunes femmes, là, qui est vraiment dans

de très très très grosses difficultés. Avec le directeur, on s'est dit : « Bon, ben toi, tu l'as eu à quelle date ? Ah, ben oui, ça fait déjà un petit moment. O.K., donc on l'appelle dans la semaine. » Ce sont des gens envers qui on fait un suivi rapproché.

D'accord. Pédagogiquement...

Oui... Enfin, c'est à mi-chemin entre pédagogique et lui dire qu'on est là, et qu'on la lâche pas, quoi ! C'est un peu... c'est un peu les deux, quoi ! C'est-à-dire que la préoccupation est de savoir où elle en est pour ses... pour ses études, mais aussi de l'assurer de notre soutien !

Mmm...

Pédagogique et administratif, et que... voilà.

D'accord. Vous m'avez parlé des possibilités de fléchage, donc si j'ai bien compris qui passent par la commission...

Oui.

... après sollicitation de la médecine du travail.

Oui.

Est-ce que vous savez si la médecine du travail intervient à un autre moment euh... pour les internes de médecine générale à [...] ?

Euh... Pas à ma connaissance. Pas à ma connaissance. Mais peut-être que j'ai tort. Je sais pas, est-ce qu'ils ont une visite systématique... en début de DES ? J'ai pas l'impression.

Est-ce que vous avez la notion...

Pas à ma connaissance.

Est-ce que vous avez la notion qu'il existe... qu'il y a quand même un certificat médical d'aptitude aux fonctions d'interne, qui est préalable normalement à la prise des fonctions ?

Oui ! Absolument ! Mais je pense pas qu'elle soit faite par la médecine du travail !

D'accord. O.K.

Enfin, peut-être que je me trompe, hein ! Je... je sais pas.

Mais vous avez pas la notion en tout cas que ce soit le cas ?

J'ai pas l'impression, non. J'ai pas cette notion-là. Mais encore une fois, c'est peut-être une erreur de ma part.

D'accord. Vous m'avez parlé de la possibilité donc de ce fléchage. Est-ce que il y a d'autres modalités pour éventuellement, soit... soit faciliter l'accès à un stage pour un interne qui serait en difficulté, soit pour adapter on va dire les conditions en stage, que ce soit au niveau hospitalier ou ambulatoire ?

Alors... Pas vraiment, hors cette commission, en fait. Parce que euh... tout ça est extrêmement subjectif. Quels sont les internes qui en auraient besoin, plus besoin que d'autres ? C'est pas forcément les internes qui en ont le plus besoin qui sollicitent le plus. Et si on commence, nous, de notre propre chef, à dire : « Il faut adapter, il faut fléchiser un choix, il faut adapter le rythme de travail et cetera » euh... c'est la porte ouverte à toutes les fenêtres (*rires*), j'ai envie de dire ! Donc le fait qu'il y ait vraiment une dérogation au choix, une adaptation administrative, passe vraiment par quelqu'un d'extérieur au DMG.

D'accord.

Ce qui ne nous empêche pas, euh... parfois, d'appeler un MSU pour le prévenir de certaines choses. Par exemple, l'année dernière, on a eu une jeune femme qui a eu une chirurgie... une chirurgie [...]. Ben, on a prévenu le MSU qu'elle allait probablement être fatiguée, euh...

D'accord.

Voilà, des choses comme ça. Mais euh... c'était... c'était plus en terme d'humanité (rires), j'ai envie de dire, que de réellement, de chose officielle. Voilà.

Oui. D'accord. Et au niveau des stages hospitaliers, c'est la même chose ? Est-ce qu'éventuellement, lors des entretiens que vous avez avec certains internes, comme potentiellement vous connaissez les terrains de stage, il vous arrive de dire : « Ben, va peut-être plutôt à tel endroit plutôt qu'à tel autre ! », mais c'est...

Ah, oui ! Ça, totalement ! Conseiller...

Mais c'est pas quelque chose qui en tout cas, est aménageable par un fléchage spécifique, quoi ?

Non, non non. Ça, y a aucun moyen... y a aucun moyen ! Personne ne peut déroger au choix ! Y a aucun moyen de déroger au choix, hein ! Et aux modalités du choix !

Ben, y a la législation et puis y a les organisations locales, je peux vous l'assurer...

Oui... Mais euh... ouais. Enfin... Nous, il y avait à [...], pendant longtemps, quelque chose qui s'appelait la liste [...]. Qui était une liste de gens présentant soit des problèmes de santé, soit des situations familiales particulières... et euh, ces gens-là avaient une priorité géographique de choix. Et l'ARS nous a demandé de... nous a demandé de... d'arrêter ça ! En nous disant : « C'est illégal ! Vous faites ça depuis des années, mais c'est illégal ! » et l'ARS nous a demandé d'arrêter ça !

D'accord.

Alors, après... L'association, il leur arrive, pendant le choix, d'intervenir directement auprès d'un interne pour lui dire : « Ecoute, c'est la dernière place à tel endroit. Est-ce que tu veux pas la laisser pour telle personne ? », ou quelque chose comme ça, sur un plan vraiment officieux, de personne à personne, mais ça passe pas par le DMG, ça.

D'accord. Et donc, les situations de dérogations qui peuvent être demandées, c'est uniquement... ça rentre uniquement dans le cadre des DESC ou des CESP à [...] ?

Ah oui, oui ! C'est ça ! Les CESP, oui, oui.

Ou les... Parfois, pour les DESC éventuellement, il y a des dérogations qui sont demandées pour que quelqu'un puisse valider sa maquette pour un DESC particulier...

Oui, enfin c'est pas vraiment des dérogations. C'est des... des stages fléchés. C'est des stages fléchés mais qui intéressent personne d'autre, parce que... J'veux dire, la réanimation médicale, ça intéresse qu'un DESC d'urgence ! Enfin... Voilà, c'est pas... Ça prend pas la place de quelqu'un d'autre !

D'accord.

C'est des stages fléchés, oui. Ça, ça existe effectivement pour les DESC. Pour les CESP, absolument et pour les DESC, effectivement, il existe des stages fléchés. Et puis bon, y a les projets personnels, hein, évidemment ! Mais ça, on n'est pas dans un stage fléché. On est dans... le fonctionnement du projet personnel.

D'accord.

Et le projet personnel, il est pas adapté à quelqu'un en difficulté psychique. C'est un projet professionnel, réellement.

D'accord. O.K. Tout à l'heure, vous m'avez parlé de la commission médicale, donc par la médecine du travail.

Oui ?

Y a certains endroits où en fait, il y a des commissions médicales qui interviennent au niveau de l'ARS, pour discuter des situations d'aptitude professionnelle des médecins, qui peuvent être pas seulement des internes, mais parfois des médecins seniors. Ça, c'est quelque chose qui... avec lequel vous avez été amenés à fonctionner parfois, dans des situations, ou pas ?

Pas dans ma connaissance, non.

D'accord.

Mais je pense qu'on parle de la même, hein ! Je pense qu'on parle de la même commission, en fait.

Ben j'ai l'impression que ça change de nom en fonction des régions.

Je pense que c'est la même, sauf que nous, le mode d'entrée, c'est la médecine du travail, mais je pense qu'on parle de la même, hein.

Parce que il y a des endroits où on appelle ça le comité médical, y a des endroits où ils disent commission médicale. Y a des endroits où on a l'impression que ça se passe au niveau du CHU, y a d'autres endroits où on a l'impression que ça se passe au niveau de l'ARS donc au niveau régional. Donc sur un modèle inter-CHU, on va dire. Donc c'est... j'ai l'impression que c'est un petit peu variable selon les régions et selon les ARS, en fait.

D'accord.

Voilà. Du coup, je passe un peu à autre chose. Je voudrais savoir un petit peu comment vous gérez les situations où... pour lesquelles vous avez l'impression que la médecine générale ou la médecine tout court... euh... est compromise.

Ha ! Mmm...

Comment vous gérez ces situations-là ?

Euh... Alors... Sur le plan personnel (*rires*), ça me désespère ! Parce que je me dis que... que... que d'énergie ! Et que de temps perdu ! Voilà... Ça me désespère surtout quand... quand les choses sont très antérieures. C'est-à-dire quand la situation dure depuis des années et des années, et je me dis, on aurait bien pu agir en amont. Après, sur le plan pédagogique... on essaie le plus... Si on est dans de l'ordre de la psychose...

Oui ?

Ce qui est rare, hein, mais bon. C'est 1%. C'est quand même... Si on est dans le domaine de la psychose... avec de réels troubles du comportement, enfin bon, si on est dans le champ de la psychose euh... on va faire intervenir le comité médical pour déclarer une inaptitude.

Oui.

Je dirais que c'est le plus simple. Le plus compliqué, c'est la névrose grave, c'est la dépression chronicisée, avec des gens qui ont vraiment des euh... des arrêts à répétition, qui sont tout le temps un petit peu en limite... Où on se dit, ce sont des malades comme les autres, c'est pas plus empêchant d'exercer la médecine que d'avoir un cancer, heu, somme toute, hein, j'veux dire, ou une pathologie cardiaque. En soi, ça n'empêche pas d'exercer. En pratique, ça altère leurs relations pédagogiques, leurs relations aux patients, leur formation. Donc on essaie d'être le plus possible en soutien pendant leurs études, de leur dire de prendre des arrêts de travail autant qu'ils en ont besoin, quand ils ne sont pas en arrêt de travail de les soutenir sur le plan pédagogique pour euh... pour s'assurer qu'ils puissent remplir leurs obligations universitaires, valider leurs stages dans de bonnes conditions, pour voir... où ils en sont de leurs compétences. Et puis euh... et puis après, on peut simplement se dire que... Alors, en entretien, on leur dit : « Attention, il va peut-être falloir choisir un mode d'exercice de la médecine... où tu sois pas seul... L'ambulatoire, c'est pas adapté à

ton état de santé... » Enfin, on leur dit des choses comme ça. Après, c'est des malades comme les autres, c'est-à-dire qu'ils ont le droit de guérir aussi, hein !

Mais, bien sûr !

(Rires) Et voilà ! Ils ont le droit de guérir ! Et puis on en voit régulièrement qui s'en sortent ma foi fort bien ! Et qui, effectivement, vont peut-être pas bosser à plein temps, vont peut-être pas bosser dans un cabinet, vont peut-être pas... Mais qui trouvent un mode d'exercice de la médecine qui à la foi leur permet de gagner leur vie, et rend service à la société !

Mmm...

Donc voilà.

Vous en avez qui se sont réorientés vers des DESC ou des pratiques particulières...

Oui. Oui.

... voire même qui ont éventuellement fait un droit au remords vers d'autres spécialités ?

Alors... Je sais pas si les droits au remords, c'est... Y en a, des droits au remords, très régulièrement ? Y a un profil psychologique particulier « droit au remords » ? J'ai pas l'impression ! J'ai pas l'impression. Euh... *(Silence)* On a une attention particulière aux droits au remords entrants, hein. Ceux qui arrivent en médecine générale, c'est toujours moi qui les prends en tutorat. Je ne les confie jamais à d'autres tuteurs, c'est toujours moi qui les prends en tutorat parce que c'est souvent des gens qui ont beaucoup hésité, donc qui sont un peu fragilisés sur leur projet professionnel. Mais ce qui veut pas forcément dire troubles psychiques, même si il y en a. Oui, après y a des gens qui font des choix différents, qui vont faire de l'acupuncture, qui vont faire de la médecine thermale, qui vont faire des choses comme ça, qui vont leur permettre de pas être forcément en prise directe avec euh... avec la violence du quotidien d'un médecin généraliste, j'ai envie de dire.

Hum...

Mais pourquoi pas ! Mais pourquoi pas ! Après tout !

Oui.

J'veux dire, un médecin qui a qu'une main, il va pas faire des points de suture aux urgences, c'est pas pour autant qu'il est pas bon médecin.

Non, bien sûr *(rires)* !

Voilà *(rires)* !

Le problème, c'est plus ceux qui effectivement passent par le comité médical, où il y a une expertise donc tripartite, en principe...

Ouais.

... et ceux qui au final sont jugés inaptes, qu'est-ce qu'il en advient ?

Ben... Qu'est-ce qu'il en advient, je sais pas. Une fois qu'ils ont été jugés inaptes, j'imagine que... ils vont travailler dans un labo, ou... j'en sais rien. Sincèrement, je sais pas. C'est exceptionnel, hein !

Non, c'est exceptionnel ! Mais le problème étant qu'effectivement... à ma connaissance, je sais pas pour la vôtre, mais est-ce qu'il y a des passerelles ? Après 9 ans d'études ?

Non. Ben, je sais pas. Je sais pas. Ce que je sais simplement, c'est qu'il faudrait que tout le monde fasse son travail. Parce qu'on devient pas psychotique à vingt-huit ans, c'est pas vrai.

Oui.

On est psychotique depuis dix-huit, et c'est avant que ça aurait dû être dépisté.

Et alors, à ce propos, alors ? Est-ce que éventuellement si vous aviez, je sais pas, des moyens, du temps, du personnel, est-ce que vous pensez qu'il faudrait faire quelque chose et notamment peut-être au niveau du second cycle ?

Mais bien sûr ! Mais bien sûr ! Ces gens-là, quand on en parle aux gens du second cycle, ils les connaissaient déjà !

Oui.

Sauf que, bon an mal an, les gens ont réussi leurs examens, et puis voilà ! Et puis voilà ! Il ne s'est jamais rien passé !

(Silence.) Qu'est-ce qu'il faudrait faire ?

Et bien il faudrait que... les maîtres de stage du deuxième cycle, ou les pédagogues du deuxième cycle prennent leurs responsabilités et disent à ces gens : « Et bien écoute, on va demander une expertise, et on va demander à des gens compétents de dire si tu es apte à exercer ce métier. »

Oui.

Mais tout le monde s'en débarrasse, de ces... de ces... de ces étudiants. Et espère que c'est le suivant qui va faire le taf, hein ! La réalité, c'est ça !

Le problème étant aussi qu'à ce stade-là, alors qu'il est possible quelque part d'imposer peut-être une expertise à un interne, puisqu'effectivement il est employé par le CHU, euh... pour un externe qui a le statut purement étudiant, je sais pas si c'est possible.

Je ne sais pas.

D'avoir cette démarche là.

Je sais pas.

D'accord. O.K. *(Silence)* Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

Euh... Non... *(Silence)* Ce sont des internes qui demandent beaucoup de temps... et d'attention. Moi, ce sont des gens auxquels je m'attache énormément *(rires)*, c'est une grosse part de mon... de mon travail. Et... je... je pense que c'est de notre responsabilité pédagogique que de piloter vers un exercice... adapté à leur santé des gens dont on pense qu'ils sont aptes à soigner, même si c'est pas... comme nous, soignants dans nos cabinets. Voilà.

D'accord. Très bien.

Mais on passe 90% de notre temps sur 2% d'internes, hein ! Ça, c'est absolument évident. *(Rires.)*

D'où la question effectivement initiale de la santé des internes, qui je vous l'accorde est un peu biaisée, parce qu'effectivement ceux qu'on voit, c'est vraiment ceux qui vont pas bien.

Et oui.

Bon. Et bien je vous remercie. Je pourrais vous transmettre les résultats si vous le voulez.

J'aimerais bien, oui, merci.

Oui, bien sûr, y a pas de problème.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 10

(Tonalités)

Allô ?

Oui ?

Oui ?

C'est bon ? Alors, dis-moi, j'ai branché de quoi enregistrer. Le bon... le son est bon de ton côté ?

Ça va à peu près, ouais. C'est pas top mais ça va.

Ça va à peu près. O.K. D'accord. Alors on a... fait les choses de façon assez officielle pour cette thèse, on a fait une déclaration à la CNIL, la Commission nationale informatique et libertés. Donc j'ai un petit script à te lire...

Oui.

... pour des raison légales et puis après on attaque. Voilà.

Ça marche.

Alors donc... euh... moi, je suis interne à Toulouse. C'est un... une thèse qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques : quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc, avec ton accord, je vais enregistrer cette conversation. Tu peux bien sûr t'y opposer, refuser de répondre à toutes les questions que tu ne voudrais pas aborder. Euh... Si tu acceptes l'enregistrement, celle-ci... la conversation sera retranscrite et anonymisée. Les enregistrements seront conservés pour une durée de 3 mois maximum, le temps de la retranscription, et les verbatims anonymisés seront versés en annexe de la thèse. Donc sachant cela, es-tu toujours d'accord pour participer et pour être enregistrée ?

Pas de souci, oui.

O.K. Euh... donc dans le cadre de mon travail, j'ai du coup recueilli ton nom, ton prénom, ton genre, ton âge, ton statut, ta structure d'appartenance, ta fonction au sein de cette structure, l'adresse professionnelle [du type de structure], le numéro de téléphone à usage professionnel, et euh... le contexte spatio-temporel de cet entretien ainsi que ta voix bien entendu pour cette conversation. Euh... Tout cela sera supprimé dans un délai de quelques mois en pratique, ma soutenance étant le 15 octobre.

D'accord.

Du coup, les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse, et puis un troisième médecin qui nous aide pour le codage et l'analyse des entretiens. Et je te demanderai dans la mesure du possible de ne pas donner de données personnelles concernant les internes dont tu aurais pu te... t'occuper dans le cadre de ton... de ton mandat, voilà.

Mmm...

O.K. ?

O.K.

Alors, du coup, à [...], vous avez un statut... *(bruits de papiers)* de [statut de la structure] ? C'est exact ?

C'est exact.

O.K. Euh... dont toi, tu es la [...] actuelle ?

C'est exact.

O.K. Depuis quand ?

Depuis le [...].

O.K. Euh... je peux te demander ton âge, s'il te plaît ?

[...].

[...]. O.K. T'es en quelle... en quelle année, là ?

En [...] année, [...] semestre.

[...], O.K. Et là, actuellement, t'es à ton domicile, sur ton lieu de travail, de stage ? Comment ça se passe ? Quelle... ambiance sonore, c'est calme ?

Alors actuellement, je suis à mon domicile. C'est très calme.

D'accord.

Et sinon, je suis chez le prat', en ce moment.

O.K. Alors, je vais te demander le nom de l'université, à [...] ?

Euh... C'est l'Université [...], ou [...].

[...], d'accord. Y a [nombre de facultés] de médecine ?

[...].

[...]. O.K. Est-ce que tu peux me dire le nombre approximatif d'internes qui sont adhérents euh... à votre structure, toutes promotions confondues ?

[...].

[...]. Et le nombre d'internes qui sont inscrits dans le DES ?

[...].

D'accord.

Euh... [...].

D'accord. Vous avez un gros pourcentage d'internes qui sont inscrits chez vous, du coup.

Oui... On a seulement une dizaine d'internes qui sont pas... qui sont pas adhérents.

D'accord. Quand tu dis [...], est-ce que ça inclut les internes qui sont en attente de validation de leur... de soutenance de leur DES... ou de leur thèse ?

Non. C'est euh... uniquement ceux qui sont en cursus.

D'accord. Est-ce que tu sais combien sont en attente de thèse, à peu près ? Ou pas du tout ?

Euh... Alors là, honnêtement, j'ai pas idée. Je dirais... euh... *(elle souffle)* moins de 10.

D'accord. O.K. Est-ce que tu peux me dire, globalement, le nombre d'internes... enfin pardon, de membres actifs que vous êtes dans le bureau ou dans le conseil d'administration [du type de structure] ?

Euh... [...].

O.K. Très bien. Alors je vais commencer par une question assez globale.

Ouais.

Qu'est-ce que tu dirais de la santé globale, physique, mentale, des internes de médecine générale dans ta ville, si tu devais la qualifier, de ton point de vue de [...] ?

(Silence) C'est assez compliqué, hein, parce que... je pense qu'on a un certain biais, dans le sens où les internes qui vont vers nous, globalement, sont ceux qui ont des difficultés, hein. Ceux qui vont bien se tournent pas vers nous.

Ouais.

Donc globalement, je dirais que la santé est plutôt bonne, des internes. Ouais.

D'accord. Et donc effectivement, la question effectivement pose un biais, je suis d'accord avec toi, mais vous en recevez beaucoup, des internes, comme ça, qui ont des problèmes ?

Euh, non. Pas beaucoup. Qui arrivent jusqu'à nous, il n'y en a pas beaucoup.

D'accord.

Après, il y en a... Enfin, qui effectuent des vraies démarches avec nous, y en a très très peu... Et par contre, d'autres qui sont plus anonymisés dans le fait qu'ils ne soient pas très bien au cours de leur cursus, euh... même ça, c'est pas énorme.

D'accord. Vous avez des internes en bonne santé, à [...].

Je pense, oui ! (Rires.) Je pense. Je pense, on a des st... Enfin, on a quand même, par rapport aux internes parisiens, par exemple...

Oui ?

On n'a pas une pression comme eux ce qu'ils peuvent avoir... Oui, on a des lieux de stage qui sont plutôt protecteurs, je dirais.

D'accord. O.K. Sur ton mandat, globalement, tu dirais que tu as été confrontée à combien de... de situations d'internes qui étaient comme ça en difficulté ou... ou même en échec du fait de problématiques psychologiques ou psychiatriques ?

Qui sont... dont j'ai... dont je me suis occupée ? Trois.

Trois. D'accord.

Oui.

Et, en gros, à quels types de soucis tu as eu à faire ? Comment vous avez managé un petit peu ces situations-là ?

Euh... Alors y en a un, qui était manifestement... qui était en premier semestre, enfin en première année, qui était manifestement en situation d'échec plutôt personnel. Qui était dans un doute vis-à-vis de son orientation, mais je pense que c'était vraiment une problématique personnelle.

D'accord.

Donc celui-ci, je lui ai proposé notre aide [du type de structure], notre soutien. Euh... Voilà. J'ai dit qu'il y avait pas de souci. Je l'ai aidé dans son orientation, dans son choix de stage de 2^{ème} semestre, de façon à ce qu'il puisse choisir un terrain de stage qui puisse lui permettre de... d'avoir une prise en charge psychologique et psychiatrique euh... adaptée.

Mmm...

En pratique, il a choisi un terrain de stage dans lequel il ne se rend pas.

D'accord.

Voilà. (Silence) Voilà ce qu'on a fait pour lui. Et... globalement...

D'accord. Quand tu dis... quand tu dis qu'il ne s'y...

Pardon ?

Quand tu dis « il ne se rend pas en stage », c'est-à-dire ? Il est en arrêt ?

Euh... Il est en, disons, désaffectation de poste.

D'accord.

Il a été en arrêt maladie pendant plusieurs semaines, même presque... oui, au moins deux mois sur son stage précédent...

D'accord.

Et il a... Il était dans une problématique où il se disait : « Bon, ben je choisis pas de stage au prochain choix. Comme ça je peux me prendre en charge, machin... » Donc nous, on l'a orienté plutôt à choisir quand même un terrain pour avoir une protection sociale.

Ouais.

Voilà. Pour avoir un statut de travailleur, une protection sociale, et du coup il... il va pas en stage.

D'accord.

C'est un peu sur un... C'est un peu quelque chose qui a été vu à l'amiable.

D'accord. O.K.

Sans être en arrêt maladie, du coup. Donc il va invalider son stage, pour... pour défaut d'obligations de service. Voilà.

Ouais. D'accord. O.K. Ça, c'est un interne qui vous a contacté de lui-même ?

Euh... Est-ce que c'était lui qui nous avait contactés ? (Silence) Euh... Oui, c'est lui qui m'avait contactée. C'est lui qui m'avait contactée.

D'accord.

Ouais.

Et globalement, d'une manière générale, comment les... comment, pour ces internes en difficulté, comment vous les... dépistez, vous les détectez ? Comment arrivent-ils jusqu'à vous ?

En général, c'est plutôt du bouche-à-oreille, hein ! C'est-à-dire que bon, on sait que, ben, y a telle situation... En général, les situations, elles remontent à nous de... sur du bouche-à-oreille, parfois sur des... parfois sur des... des chefs, mais plus globalement depuis des internes. C'est-à-dire que tout... globalement, parmi les internes tout se sait, et donc les choses arrivent à nous, et donc nous après, euh... et ben on va vers les internes en leur disant « oui, ben... », qu'on est là si il y a besoin de les aider, quoi !

D'accord.

Plutôt dans ce sens-là.

Est-ce que vous avez une démarche ou des aménagements particuliers pour un petit peu prévenir ces situations-là ou pour les détecter ? Une démarche de prévention, une sensibilisation particulière ?

Non.

D'accord. Lors de l'accueil des internes non plus, par exemple ?

Ben lors de l'accueil des internes... on leur dit qu'on est là, qu'on est là pour eux. Que ce soit pour, ben pour les ho... s'occuper des stages, des machins, des trucs, mais qu'on est là pour eux aussi. C'est là où on essaie d'insister, en leur disant qu'on est là pour les aider quand il y a des problèmes, que ce soit en stage ou que ce soit... tout autre type de problèmes.

D'accord.

Donc c'est la seule démarche de prévention qu'on a, de... de dire que nous, on est là pour eux.

D'accord. Est-ce que, à [...], la médecine du travail intervient ? Ou la médecine universitaire ? À un moment ou à un autre ?

Oui, oui oui. La médecine du travail intervient de façon systématique dans la première année d'internat.

D'accord.

Pour tous les internes. On est tous convoqué.

Donc ça c'est quelque chose qui est formalisé complètement ? D'accord.

Ouais.

O.K. Et c'est à cette occasion qu'est rédigé le certificat d'aptitude, tu sais, aux fonctions d'internes, ou pas ?

Euh... Je crois que oui. De mémoire, sur mon propre... sur ma propre consultation, il me semble qu'ils avaient rédigé ce certificat, ouais.

D'accord. La médecine universitaire ?

Non.

Pas du tout.

Non.

D'accord. O.K. Du coup, on a parlé de... de la première situation que tu avais eu. Les autres situations auxquelles tu as pu être confrontée, comment ça s'est passé ?

Alors, y a une autre situation où c'était un interne... qui a été en difficulté dans son terrain de stage. Il était... aux urgences du CHU, ça a été très difficile pour lui, en terme de pression, et donc c'est dans ce cadre-là qu'il a été euh... mis en difficulté. C'était plus une mise en difficulté professionnelle.

D'accord.

Voilà. Ça s'est terminé pour lui par une invalidation, d'ailleurs.

D'accord.

Ensuite, la... le troisième interne auquel je pense... c'est euh... une personne qui est plus dans des difficultés d'ordre psychiatrique, je dirais.

Ouais.

Donc qui sont... qui sont préexistantes... et du coup, sur des problèmes de, je pense, de désadaptation. Moi je l'ai pas eu en consultation de psychiatrie, mais enfin, peut-être des troubles de l'ordre de troubles de la personnalité ou des troubles psychotiques.

Ouais.

Je pense qu'on est dans ce registre-là. Et donc... dès que cette interne a commencé, on a été alerté très rapidement par ses chefs. Donc cette interne a été interdite de garde.

Mmm...

Et donc, depuis... depuis maintenant deux ans, on est un petit peu à l'affût, de ce qui se passe... de ce qui se passe pour elle en stage. Euh... Tous ses stages ont été invalidés. Y a eu des expertises psychiatriques.

D'accord.

Voilà. Nous, au niveau de [la structure], on s'est beaucoup impliqué. Notamment pour la sécurité des patients, la sécurité de ses co-internes. Et on s'est retrouvé dans une situation d'échec, hein, pour elle.

D'accord. Mais du coup...

C'est-à-dire qu'on a...

Cette interne-là est toujours... toujours interne officiellement ? Elle continue son...

Ouais. Ouais.

... son DES malgré les invalidations ?

Oui. Malgré les invalidations. Malgré les écarts de conduite. On peut au moins parler d'écarts de conduite, puisqu'il y a eu jusqu'à des... des faits qui sont de l'ordre du judiciaire.

Ouais.

Donc cette interne est toujours... exerce toujours, ouais.

D'accord.

Y a un de ses stages qui a été validé, finalement. Et là actuellement, j'ai pas eu trop de retour sur... sur ce début de semestre.

Alors tu me dis qu'il y a... y a eu une intervention des... y a eu une expertise ?

Plusieurs.

Qui... Comment ça s'est passé ? Qui a demandé ça ? Comment ça se passe, tu sais un peu ou pas ?

Alors, c'était sur l'équipe... d'avant, pas sur notre mandat qu'il y a eu les expertises psychiatriques, c'était l'année dernière. Mais je crois que ça a été euh... sur la sollicitation de la médecine du travail de son CH de rattachement à l'époque.

Ouais.

Donc il y avait eu une expertise psychiatrique là-bas. Y a eu une... contre-expertise sollicitée par la médecine du travail à la fac, je crois... Enfin, la médecine du travail du CHU, sollicitée par la fac, je dirais par le doyen... par le doyen ou le DMG. Enfin je pense que c'est passé par ce biais-là.

Mmm...

Et... (Silence)

Et qui de toute évidence ont convenu qu'elle pouvait continuer d'exercer ?

Voilà ! Ouais ! Ils ont... ils ont décrété qu'elle était apte.

D'accord. Et du coup, cette-interne, là...

Sachant que le psychiatre dans son CH de rattachement a dit qu'elle était apte à travailler, mais pas apte à reprendre dans le service dans l'hôpital... où elle devait travailler.

D'accord. D'accord.

Donc il y avait... il y avait quand même une ambiguïté ! C'est-à-dire qu'il disait qu'il voulait bien qu'elle travaille, mais il voulait pas qu'elle travaille chez eux.

D'accord. Bon, y a quand même un gros... une grosse problématique, parce que cette interne-là, comme tu me dis, a validé un semestre sur tous ceux qu'elle a réalisés. Donc il y a un moment où elle va arriver au bout de ses années autorisées, et puis...

Ben... Écoute, moi je commence à en douter, parce que... parce que ben pour le moment, là, sur... Enfin là, visiblement, elle est quand même à peu près stabilisée. J pense qu'elle doit avoir... là, elle doit avoir un suivi, un traitement. Parce que j'ai pas eu d'écho à nouveau. Donc elle est peut-être à peu près stabilisée. Elle reste... elle reste inadaptée, ça c'est certain. Elle reste interdite de garde. Mais moi je l'ai vue récemment, elle avait l'air, bon, quand même plutôt stabilisée.

D'accord.

Mais par contre, sur le semestre [...], il y a eu des faits quand même assez graves ! Moi j'ai été en relation vraiment étroite avec le doyen de ma fac et... et le... et le DMG, pour essayer de trouver des solutions, pour convoquer... pour éventuellement invoquer des sanctions disciplinaires ou des choses comme ça. Et finalement, euh... faute d'éléments probants, on n'a pas pu réunir de commission ou rien du tout. Donc... on a dit que quelque part, tant qu'il n'y aurait pas de flagrant délit entre guillemets, y aurait rien de plus qui serait... Si tu veux, tant qu'y aurait pas un fait très grave...

Ouais ?

... Que rien ne serait intenté, quoi !

D'accord. O.K. Tu m'as parlé donc des situations d'invalidations de stage. Comment analysez-vous ces situations-là, indépendamment de cette interne-là, pour essayer de comprendre d'où vient l'invalidation, et éventuellement... ben dépister des problématiques de difficultés de l'interne ?

Ben, quand on est sur des problématiques d'invalidation, nous en général ça fait un petit peu tilt, hein ! Parce que quand même, c'est des situations qui sont rares !

Ouais.

Donc on... on se renseigne un minimum sur... sur les raisons de l'invalidation. Et si jamais... si jamais on voit qu'effectivement... Enfin oui, on creuse un petit peu plus.

D'accord. Et...

Nous, au titre... Pour [la structure], dans notre mission de protection de l'interne, en tout cas.

D'accord.

D'ailleurs, ça me fait penser que je me demande si ce n'était pas plutôt ça qui nous a fait nous rapprocher du premier, là, le premier cas que je t'ai parlé...

Ouais ?

... parce que c'est peut-être ça qui nous avait mis la puce à l'oreille, parce qu'on nous disait qu'il allait être invalidé, et donc... donc je sais plus si c'est moi qui suis allée vers lui, en lui demandant : « Ah, ben t'as été invalidé, j'ai eu écho que... » ou si c'est lui qui est venu. Je sais plus. Tu vois, je...

D'accord. Vous... vous êtes en relation avec le DMG sur ces... sur ces situations-là ?

Ouais.

D'accord. *(Silence)* O.K. Est-ce qu'il vous est arrivé, vous en tant que [structure], pour ces internes en difficulté, d'orienter d'une façon ou d'une autre, le... on va dire la... la prise en charge médicale ?

***(Silence)* Ben, nous c'est ce qu'on a essayé de faire avec le dernier cas dont je te parlais, qui est plus d'ordre psychiatrique. On a... on a essayé de renvoyer... Oui, oui, on a renvoyé vers des psychiatres, ouais.**

Et c'est vous directement qui avez dit à l'interne : « On te... on te prend rendez-vous ? » Comment ça s'est passé ?

Non, non ! On n'a pas pris de rendez-vous directement ! Il y a eu ces expertises psychiatriques qui ont débouché vers un suivi, après.

Oui. D'accord. Donc c'est pas [la structure] en [elle-même], en fait, qui est [intervenue].

Non. Non. Moi j'ai fait... c'est toujours des propositions que j'ai faites. C'est-à-dire j'ai proposé ce qui... j'ai dit ce qu'il était possible qu'on fasse. Alors... Oui, enfin, j'ai proposé, mais j'ai jamais imposé un rendez-vous, donc j'ai jamais pris un rendez-vous pour quelqu'un. J'ai pu proposer de le faire, mais pas plus.

Toi, tu as un suivi particulier, sur ces internes-là ? Tu les vois, tu les recontactes ? Comment ça se passe ?

J'essaie de prendre des nouvelles, ouais. J'essaie de prendre des nouvelles. Ben, par exemple, celui qui est en abandon de poste, là, je l'ai recontacté récemment, pour prendre de ses nouvelles et j'ai pas eu de réponse.

D'accord. O.K. Et est-ce que tu sais comment le DMG localement manage ces cas-là ?

(Silence)

Ils ont une personne particulière qui s'occupe un peu de ces problématiques ?

Non, pas à ma connaissance.

D'accord. O.K.

Non, non ! Y a pas de... y a pas de structure en place. Y a rien qui... y a rien qui est organisé. On fonctionne... on fonctionne sur du cas par cas, complètement. Y a rien qui est institutionnalisé. Si c'était la question.

O.K. Je te propose de changer un peu de sujet. Est-ce que tu sais ce qui est prévu pour éventuellement encadrer au mieux... les stages de ces internes qui ont des problèmes ? Est-ce que vous avez des mesures particulières ?

***(Silence)* Je sais pas. Je sais pas parce que je sais qu'on a aussi des internes qui sont... qui... Alors on a une interne qui est en attente de [type de traitement], et une autre qui a fait une [pathologie maligne].**

Oui ?

Et donc pour ces personnes-là qui ont des maladies entre guillemets somatiques, y a pas de... y avait pas d'aménagement particulier. Si tu veux, y avait pas de... reprise à mi-temps thérapeutique ou des choses comme ça. Mais c'était des aménagements... toujours des aménagements locaux, à l'amiable. C'est-à-dire que par exemple, pour celle qui est en attente de [type de traitement], euh...

et ben... voilà, ses chefs la libèrent quand c'est nécessaire. Et puis pour celle qui a fait sa [pathologie maligne], il y a eu un arrêt maladie prolongé, et depuis elle est en disponibilité.

D'accord. Euh...

Parce qu'on n'a pas trouvé de solution de... pour qu'elle puisse reprendre le travail.

Vous avez la possibilité éventuellement de flécher, de déroger certains stages, ou pas, pour des raisons médicales ?

De flécher des internes sur certains terrains de stage ?

Oui, par exemple.

Ah non ! C'est pas fait, non !

D'accord.

Non.

Donc en dehors des situations prévues par la loi, type les CESP ou ce genre de choses, c'est pas possible ?

Non.

D'accord. O.K. Et vous, en tant que [structure], ça ne vous est jamais arrivé d'avoir à intervenir directement auprès d'un chef de service ou des choses comme ça, pour... pour ben justement adapter le stage d'un interne qui irait pas bien ?

Non, pas sur mon mandat en tout cas, et puis parce que sur les situations dont je te parle, globalement, y a pas eu de problème avec les chefs. Et puis parce que aussi, par rapport aux choix de stages qu'ils pouvaient faire, même si il y a pas de fléchage officiel, nous on discute avec eux, à savoir... ben, à leur rang de classement, en fonction de ce qu'il leur reste, euh... on leur disait là où ça nous paraissait compatible qu'ils puissent être pris en charge sans que ça pose problème dans le service.

D'accord. Donc connaissant les terrains de stage, vous en discutez un petit peu auparavant pour que l'interne choisisse au mieux...

Oui...

... mais vous avez pas possibilité vraiment de réserver un stage pour un interne qui aurait ces problématiques-là.

Non, non non. Non non ! Et même nous, ça nous a posé... ça nous pose problème par rapport aux deux internes, celle qui a la [pathologie maligne] et l'autre qui a la maladie [d'organe], parce qu'on a sollicité l'ISNAR là-dessus, qui nous dit bien qu'effectivement y a pas... y a pas de... par exemple de... comment ça s'appelle ? Y a pas de surnombre ! Nous, on avait pensé à ça, à mettre ces internes-là en surnombre, euh... et en dehors de la situation de grossesse, on peut pas considérer que... on peut pas les mettre en surnombre.

En surnombre. D'accord. O.K. Au niveau des obligations universitaires de ces internes-là, est-ce qu'il y a des choses prévues ?

C'est-à-dire ?

Tu sais, les traces d'apprentissage, ce genre de choses ? Ben par exemple, si un interne se trouve en difficulté psychologique, qu'il prend du retard sur ses traces d'apprentissage, ses RSCA, ce genre de choses, est-ce qu'il y a une tolérance particulière ? Est-ce qu'il y a une adaptabilité des exigences universitaires, ou pas ?

Je crois pas qu'il y ait quelque chose de spécifique pour eux. On n'est pas, nous, à [...], sur un... On doit pas rendre les traces d'apprentissage par semestre. Donc globalement, si tu rends tout deux semaines avant la validation de ton DES euh... ben...

Ça passe !

Voilà ! Ça passe, et d'ailleurs, la plupart des internes, ils le font deux semaines avant... qu'ils soient en situation de difficulté, ou juste de fainéantise.

D'accord.

Donc y a pas d'adaptation.

D'accord. Y a une question que je t'ai pas posée, par rapport un petit peu éventuellement au repérage. Est-ce que, par le biais d'un tutorat et cetera, il arrive que vous découvriez des internes en difficulté ? Je sais pas si vous avez des tuteurs, à [...] ?

On a des tuteurs, on garde le même tuteur tout le long de notre internat. Donc c'est effectivement un des moyens possibles pour détecter... ouais, pour repérer ces internes.

Comment ça fonctionne ce tutorat ? Tu penses que ça marche bien, pour ça, en tout cas ?

Je pense que c'est... Oui, je pense que ça marche. J'ai pas de situation en tête où ce soit par ce biais-là qu'on ait repéré quelqu'un, mais c'est certain que ça marche ! Dans le sens où, pendant trois ans, tu vois le même, la même personne... au moins une fois par mois...

Ouais...

Disons une fois par mois... en groupe restreint. Cette personne qui fait partie du DMG, qui est donc dans le... dans le système universitaire, et donc... donc c'est forcément une... c'est forcément un... quelque chose qui est protecteur !

Y a une rencontre par mois avec les tuteurs ?

Ben euh... On fait nos groupes d'échange de pratiques, c'est à peu près une fois par mois. Y a des mois où on les a pas, mais... ouais, on peut considérer que c'est une fois par mois.

D'accord. C'est toujours la même personne, même quand vous êtes en stage loin, par exemple ?

Oui, oui oui. On a le même tuteur sur les trois ans, contrairement à Toulouse, où vous changez tous les semestres en fonction de votre lieu de stage. Nous c'est le même, et du coup, on centralise tout. Euh... Donc notre tuteur, on va le voir à [...], une fois par mois, quoi ! Une fois par mois, on est réuni, tous ensemble. Sur nos groupes d'échange, là, on est douze. On est dix, douze. Dix, douze internes. Donc... donc forcément, si il y en a un qui est pas bien... il est forcé de le voir, quoi !

D'accord. Alors j'ai presque terminé. Dis-moi, est-ce que tu... as déjà eu les situations d'internes que, de toute évidence, il allait falloir... orienter vers une autre pratique que la médecine générale, voire même une autre pratique que la médecine ? Est-ce que tu sais un petit peu comment ça se passe pour ces internes-là ?

Euh, je sais pas comment ça se passe pour ces internes-là, mais on se... on se pose sérieusement la question pour l'interne qui est en difficulté psychiatrique. Parce que... parce que on se demande si elle peut réellement poursuivre en médecine, et... si en médecine il ne faudrait pas qu'il y ait une adaptation de poste, une... une réorientation au sein d'une spécialité... ou une réorientation tout court.

Vous vous sentez comment, pour gérer cette situation-là ?

Clairement démunis ! Complètement.

Et dans les échanges de vous pouvez avoir, éventuellement tu me disais, avec le doyen, le DMG, tu ressens cette même... ces mêmes difficultés ?

Oui, oui ! Clairement ! On n'a pas de solution, le DMG non plus, ouais !

D'accord. O.K. Dis-moi, est-ce que tu penses... est-ce que tu as une idée, comme ça, des mesures qu'on pourrait mettre en œuvre pour dépister, pour prendre en charge, pour orienter ces internes-là ayant des difficultés psychologiques ou psychiatriques, si on avait... voilà, si idéalement on avait du temps, de l'argent, des moyens ? Quelles mesures toi tu mettrais en place localement, si tu pouvais ?

Ben... Je pense pas qu'il faille beaucoup de temps et de moyens. Je pense qu'une visite médicale, il faut quelque chose... enfin, il faut mieux encadrer le certificat d'aptitude, je pense. Je pense qu'il faut mieux... oui, bien sûr.

Un travail à faire en amont, quoi, de l'internat ?

Ben... Et en amont, et pendant l'internat. C'est-à-dire que sur des situations où euh... où l'interne est en difficulté réellement euh... il faut être plus « ferme » entre guillemets. Alors, c'est pas une fermeté de sanction, mais une fermeté de protection. C'est-à-dire que je pense qu'il ne faut pas se voiler la face quand quelqu'un est pas apte à travailler ou à prendre en charge des patients. Il faut ni qu'il travaille, ni qu'il prenne en charge des patients. Et je pense que... on est... C'est les mêmes difficultés qu'on a après, quand les médecins sont diplômés, qu'ils sont en libéral, sur... je sais pas si tu vois... tous les médecins qui sont face à des problématiques d'addiction, des médecins alcooliques. Y a quand même, avant qu'ils soient... qu'on leur interdise l'exercice, en général, il faut quand même... il faut quand même beaucoup de temps, beaucoup de... *(Silence)*

Donc il faudrait qu'il y ait une fermeté sur les décisions d'inaptitude, c'est ça que tu veux dire ? À notre stade ?

Ben en tout cas... *(Silence)* Il faudrait pouvoir évaluer de façon... de façon juste. Enfin, je sais pas comment le dire, mais... C'est-à-dire que si tu reçois quelqu'un, il faut avoir les moyens d'évaluer les personnes, quoi ! Se donner les moyens, quoi ! Si tu le reçois cinq minutes dans ton bureau, que tu lui demandes comment ça va, ben c'est sûr que tu passes à côté, hein !

Oui. Donc une vraie visite d'aptitude professionnelle de médecine du travail, quoi !

Voilà. A minima, oui. Après... est-ce qu'il faut convoquer les personnes une fois par an, pour voir si tout se passe bien, si elles sont pas en dépression, si machin, si truc, je pense que bon, c'est... ça me paraît compliqué, mais... *(Silence)* Mais je pense qu'on laisse trop passer de situations. Je vois, les... Ça met en danger les personnes, et les patients.

D'accord. O.K. *(Silence)* Ça marche. Est-ce que tu as quelque chose à ajouter par rapport à tout cela ?

Ben... Non, c'est bon pour moi. C'est bon pour moi. C'est vrai que c'est des situations qui sont compliquées, justement parce qu'elles sont pas encadrées.

Ouais.

Oui, parce qu'elles sont pas encadrées, qu'on est toujours sur du cas par cas. Mais en même temps...

Il faut définir un cadre ?

Ben, je sais pas si il faut définir un cadre ou pas. C'est pas parce qu'on fait une loi qu'on résout un problème, hein ! Mais en tout cas, c'est certain que c'est une situation qui pose problème, ouais.

D'accord. O.K. Bon, ben je te remercie. Je pourrais te transmettre les résultats, si tu veux.

Ben, avec plaisir.

O.K. Très bien, ça marche.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 11

(Tonalités)

Allô ?

Oui ? [...] ?

Oui ?

Oui, bonsoir. C'est David, l'interne de Toulouse, pour l'entretien.

Oui, bien sûr.

Excuse-moi, je t'appelle un petit peu tard. C'était le temps de coucher ma fille, de manger, enfin, je suis rentré un peu tard du travail.

Y a pas de problème, ça nous arrive à tous, ça *(rires)* !

(Rires) Euh... Dis-moi, est-ce que niveau son, c'est bon pour toi, vu que je suis en mains libres ?

Moi, c'est bon pour moi !

Ouais ?

Pas de souci.

Super. Alors, concernant ma thèse, on a l'intention d'essayer de la publier, du coup on a fait une déclaration à la Commission informatique et libertés. Donc j'ai un petit script d'entretien à te lire pour commencer, et puis on attaque dans la foulée ?

O.K.

Voilà. Donc c'est une thèse de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier, qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? » Donc je t'informe que la conversation va être enregistrée avec ton accord. Tu peux bien sûr t'opposer à cet enregistrement, et refuser de répondre à toute question que tu ne voudrais pas aborder. En cas d'enregistrement de la conversation, celle-ci sera retranscrite, anonymisée et les verba... les enregistrements seront conservés pour une durée maximale de trois mois. Les verbatims anonymisés seront versés en annexe de la thèse. Sachant cela, es-tu toujours d'accord pour participer et pour être enregistrée ?

Oui, tant que c'est anonyme, y a pas de problème *(rires)* !

Très bien. Donc, dans le cadre de mon travail, j'ai recueilli pour mon fichier ton nom, ton prénom, euh... ta structure d'appartenance, ton statut, ton genre, ton âge, euh... l'adresse professionnelle de ta structure ainsi que le numéro de téléphone à usage professionnel, et je recueille dans le cadre de cet entretien ta voix, enfin son enregistrement et le contexte spatio-temporel de cette interview. Actuellement, tu es à ton domicile ?

Oui, je suis chez moi.

D'accord. C'est calme, ça va ? *A priori*, on ne devrait pas être embêté ?

Oui.

Donc toutes les données que je recueille seront supprimées d'ici à la fin de l'année. Les destinataires de ces données sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour l'analyse et le codage. Et donc, je te demanderai pour finir de... dans la mesure du possible, de ne pas donner de

données personnelles concernant les internes en difficulté dont tu... dont tu aurais été amenée à t'occuper dans le cadre de ton activité. Voilà.

Oui. Bien sûr.

Alors... Sachant que bon, voilà, si il y a des petits écarts, derrière de toute façon on anonymise au maximum, histoire qu'on ne puisse pas retrouver ces personnes et que toi non plus, on ne puisse pas t'identifier. Voilà.

Parfait.

Donc, pour commencer, j'ai quelques petites questions concernant ta fac. Euh... Alors vous, au niveau de ta ville, vous avez un stru... un statut d'association ou de syndicat ?

Nous on a un statut de [...].

Un statut [...]. D'accord. Euh... Je vais te demander ton âge ?

Moi j'ai [...] ans.

[...] ans. Et tu occupes quel poste ?

Alors j'étais... Aujourd'hui, à l'heure où l'on parle, officiellement je ne suis plus rien dans [cette structure].

D'accord.

Enfin, je suis adhérente euh... Voilà.

D'accord.

Mais j'ai été [...] pendant un peu plus d'un an.

D'accord. Ex-[...], donc.

Voilà.

Euh... Actuellement, tu es en quelle année, en quel semestre ?

Je suis en [...] semestre.

[...] semestre.

C'est ça.

[...]

[...]

Alors, est-ce que tu peux me donner le nom de l'université à laquelle vous êtes rattachés ?

Donc nous, c'est la faculté de médecine de [...].

Ouais. L'université a pas un nom particulier ? C'est l'Université de [...] ?

C'est l'Université [...]. Nous, c'est [...].

D'accord.

Y a [...], [...].

O.K. Est-ce que tu peux me donner le nombre approximatif d'internes qui sont actuellement adhérents à votre structure ?

Euh... Y avait [...] internes au dernier choix. On a un taux d'adhésion qui doit fleureter les 80 %, donc faudrait faire le calcul. Mais... comme ça, je dirais, à peine [...].

Environ [...] à peine. Et tu m'as dit [...] internes qui sont inscrits dans le DES.

Ouais. En fait, au dernier choix... En fait, y en a plus que ça, d'inscrits au DES ! Parce que y en a qui ont pas validé leur DES, pas validé leur thèse, mais qui... ont validé leurs semestres. Mais au dernier choix d'internes, donc ceux qui ont pris effectivement un poste d'interne au dernier semestre, on était [...] je crois.

D'accord. Est-ce que tu sais combien d'internes sont actuellement en attente de validation soit du DES, soit de la thèse, soit des deux ?

Non, mais si tu as besoin de savoir ça, je peux les avoir, les chiffres.

Ben, à la rigueur, si tu les trouves, je veux bien que tu me l'envoies par texto, éventuellement. Voilà.

Oui.

A posteriori. D'accord. Est-ce que tu peux me dire, actuellement, combien vous êtes de membres actifs dans le bureau ou dans le conseil d'administration de [...] ?

Ouh là ! Ça, c'est une bonne question ! Euh... là en ce moment ? Je dirais sept.

D'accord. O.K. Est-ce que tu sais, mais bon là c'est moins important, le nombre approximativement d'int... de, pardon, d'enseignants universitaires et associés à [...] ? Au DMG ?

Oui, alors ça... ça, je... je pense que là, maintenant, ils sont douze.

D'accord. Est-ce que tu sais, approximativement là encore, le nombre de chargés d'enseignements ? En gros, les médecins généralistes, en plus, qui sont pas forcément dans le DMG mais qui donnent des cours ?

Non ! Ça, je sais pas ! C'est astronomique ! Je sais pas !

D'accord. O.K. Très bien. Et bien écoute, on va commencer. Alors j'ai une question très globale pour débiter l'entretien. J'aimerais que tu me dises ce que tu penses de la santé globalement des internes de médecine générale dans ta ville ?

Dans ma ville ? Euh...

Ouais. De ton point de vue d'ancienne [...].

Euh... (Elle soupire) Globalement, je pense qu'elle est... elle est... Je pense que ça pourrait être pire, mais je la mettrais pas non plus comme quelque chose de... de... enfin, je sais pas comment dire ça... Je pense pas qu'elle soit très bonne, je pense que personne s'en préoccupe, ni les internes eux-mêmes, ni... voilà. Ni qui que ce soit d'autre. Mais... Et je pense que par contre, ça pourrait être franchement pire, parce qu'on a la chance d'être une subdivision qui est relativement... petite.

Ouais...

Euh... Où les gens sont... font pas forcément le grand écart entre leur conjoint et leur boulot. Enfin en tout cas, y a des solutions pour ça, quoi ! Leur vie, quoi ! Donc ils sont pas forcément complètement éclatés, voilà ! Et... globalement, on a réussi, il reste des exceptions mais... à éliminer un certain nombre de stages qui étaient vraiment extrêmement maltraitants ! Donc je trouve que dans cette ville, à [...], je pense que c'est... la qualité de vie est relativement bonne par rapport à ce qui peut se pratiquer dans d'autres subdivisions, par exemple Paris, des choses comme ça. Mais euh... mais je dirais pas non plus que la santé des internes, c'est un truc qui va bien.

D'accord.

Si on parle des internes de médecine générale uniquement. Si on parle des internes tout venant, c'est encore plus compliqué. Mais on est d'accord qu'on parle que des internes de médecine générale ?

On se concentre sur nous, exclusivement, pour cette thèse. Tout à fait.

Ouais. On est d'accord.

(Rires) D'accord. Et alors euh... quand tu me dis qu'il y a des difficultés persistantes malgré le fait que vous ayez une petite subdivision, malgré le fait que certains stages aient été euh... ôtés des choix et cetera, qu'est-ce qui te fait dire ça ? Quelles sont les difficultés particulières que vous retrouvez sur la santé plutôt psychologique des internes ?

Moi, les situations auxquelles j'ai été confrontée, euh... ce qui est particulièrement difficile, moi je trouve, c'est que c'est souvent, en tout cas... c'est des internes qui travaillent trop.

Ouais...

La charge de travail est trop importante. C'est des internes qui ont pas le temps de se regarder pédaler. Donc ça c'est... voilà. C'est des internes qui sont isolés. Ça, c'est aussi une problématique. Voilà. Mais y a pas de système... je sais pas comment dire ça... de système de repérage ou y a pas de garde-fou, en fait. Les internes... personne n'est responsable des internes, quoi ! C'est-à-dire que... ils vivent leur vie ! Euh... Les administrations en ont rien à faire. Du moment qu'ils font tourner la boutique, les chefs s'assoient dessus. Enfin... Pas partout, hein ! Mais les internes qui sont en difficulté, c'est ça. Ils se retrouvent souvent dans une espèce de problématique comme ça, quoi. C'est-à-dire qu'ils n'intéressent personne, en tout cas personne n'a l'impression d'être responsable de ce qu'il va leur arriver.

Ouais.

Et euh... c'est aussi des gens qui ont pas forcément accès à leurs droits. Qui savent pas quels sont leurs droits, qui savent pas... Voilà ! Et même quand ils savent quels sont leurs droits, ils arrivent pas à les faire respecter.

D'accord.

Les droits des internes sont trop souvent bafoués.

D'accord. Euh... Concrètement, quels types de situations vous avez pu rencontrer, avec les internes, dans ta fac ?

Alors... Y en a plusieurs, hein. Moi, euh... Une à laquelle je pense là, par exemple, c'est une situation de harcèlement. C'est-à-dire un service qui est connu comme euh... comme le loup blanc hein, qu'y faut pas y aller et que... voilà, qui a une réputation depuis très longtemps, que il faut tout faire pour éviter ce service-là et que ceux qui y vont, et ben les pauvres, quoi !

Ouais.

Et où effectivement, l'interne qui se retrouve là... se retrouve particulièrement maltraité, parce qu'en fait le service, comme il est connu comme le loup blanc que il faut pas y aller, que [la structure] des internes fait ce [qu'elle] peut pour le faire fermer, pour lui faire retirer son agrément en fait...

Oui ?

C'est comme ça que ça marche. Et en fait, l'interne qui y est à ce moment-là, lui se fait littéralement harceler, se fait menacer. Il a été menacé verbalement, pour avoir accès aux évaluations qu'il avait remplies, son stage lui a été invalidé. Enfin... donc c'est allé loin. C'est allé très très loin ! Ça, c'est extrêmement maltraitant ! C'est extrêmement dévalorisant, parce qu'en plus, les invalidations se font pas parce que l'interne aurait dit des choses désagréables sur le stage, évidemment ! Les

invalidations se font parce que l'interne est incompetent, soi-disant ! Enfin... Donc en terme de valorisation professionnelle, de pédagogie positive, c'est nul ! C'est même plus que nul !

Ouais. Mais du coup, je euh... en pratique, la validation *in fine*, c'est pas le chef de service qui la déclare ! Et connaissant les difficultés sur ce terrain de stage en particulier, la validation de cet interne... l'invalidation a finalement été prononcée malgré tout, ou pas ?

Alors, pour l'instant, elle est toujours en suspens [durée en semestres] après.

D'accord.

Ça aussi, c'est d'une grande violence psychologique ! À mon avis, c'est mon opinion personnelle. Parce qu'en fait, effectivement, la validation *in fine*, c'est le doyen qui la prononce. Et que il faut savoir qu'un poste de doyen, mais ça il faut que ce soit anonymisé, que je vais dire ça, hein, c'est avant tout politique.

Mmm ?

Hein ! Et que en fait, il y a nécessairement des liens d'intérêt qui se créent. Donc effectivement, cette situation est pour l'instant soumise au bon vouloir du doyen, qui fait traîner. Parce que je pense que cette situation est inconfortable pour lui.

D'accord.

Euh... voilà. D'aller contre un chef de service euh...

D'accord.

C'est compliqué...

Cet interne, concrètement, au niveau santé, comment ça s'est passé, pour lui ?

Euh... Cet interne, il a eu trois semaines d'arrêt...

Mmm ?

Après que moi je... À ce moment-là, c'est moi qui m'occupais de ça, donc c'est pour ça. Cet interne, il a eu trois semaines d'arrêt parce que moi j'ai dit que c'était pas possible qu'il y retourne. Voilà. Et donc en fait, je l'ai envoyé vers un médecin généraliste que moi je connais sur [...]. Aussi pour que ça se passe en dehors du cadre de l'hôpital, quoi ! Pour pas qu'il y ait de... (silence)

D'accord.

Donc voilà. Donc moi je l'ai envoyé, je lui ai dit : « Écoute ! Voilà, tu vas voir untel. Tu lui expliques. Et tu retournes pas dans ce service. » Donc il a effectivement eu trois semaines d'arrêt... je crois... peut-être un peu plus que ça, mais en gros c'était ça. Effectivement, il a pas terminé son stage, mais bon il avait fait ses quatre mois, donc euh... on était bon, quoi ! Donc voilà.

D'accord.

Ça c'est... pour cette situation-là, ça s'est passé comme ça. Ça a été très compliqué. Il avait initialement un projet, hein, de faire un DESC. Il le fera pas, je pense qu'il est dégoûté à tout jamais de l'hôpital. Il va beaucoup mieux maintenant. Après il y a toujours cette histoire de validation qui reste en suspens et qui est difficile à gérer. Ça reste un chantier sur lequel on est positionné. Mais ça... enfin, je pense que quelque part, il a eu la chance après de pouvoir faire des stages qui se sont beaucoup mieux passés, et où effectivement, il y a eu du renforcement positif.

Mmm...

Mais euh... mais c'est toute la problématique.

D'accord.

Faut passer derrière ça. Faut passer outre ça !

Ouais.

Et puis, bon, ça c'est des situations... c'est une situation où là, clairement, c'est le milieu du travail qui est pathogène je pense pour l'interne. Mais il y a aussi des internes qui arrivent avec des difficultés qui leur sont propres, hein ! Avec euh...

D'accord. Ça, c'est un autre type de situations que vous avez pu rencontrer ?

Ouais. Ouais. Y a 1 % de pathologies psychiatriques dans la population générale, nous on a entre [...] et [...] internes par promotion. Donc forcément, on en a.

D'accord.

Forcément, on en a.

Et comment vous managez ces situations-là ?

Ben... on sait pas faire, hein ! Euh... la problématique, c'est que personne ne s'en occupe. Parce qu'il y a pas de médecine du travail pour les internes. Les médecins, les internes comme les autres, ont pas de médecin traitant. En plus, c'est des internes qui arrivent d'ailleurs. Donc ils sont déracinés, quoi ! En tout cas, pour une bonne partie... voilà. Donc ça c'est assez compliqué, parce que c'est des internes qui se retrouvent isolés, et en fait, comment on découvre ces situations-là, nous ? C'est parce que... y a un problème en stage ! En fait, on est souvent contacté par les internes eux-mêmes, qui commencent par dire : « Ça se passe mal ! »

Par les internes eux-mêmes ou par les co-internes, du coup ?

Alors ben... l'un et l'autre.

Ouais.

Mais c'est quand même souvent les internes eux-mêmes. Parfois poussés par leurs co-internes parce que, en fait, euh... c'est compliqué. Mais y a quand même pas beaucoup de... ça se dit pas, hein ! Ça se dit pas, je trouve, moi ! C'est assez tabou ! Dans le monde des internes. Donc plutôt les internes eux-mêmes, en fait. Qui finissent en général par envoyer un mail [à la structure] en disant : « Ça va pas dans mon stage ! » Donc soit effectivement c'est des stages qui sont connus comme maltraitants, où bon, là du coup, on peut questionner un peu et puis voilà. Soit ça nous surprend parce que c'est pas des stages connus comme maltraitants.

Ouais ?

Et du coup, là ça invite à poser un peu plus de questions et assez vite en fait, en général, c'est des internes qui disent très bien eux-mêmes que, ouais leur externat ça a été compliqué, que les crises d'angoisse ils en ont déjà faites avant mais alors que là, se retrouver de garde, la nuit, tout seul quand les chefs sont partis se coucher, en fait c'est pas gérable...

Ouais...

Voilà. Et en fait, ça débouche parfois sur des histoires comme ça.

D'accord.

Avec là aussi, des... des contextes c'est-à-dire des services où des médecins seniors qui sont plus ou moins aidants, qui vont être plus ou moins « étayants », et qui vont être plus ou moins en capacité de... d'entendre qu'il y a des internes qui ont besoin de plus que d'autres, enfin voilà. Et cetera.

D'accord. Alors tu me dis que les internes souvent vous contactent, soit les internes, soit les co-internes. Est-ce que dans ta faculté, il y a d'autres modalités pour repérer un petit peu ces internes ?

Non. Et moi c'est ce que je reproche au système. C'est-à-dire que souvent, en fait c'est sur [la structure] des internes, en tout cas nous à [...] c'est comme ça que ça se passe, que ça retombe. Y compris quand ils viennent d'ailleurs. Par exemple, un interne qui est dans une autre spécialité médicale, euh... pour qui ça se passe très mal, qui a eu plusieurs stages invalidés, et qu'on aimerait bien qu'il se réoriente : « On pourrait l'inciter à s'orienter vers la médecine générale, et on pourrait l'envoyer pour ça par exemple [à la structure] des internes de médecine générale. » En nous disant : « Vous voulez pas vous en occuper ? », quoi ! Voilà. Euh... Moi, je me suis retrouvée comme ça à dire de façon complètement officieuse hein, mais à mon directeur de DES : « Si vous l'acceptez, ce droit au remords, vous en assumerez les conséquences ! Parce que nous, on pourra pas gérer ça, ce sera beaucoup trop compliqué ! » Voilà. Donc euh... en fait, y a pas de système de dépistage, y a pas d'endroit... Je connais un seul hôpital périphérique sur la subdivision qui oblige les internes à voir le médecin du travail.

D'accord.

Et c'est pas le CHU ! Euh... Je crois pas que les autres le fassent. Donc autant te dire que c'est *peanuts* ! C'est déjà mieux que rien, mais c'est *peanuts* ! Et en fait quand les internes... pètent des plombs, ben on le sait pas ! On le sait... Alors le truc, la découverte la plus macabre qui soit, c'est l'interne qui s'est suicidé. Donc là, bon, carton plein ! Après c'est aussi l'interne qui se fait invalider son stage parce qu'au final, il a pas fait ses quatre mois, parce qu'il a été trop en arrêt.

Ouais.

Et ça c'est le truc qu'on découvre au moment des choix, où l'ARS dit : « Ah mais non, non, mais cet interne il est déclassé, parce qu'il a pas validé son semestre ! » Il y a un an, des fois ! C'est ça, on arrive longtemps après la bataille, en fait, hein ! D'accord ? Voilà, c'est parfois... on découvre parfois des histoires catastrophiques, hein, des parcours...

Bon... Il y a plein de choses sur lesquelles je veux rebondir sur ce que tu as dit. Vous avez eu, vous, le cas d'un interne qui s'est suicidé ?

Alors, c'est un peu plus compliqué que ça. Pas ces deux dernières années, on n'a pas eu d'interne de médecine générale qui s'est suicidé. En fait, c'est un interne qui devait venir en médecine générale, qui n'est pas venu, puisqu'il venait d'une autre spécialité.

D'accord.

Donc je sais pas comment ça compte, mais...

D'accord.

Voilà. Et moi j'ai une question d'ailleurs : je digresse là, mais est-ce que tu as fait ce relevé, là, de savoir le nombre d'internes qui s'est suicidé euh... dans les facs de médecine de France ?

Hum... On en parlera à la fin de l'entretien, si tu veux.

D'accord. O.K.

Euh... Voilà. Par rapport au repérage, tu m'as dit c'est très très compliqué chez vous. La médecine du travail n'intervient pas du tout, à aucun moment, même au début ?

Non. Contrairement à chez vous, ça je crois, où à Toulouse ils sont obligés les internes, d'y passer. Chez nous, y a aucune obligation.

D'accord. Et donc, le fameux certificat d'aptitude aux fonctions d'interne, comment est-il obtenu, chez vous ?

(Rires) Ouais... Et bien c'est les internes qui le font signer par un PH si... dans le stage où ils étaient avant, pour le stage suivant.

D'accord. Donc tu me dis, hormis cet hôpital périphérique qui, *a priori*, a sa politique propre... et où les internes sont obligatoirement convoqués, il y a pas d'autre situation comme ça globalement sur toute la subdivision ?

Non.

D'accord. Tu m'as également parlé de la situation où vous découvriez comme ça des situations un peu dramatiques, sur des invalidations, parfois même très tardivement.

Ouais ?

Justement, les invalidations de stage... comment vous les analysez, vous ? Vous ou le DMG d'ailleurs ?

Aucune analyse n'est faite. Aucune. Euh... y a aucune... en tout cas, j'en connais pas. Donc après, je veux pas avoir la prétention de dire que je sais tout, hein ! Parce que y a sûrement des trucs qui se passent sans que nous on soit mis au courant, hein, c'est peut-être aussi bien, j'en sais rien. Mais... à ma connaissance, y a aucune procédure d'invalidation où y a eu de démarche particulière. Y a même des internes qui ont découvert leur invalidation en stage un an après, à un choix où l'ARS dit : « Mais non, mais cet interne, il est pas classé là ! Enfin, il est pas classé tant, il est classé tant parce qu'il a pas validé son stage. » Voilà. Nous, en fait, ça circule pas du tout l'information entre l'ARS et la faculté. Donc en fait, on découvre des trucs... Voilà. Tous les choix, jusqu'à là, on a eu des surprises. Des internes qui sont soi-disant amenés à venir choisir alors qu'en fait ils ont fini leur internat, enfin voilà. Donc en fait, les invalidations ne sont pas... sont claires pour personne.

D'accord.

On ne sait pas. Donc nous en fait, on a fait... y a une politique, hein, [de la structure], mais après les internes font ce qu'ils veulent, hein, qui demandent aux internes, quand ils ont eu leur fiche... Quand le chef de service remplit la fiche, théoriquement il est supposé la faire signer à l'interne. Donc en gros, 99 % sont des validations, hein ! En tout cas, on dit aux internes de faire photocopier cette fiche, avant de la rendre à leur chef de service, signée pour qu'il l'envoie à la faculté, pour que eux, ils aient une preuve de leur validation. Enfin, en tout cas de la demande de validation qui avait été faite par le chef de service. Parce que nous, y a même des fiches comme ça qui se sont perdues. Des internes qui ont eu des problèmes de validation, soi-disant sur fiches perdues !

D'accord.

Enfin voilà ! Cette procédure-là fonctionne pas.

O.K. Est-ce que vous avez une démarche, par rapport à toutes ces problématiques d'internes qui ne vont pas très bien, de prévention, au niveau [de la structure], d'une façon ou d'une autre ?

Alors, y a eu à un moment donné, et je pense que c'est aussi pour ça qu'on en a trouvé... Après euh... [la structure], là [elle] est fragile, et en fait c'est ça qui est compliqué aussi, mais y avait à un moment donné... En fait le... notre message, à toutes les rentrées, était de dire que pour la moindre problématique, pour les difficultés des internes qui avaient le moindre souci, voilà, ils devaient se manifester auprès [de la structure]. En tout cas, on les invitait à ça.

Oui...

Pour aussi qu'on puisse identifier notamment les stages qui sont maltraitants, des situations qui sont liées aussi à des problématiques personnelles, et... voilà. Pour essayer pour nous de faire la part des choses parce que, après, quand on reçoit des éval'¹ « ce stage était horrible, ce stage m'a... », enfin voilà, faut pouvoir lire les grilles de lecture, quoi ! Donc c'était aussi pour ça. Et c'était aussi pour essayer justement de... de... d'avoir connaissance des situations difficiles avant l'arrivée dans des trucs catastrophiques qu'on n'arrive pas à contrôler !

D'accord.

¹ Éval' : évaluation(s) (de stage)

Et rentrer trop dans des spirales infernales ! Et puis y a... un petit guide, enfin y a un petit... une petite fiche pratique, disons ça comme ça, de l'interne, qui explique théoriquement aux internes, voilà, qui rappelle leurs droits, notamment le fait qu'ils sont des médecins en formation donc qu'ils doivent être supervisés en permanence, euh... qu'ils doivent réveiller leurs chefs la nuit, enfin un peu des trucs, des règles de base quoi, mais pour se protéger aussi, pour les mettre un peu en sécurité, et que si ils se sentent en danger à un moment donné...

Oui ?

... c'est des situations qu'ils doivent nommer, soit auprès [de la structure] des internes, soit auprès du DMG bien sûr. Mais en général, ça atterrit chez nous et pas au DMG mais... Enfin voilà, que toute situation où l'interne se sent mis en danger... il soit invité à se manifester là-dessus. Ça... ça fait théoriquement partie de nos chapitres prioritaires.

D'accord. Euh... Tu as dit : « Pas le DMG » ?

À propos de quoi ?

Là, à l'instant. Tu parlais...

Ouais, ouais.

Y a des problèmes avec le DMG chez vous ?

Ouais. Clairement. Notre DMG est en train, je pense, d'imploser ou d'exploser, au choix. Euh... Voilà, ils ont des problématiques relationnelles majeures, ils sont submergés par la charge de travail euh... liée à l'explosion du nombre d'internes qui a pas été suivie d'explosion du nombre d'enseignants, hein ! Soyons clairs ! Et puis euh... ils ont des priorités qui ne sont pas forcément celles des internes ! Ce qui peut s'entendre mais qui est quand même compliqué à gérer... et notamment, sur ce volet-là, ils ont pas du tout de... Ils ont pas du tout investi ce champ-là de la problématique de la qualité de la formation et de la maltraitance qui peut en... y être corrélée. Ils ont pas du tout investi la défense des conditions de travail. Euh... On a des maîtres de st... Alors, sur les stages hospitaliers, [la structure] des internes a du pouvoir, hein, clairement ! Parce que le DMG, y comprennent rien du tout à comment ça marche, les commissions, les machins, les trucs, donc euh... quand on vient et que nous on parle, globalement les instances en parallèle nous écoutent.

Oui.

C'est beaucoup plus complexe par exemple en ce qui concerne les maîtres de stage ambulatoires. Où là, c'est le DMG qui gère tout et où nous, on n'a pas accès. Où, à titre personnel, moi je comprends pas le mode de régulation, d'organisation des cartes et cetera, euh... voilà. Je comprends pas les logiques. Donc soit il y a des intérêts personnels qui rentrent en ligne de compte, soit euh... je sais pas. Les clés de compréhension en tout cas m'échappent. Et donc ce qui fait qu'on a des praticiens qui sont connus maltraitants, qui sont connus euh... comme dépassant les bornes largement depuis longtemps, qui sont toujours maîtres de stage et qui ont toujours des internes tous les semestres ! Voilà. Donc ça, ça fait partie de nos grosses difficultés que le DMG a beaucoup de mal à entendre. Et par exemple, on a été récemment menacé par [...], donc il faudra aussi anonymiser tout ça, ça va pas être facile hein, de nous attaquer [...] pour les évaluations de stages qu'on fait. Pour récupérer les données. Alors que nous, on veut pas communiquer des éval' brutes, puisque qu'on veut protéger les internes qui les écrivent ! Donc euh... donc voilà. En fait, c'est de la menace en l'air, je pense que jamais ils gagneraient ce procès si ils le faisaient. Mais ça donne assez bien le ton de... du mode de fonctionnement.

D'accord. Et par rapport à la gestion du... par le DMG de ces problématiques-là, tu penses que les internes ne contactent pas du tout le DMG ?

J pense qu'ils le font très très peu. J'connais des situations où ils l'ont fait. En fait, souvent, ce qui se passe, c'est que ça passe par nous, et que après on fait une réunion avec tout le monde, quoi ! Enfin, le DMG, l'interne et un représentant [de la structure], parce qu'en fait, de toute façon, on peut rien faire sans le DMG ! Nous. On n'a aucune... [la structure] en [elle-même] n'a aucun poids, n'a aucune... dans les instances facultaires et cetera. On en a sur... comment dire... sur l'organisation

collective, sur la répartition des internes, sur des choses comme ça, oui, mais sur des situations individuelles on peut difficilement intervenir. Par contre le fait qu'on soit là pose le débat. En fait ça permet de faire de la médiation et ça permet aussi de replacer le contexte en disant par exemple : « Voilà, c'est un stage qui pose problème depuis X semestres, donc forcément l'interne qui se retrouve là, ben, ça devait arriver, quoi, voilà ! Ça y est ! »

Ouais.

Ou... « Effectivement, cet interne-là est en difficulté majeure pour des raisons qu'il vient de vous expliquer. Comment on peut faire maintenant pour qu'au prochain... pour, soit pour finir le semestre en cours, soit pour le prochain semestre, qu'est-ce qu'on peut envisager comme alternative, comme démarches, comme... voilà, pour un peu pro... mettre cet interne dans un milieu protégé, si c'est possible, pour la suite ? »

Et concrètement, qu'est-ce vous pouvez faire, à l'issue de ces réunions alors, pour adapter le travail de ces internes ou le lieu de stage de ces internes ? Qu'est-ce qui est concrètement possible et qu'est-ce qui ressort de ces réunions ?

Alors il ressort que l'amiable, ça marche ! Et que de toute façon on n'a aucun moyen de pression ! C'est-à-dire qu'on peut pas obtenir de mi-temps thérapeutique. Enfin en tout cas, moi j'ai jamais réussi. Sauf sur des situations... Voilà, l'interne qui fait un AVC, le truc... ça, voilà. Donc il va avoir une reconnaissance MDPH¹ et donc là, peut-être, on va y arriver, mais... c'est la croix et la bannière.

Mmm...

Sinon ? C'est extrêmement difficile. Moi j'ai jamais obtenu, pour les internes, là... Les situations auxquelles je pense, l'ARS les reconnaît pas ! Les surnombres non plus, ça marche pas ! Il faut être enceinte. Quand t'es un mec c'est compliqué, hein ! Donc euh... ça, on y arrive pas donc il faut trouver de l'amiable. Donc soit il faut trouver des services hospitaliers qui vont entendre la difficulté, que là il y a un souci, et qui vont être capables de se réorganiser eux-mêmes.

D'accord.

Ça arrive. Soit euh... on essaie de proposer aux internes... En fait, ce qui est problématique surtout, c'est pour les plus jeunes semestres. Parce que comme ils choisissent après tout le monde...

Ouais ?

... forcément, les stages bien traitants sont partis ! Donc là ça devient compliqué ! Ça nous est déjà arrivé, moi je pense à deux situations, là, de mettre des cartes prat'² en fait « sous le tapis », c'est-à-dire de ne pas les proposer officiellement au choix pour les internes lambda, euh... pour des internes dont on savait qu'ils avaient des difficultés importantes, pour que ces internes aillent chez ces prat' qui étaient des prat' identifiés et qui savaient que l'interne qu'ils allaient accueillir était un interne en difficulté. Et que c'était aussi un stage pour réfléchir à « qu'est-ce qu'on fait, quoi ! ? Est-ce que l'interne continue le cursus ? Est-ce que pas ? Est-ce que... » Voilà.

D'accord.

Quel projet professionnel on fait, quoi !

Donc là, vous avez fait des fléchages officiels avec le soutien du DMG, en fait ?

Ouais. Ouais.

Et c'est des choses que vous faites aussi éventuellement avec des stages hospitaliers ?

Alors le fléchage officiel avec les stages hospitaliers, c'est plus compliqué. Euh... parce qu'en fait sur les stages prat', l'ARS elle compte pas, elle s'en fiche en fait des stages prat', point barre.

¹ MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

² Stage prat' : abréviation de stage praticien (stage ambulatoire de niveau 1).

D'accord.

La carte, en fait, c'est n'importe laquelle, quoi ! Donc euh... en fait, de ce fait-là, c'est un peu plus facile de mettre des trucs sous le tapis. Enfin, de s'arranger entre nous. Sur les stages hospitaliers, c'est beaucoup plus complexe parce qu'en fait, on peut pas euh... passer outre l'ARS. Donc en fait, on essaie de décourager fortement les internes concernés d'aller dans certains services. Voilà. On les oriente un peu au moment des choix, hein. On essaie en tout cas d'influencer un peu leur choix. Et puis on propose à ces internes, quand ils choisissent un stage... voilà, de... si ils le veulent, de les accompagner pour rencontrer le chef de service, pour expliquer la situation et voilà. Souvent ça se passe comme ça. Et puis après, c'est... enfin bon, c'est du soutien téléphonique, c'est un peu d'orientation, un peu de... voilà. Enfin moi, en tout cas, les situations que j'ai accompagnées, c'était comme ça.

D'accord. Et les rencontres éventuellement sur les lieux de stages avec les chefs de service, ça a pu aboutir effectivement à des stages qui se sont bien passés, parce que le chef de service était euh... compréhensif, un peu plus encadrant, un peu plus cool ?

Ouais ouais. Moi, j'ai une situation dans ce cas-là qui évoque bien ça. C'est une interne donc qui a des difficultés personnelles majeures, je pense. Depuis très longtemps. Et sur son premier semestre, ça a été particulièrement compliqué. Elle a dû faire trois gardes au lieu de vingt-sept, enfin un truc comme ça. Tellement c'était galère, qu'elle a eu pas mal d'arrêts et cetera. Elle était dans un service hospitalier qui était pourtant relativement... « chouette », qui a bien pris ça, où là on a fait du mi-temps thérapeutique officieux. C'est-à-dire qu'en fait, le service a bien voulu... l'accepter, quoi ! Qui a ensuite eu une carte... protégée, de stage prat' pour euh... essayer de se donner un peu d'air et voilà. Et puis bon après, il fallait qu'elle retourne à l'hôpital quand même si elle veut finir effectivement son cursus qu'elle a décidé pour l'instant.

D'accord.

Et euh... elle a choisi un service d'urgences où... on savait où elle allait, quoi ! Et effectivement le chef de service a été particulièrement soutenant et... et particulièrement attentif, et euh... voilà. Et elle a eu un planning aménagé, et elle a fait plus de la moitié de ses gardes sur le semestre, et euh... elle a eu en tout et pour tout je crois, un mois d'arrêt, enfin voilà. C'était plutôt pas mal, hein !

Ouais, effectivement. Donc il y a possibilité par, on va dire à l'amiable, d'arranger quand même une bonne partie des situations, quoi !

Mais, il faut que l'amiable marche ! Parce qu'on a aussi des situations où... Alors bon, là en plus, en l'occurrence sur cette situation, c'est une interne qui venait très vite [à la structure] en disant : « Ça va partir en cacahuètes ! » Avec des périodes où vraiment, euh... enfin, y a eu une période où moi je m'étais quand même dit, si elle était venue à mon cabinet en tant que patiente, je pense que je l'aurais pas laissée repartir. Donc... évidemment... des périodes euh... moi je dis *borderline*. C'est pas adéquat comme terme, mais vraiment des périodes très floues où on savait pas trop où on allait, et où on s'est fait un peu peur, je pense.

Oui, donc une interne qui avait quand même *a priori* une pathologie psychiatrique authentique, quoi !

Ah, oui ! Oui ! Oui, clairement ! Et où en fait, bon... ça a tenu la marée, je sais pas trop par quel bout mais ça a tenu la marée cette histoire-là. Donc elle, elle était venue assez vite, et assez vite les choses... on a su, quoi ! Et donc en fait, il y a eu des choses possibles et assez vite ça a pu être parlé, et voilà. Y a des internes qu'on découvre, qui disent rien en fait. Qui disent rien à personne. Et donc en fait, pour qui ça se passe mal, qu'ont des arrêts à répétition, euh... Alors soit parce qu'ils ont des co-internes qui sont pas forcément très alertes sur le truc, et qui trouvent plutôt que « c'est un chieur, parce que il fait pas ses gardes, et bon, il faut se les retaper, quoi ! » Y a aussi cette mentalité-là, hein ! Euh... Voilà, des chefs de service qui en ont un peu rien à secouer, ou qui trouvent que « franchement, c'est un interne qui n'aurait pas être interne, et puis c'est tout, quoi ! Donc vaut mieux l'invalider, et puis on verra ce qu'il deviendra, on s'en fiche ! » Enfin voilà. Et donc des situations qu'on découvre très tard. Des internes qui ont erré un peu dans le truc, pendant un an, dix-huit mois, enfin, c'est possible, hein !

D'accord. O.K. J'ai entendu un peu ce que tu me disais, pour adapter les conditions de travail sur les lieux de stage. Est-ce que tu as autre chose à ajouter là-dessus, ou tu penses que tu m'as tout dit ?

Alors je sais pas, moi je pense que le problème principal, c'est que les internes travaillent trop, mais...

(Rires) Oui...

***(Rires)* Je pense que ça, c'est une difficulté majeure, en fait. Quand on arrive à soixante heures semaine, comment c'est possible d'avoir du temps pour relire les situations difficiles qui sont vécues, d'avoir je sais pas, moi... Et puis je crois qu'il y a une certaine loi du silence. Que ça se fait pas, d'être... d'être pas bien. Et euh... et je trouve que ça... pour moi, c'est vraiment là qu'est le danger, hein ! C'est quand ça peut pas être nommé, et quand il y a pas de possibilité de sortir de ça, et qu'après, il y a la culpabilité ! C'est l'interne qui est coupable de ne pas aller travailler, l'interne qui se sent coupable de... d'être mal... Ça, c'est encore pire que tout, quoi ! Non ? Je sais pas... Voilà. Moi je trouve que ce système est extrêmement maltraitant. Pour ça.**

Je vais revenir un petit peu en arrière. Tu m'as parlé donc des stages. Est-ce que tu sais, au niveau plus de la faculté, si il y a des choses prévues vis-à-vis des obligations universitaires pour les internes en difficulté justement ?

Hum ! *(Petit rire)* Qu'est-ce que tu entends par là ? Les cours ?

Les cours, les traces d'apprentissage...

Est-ce qu'on peut proposer aux internes de rendre leurs traces plus tard, des choses comme ça ? Ce serait une question d'adaptation en terme de délai pour rendre les traces, des choses comme ça ?

C'est ça la question, tout à fait. Mais la réponse peut être non...

Non. Donc la réponse est non *(en riant)*. En sachant que en fait, à [...], c'est pour l'instant, ça durera pas, mais relativement souple en terme de rendu de traces universitaires. Euh... Les heures de cours sont à faire, mais sont à faire quand tu veux, ou quand tu peux, parce que ça c'est fonction des services. Mais en fait, si t'as pas fait tes trente heures dans le semestre, personne t'en voudra. Voilà. Faut qu'à la fin des trois ans, t'aies fait tes deux cents heures puis c'est tout.

D'accord.

Euh... et que le seul moment où il y a une obligation de rendu écrit, relu et... voilà, c'est au moment du [type de stage de la maquette du DES de médecine générale].

Ouais...

Voilà. En fait, la seule contrainte, c'est que les internes qui enchaînent [deux types de stage de la maquette du DES de médecine générale] doivent avoir rendu leur mémoire du coup avant la fin de leur semestre. Ce qui paraît assez logique vu qu'il faut qu'il soit validé pour enchaîner le nouveau semestre.

D'accord.

Mais que sinon, les internes ont [durée du délai] pour rendre leur mémoire. Et que je sache, nous n'avons pas encore, mais je touche du bois puisqu'il y a de la contamination qui va se faire, c'est sûr, des invalidations d'internes sur les traces universitaires.

D'accord. Le mémoire dont tu me parles, c'est quoi ? C'est le mémoire de DES ?

Non. Nous, à [...] on n'a pas d'obligation de fournir un mémoire de DES si notre sujet de thèse est validé comme sujet de thèse de médecine générale. [...] Et que si ça est considéré comme validant pour la médecine générale, l'interne n'a pas besoin de refaire un mémoire de DES. Si c'est pas validant pour la médecine générale, il doit faire un mémoire de DES en plus.

D'accord. Donc ce mémoire, c'est un mémoire que vous devez faire pendant le stage [...] en fait, c'est ça ?

Oui. Oui. C'est un mémoire avec des [types de traces universitaires].

D'accord. Très bien. Je vais revenir un petit peu en arrière sur une chose que tu m'as dite tout à l'heure. Tu m'as dit que, par rapport à l'interne en difficulté que tu avais eue, tu l'avais orientée vers une personne pour qu'elle soit prise en charge. Est-ce qu'il est arrivé qu'au niveau [de la structure], pour les internes qui ont de tels troubles, vous interveniez d'une manière ou d'une autre, dans la prise en charge médicale, on va dire ?

Non. En tout cas, c'est une règle que nous, on n'a jamais transgressée ! C'est pas notre job, hein ! On peut pas être leur toubib !

D'accord.

Enfin moi, ça me paraît complètement inadapté ! Ça n'a jamais... on n'a même jamais évoqué l'idée de pouvoir faire des trucs comme ça.

D'accord. Et comment les internes qui à un moment avaient des troubles relativement lourds, est-ce que tu sais comment ils ont été pris en charge, *in fine*, au plan médical ?

Ouais. Ben y en a quand même plusieurs qui ont vu des psychiatres, hein ! Et qui les voient toujours, d'ailleurs, je pense, pour un certain nombre.

D'accord. Donc c'est des gens qui se sont dirigés vers des professionnels de santé quand même, de leur propre chef, au final ? Ou par le biais d'un médecin traitant, ou d'une façon ou d'une autre, mais pas par vous ?

En fait... c'est ça. Ben alors après, ça fait toujours partie de la discussion. Mais en fait, souvent quand ils arrivent, ils vont tellement mal... Enfin, moi j'en ai jamais trouvé des qui soient « Pump it up », hein ! Donc euh... ceux qui arrivent, ils vont pas bien, quand même. Là, y a eu la situation à laquelle toute à l'heure... où mais là, c'était vraiment une situation de stage maltraitant. Point barre. C'est des internes qui sont... qui ont pas de pathologie sous-jacente.

Ouais.

Donc qui subissent un harcèlement professionnel. Même si c'est pas un terme adéquat. Je sais pas comment il faut dire, mais voilà. Et qui du coup, là, en fait, c'est de la mise à l'abri. C'est-à-dire que une fois qu'on arrête ces internes-là, bon ben ils vont bien ! Enfin, si on les mettait ailleurs, dans un autre terrain de stage, en fait ils iraient bien ! La problématique, elle est purement liée au contexte dans lequel ils se trouvent.

Ouais.

L'arrêt de travail, là, c'est de la mise à l'abri et puis ça fait le job, quoi ! En fait ! Ce qui est beaucoup plus compliqué, c'est pour les internes qui ont aussi euh... des problématiques personnelles qui viennent se, s'entrechoquer avec tout ça. Où là, en fait, ils vont souvent tellement mal que l'arrêt de travail pour eux c'est un... enfin... ça a été... ils vont en arrêt de travail non parce que... parce que c'est pas possible d'y aller, quoi, au boulot ! Je sais pas comment dire, c'est... c'est trop envahissant, quoi ! En fait euh... en fait souvent, quand ils arrivent, ils sont déjà passés par la case « médecin généraliste » ou par la case « arrêt de travail bricolé par l'urgentiste qui les a vu pleurer », ou par je sais pas quoi. Voilà, en fait, le problème c'est aussi ça : les cordonniers sont les plus mal chaussés, donc il y en a un certain nombre qui n'ont pas de médecin traitant, donc il y a pas mal de bricole, hein !

Ouais.

Donc qui sont quand même passés par cette case-là, et dont nous... moi je trouve que c'est assez facile d'amener la question de la re-consultation, de revoir quelqu'un. Et en fait, si au départ ils vont pas chez le psy, le médecin qu'ils vont voir va finir par proposer ça. Enfin globalement, j'ai pas de situation... où y a pas eu de psychiatre. Je pense pas.

D'accord. Donc votre rôle globalement, ça s'est limité à, de temps en temps, dire : « Faudrait quand même que tu voies un médecin ! », quoi !

Ouais.

D'accord.

Ouais.

O.K. Est-ce que vous avez eu chez vous des problématiques, je pense que oui comme partout mais je pose quand même la question, où vous saviez plus quoi faire de ces internes, et de toute évidence, la pratique de la médecine générale semblait compromise ? Comment vous avez géré ça ?

Ouais. Ça, c'est la grosse merde, si je peux me permettre. Ça, c'est catastrophique, ça c'est... ça, c'est catastrophique ! En fait, euh... si on les trouve avant leur quatrième semestre, y a la porte du droit au remords vers de la médecine administrative, hein ! Santé publique, médecine du travail, et où moi je trouve que c'est pas du tout une bonne solution parce que en fait, ils sont quand même amenés à faire de la médecine, ces gens ! Donc, ça c'est extrêmement compliqué ! Moi, j'ai pas de solution pour ces problèmes-là. Euh... Souvent en fait, ce qui est problématique pour ces internes-là, c'est qu'ils finissent quand même par se faire invalider. À un moment, y a quelqu'un... Parce que, c'est aussi plein de gens qui valident des stages, en disant : « Comme ça, je le reverrai pas, hein ! » Ça, ça fait aussi partie de nos problématiques. C'est-à-dire que le filtre est pas bon. Tout le monde sait qu'il y a un problème, mais personne veut le voir et personne veut s'en occuper. Et donc si le filtre arrive tard, c'est encore plus compliqué. Mais pour ces internes-là, on n'a pas de solution. Souvent c'est des dossiers qui atterrissent sur le bureau du doyen. Après être passés par le DMG, après être passés par les chefs de service qui ont quand même soulevé un peu des choses, après... voilà. Mais ça, pour nous, c'est des situations extrêmement compliquées, hein.

D'accord. Donc toi, tu as eu des cas où les internes se sont réorientés, ont fait un droit au remords et sont partis du coup vers des spécialités... non cliniques ?

Ouais. Ça, c'est des alternatives qu'on a à proposer.

C'est des gens qui ont accepté, du coup, de suivre cette démarche-là ?

Ouais.

Et ceux qui finissent sur le bureau du doyen, ou ceux qui dépassent les quatrième semestres, on en fait quoi ?

Ouais... Ben ça, c'est une problématique. Moi, là y a une interne, que je sais pas si un jour elle va réussir à finir son internat. *(Silence)* Je sais pas. Je sais pas ce qu'on va faire. Parce qu'elle valide pas ses semestres parce qu'elle arrive pas à faire quatre mois. Donc... voilà. Alors peut-être que l'ARS, à force de payer toujours cette interne, parce que quand même ils vont finir par se rendre compte, il est clair que l'ARS c'est des comptables, hein ! Donc là, la dernière fois le discours, c'était de se dire que « peut-être, si sur un an, elle fait 8 mois, on lui validerait un semestre ou alors comment on fait ? Enfin on sait pas... Enfin... » Voilà. « Ou alors est-ce qu'on dit que si elle arrive à faire six mois sur un an... » Enfin, bon, voilà où on en est. Mais on sait pas.

Qu'est-ce que tu penses de ces solutions-là ?

C'est horrible ! Mais en fait, personne n'a de solution ! Ça n'a jamais été pensé. Y a pas de cadre, pour ça. Y en a pas. La loi dit rien, y a pas de réglementation. Voilà. L'inaptitude ? Comment on fait l'inaptitude pour un confrère ? Ben, on laisse tomber... Ça pose plein de problèmes.

Donc vous avez pas trop de solutions par rapport à ça ? Pas plus que le DMG, pas plus que le doyen, pas plus que personne, c'est ça ?

Ouais, on est extrêmement démunie. Et si y en a, on est preneur. Si y en a qui ont trouvé des bonnes idées, on est preneur.

(Rires) Je t'enverrai les résultats de ma thèse.

(Rires) Ça marche.

Dis-moi, je vais finir, je crois qu'on a quand même bien fait le tour. Par rapport à tout ce qu'on a pu discuter, par rapport à ces façons de prendre en charge ces internes, de les dépister, de les orienter, de les prendre en charge au niveau universitaire, hospitalier, ou quoi que ce soit, de ton point de vue, quelles seraient les mesures à prioriser, par exemple ? Est-ce qu'il y a des choses que tu mettrais en place, et dans quel ordre ?

Si je pouvais faire la liste pour le Père Noël ? Hum... Moi je pense qu'il faut commencer beaucoup plus tôt. Je pense qu'il faut s'inquiéter de savoir si vraiment les gens qui font des études de médecine sont aptes... à les mener et à exercer ensuite au contact des patients, avant, et je pense en particulier durant l'externat. Je pense que l'externat, on rate plein de trucs. Parce que les externes sont trop nombreux, et que ils sont trop anonymes et que... voilà. Et que les exams écrits c'est bien, mais en fait, ça manque franchement de pratique clinique. Parce que sinon, on n'aurait pas peur d'être de garde avec certains co-internes ! Voilà.

Comment faut-il faire ça, du coup ? Comment faut-il évaluer cette aptitude ?

Ah ben moi j pense qu'il faut passer... Mais ça, ça veut dire qu'il faudrait avoir des enseignants qui passent du temps avec leurs apprentis. Ça veut dire qu'il faut arrêter de se gargariser sur le compagnonnage puis qu'il faut le faire pour de vrai, quoi ! Mais bon, ça c'est un peu un mythe en médecine, hein ! On se raconte plein de belles histoires mais on le fait pas, hein ! Concrètement, quand il y a des promos de deux cents externes voire plus maintenant, je ne sais pas combien ils sont... Mais en fait, personne les connaît, hein ! Quel enseignant est capable aujourd'hui de nommer ses externes par leur prénom ? Pas des masses !

Mmm...

Ceux qui le font font bien leur job, mais ceux qui le font pas... ben on a du mal à leur reprocher, parce qu'en fait, y a tout le reste. Mais c'est quand même une vraie problématique, moi j pense.

D'accord.

Donc je pense qu'on passe pas assez de temps à identifier ça en amont. Donc forcément les problèmes arrivent le jour où ils se retrouvent confrontés à de la pratique clinique quasiment... 100 % de leur temps. Parce que, quand t'es interne, le seul truc que tu fais quasiment, c'est ça. Et que bon ben là, forcément, y a des failles qui apparaissent, quoi ! Parce que ouais, tu te retrouves tout seul de garde la nuit et qu'il faut bien... tu peux pas aller te cacher, quoi ! Tu peux pas ! Donc ça c'est compliqué. J pense que là aussi, ça manque cruellement d'accompagnement. Enfin pour moi vraiment, la problématique elle est celle-là, hein ! Il faudrait que les internes aient un référent. Théoriquement, ils sont supposés chez nous avoir un tuteur. En fait ça marche pas parce que le tuteur ils le voient pas assez pour avoir une relation de confiance. La moitié des tuteurs, je pense, ne savent pas à quoi ça sert d'être tuteur. Et puis se préoccupent pas du tout de savoir ce que deviennent leurs internes ! Ils se disent que si l'interne les appelle pas, c'est que... il est trop occupé à faire la fête, ou que... je sais pas quoi. Et donc en fait, ils imaginent même pas, je pense pour une bonne partie d'entre eux, que ça peut être des internes qui sont complètement en train de se noyer !

D'accord. Comment fonctionne le système du tutorat chez vous ?

On a un tuteur qui nous est attribué de façon aléatoire quand on arrive... à la fac. On est prié de le contacter pour théoriquement le voir [...] fois tous les semestres, le minimum c'est [...] par an. Et on doit pour pouvoir soutenir notre DES avoir nos [...] attestations de rencontres tutorées. Donc faut les présenter.

D'accord.

Voilà. Ça fait qu'on se retrouve avec des tuteurs qui peuvent être à l'autre bout du... de la région pour des internes. Ça fait qu'en fait, les tuteurs ont pas le choix, ils sont obligés d'être tuteurs parce que, comme le nombre a explosé, on en colle à tous ceux qui sont maîtres de stage universitaires. En fait, il y en a une bonne partie que ça n'intéresse pas du tout. Donc voilà, ça fonctionne pas très

très bien. Même si moi je pense que c'est un très bon outil. C'est-à-dire que si les tuteurs s'inquiétaient de leurs internes... voilà. Mais bon, on considère que les internes doivent être adultes, que c'est à eux de se débrouiller, d'aller chercher de l'aide si ils en ont besoin. Sauf que moi je pense que les gens qui sont vraiment en difficulté, ils sont plus capables d'aller chercher de l'aide, quoi ! Il sont en train de se noyer, quoi !

Donc si j'ai bien compris, il faudrait d'une part qu'il y ait une meilleure... un meilleur dépistage, une meilleure prise en charge dès l'externat, et puis au niveau de l'internat, il faudrait... un des outils, ce serait ce tutorat qu'il faudrait améliorer, qu'il faudrait optimiser.

C'est-à-dire, ce que je pense, il faudrait un accompagnement individuel des internes, ou qui soit proche de l'individuel, ça c'est sûr. Et encore une fois, moi je pense qu'une des solutions, c'est que les internes travaillent moins ! Je me répète mais je suis convaincue de mon histoire ! Qu'on aurait beaucoup moins de problématiques difficiles. Et je pense aussi qu'il faudrait des contre-pouvoirs, c'est-à-dire qu'il faudrait des sanctions, pour les maîtres de stage ou les médecins seniors qui remplissent pas leur rôle. Voilà. Moi je pense que les médecins qui ne répondent pas à leur téléphone devraient être sanctionnés ! Pour ça ! Je pense que les médecins qui partent en vacances en laissant les clés de leur cabinet à leur interne de stage prat' devraient être sanctionnés ! Pour ça ! Voilà. Mais bon, en médecine, la sanction, c'est un truc qui existe pas trop, hein ! Donc je pense que ce serait... Enfin, y a pas de mesure de rétorsion ! Et d'ailleurs, c'est vrai avec la réforme du temps de travail, hein ! Donc on a dit qu'il fallait que les internes travaillent moins de quarante-huit heures par semaine, mais il n'y a pas de sanction pour les hôpitaux qui n'appliqueront pas cette loi. Résultat : 100 % des CHU n'appliquent pas cette loi aujourd'hui ! Bon ben... à partir de là... voilà !

O.K. Est-ce qu'on a fait le tour ? Est-ce que tu veux ajouter quelque chose ? (*Silence*) Je t'ai bien remontée, là, je sens que tu vas bien dormir, ce soir !

(*Rires*) Non, mais pour moi c'est vraiment une problématique fondamentale... où en même temps, il y a une ambivalence. Parce qu'on est mine de rien des privilégiés, faut quand même avoir conscience de ça. On va sortir de nos études en étant sûrs d'avoir du boulot, ce qui est pas le cas de la majorité des gens de notre génération. On va gagner très correctement notre vie. On fait un boulot qui est génial. Mais en fait, ces années d'études où il y a une maltraitance physique, psychologique, financière, tout ce qu'on veut, sert de justification au fait qu'on pourra surcompenser... après. C'est la justification pour faire tout et n'importe quoi, quoi ! Pour faire du dépassement d'honoraires astronomique, pour faire... voilà ! Parce qu'on en a tellement bavé que voilà, « vous comprenez, on a sacrifié dix ans de notre vie donc maintenant, on peut faire tout ce qu'on veut, quoi, on peut tout se permettre ! » Ben moi, je pense que si on faisait pas dix ans comme ça, horribles, et que plutôt ça se passait bien, un, on aurait de meilleurs médecins. Ils seraient moins maltraitants avec leurs patients. Et deux, en plus, ça permettrait sûrement en terme de santé publique de rééquilibrer pas mal de choses. Voilà. Mais ça, t'es pas obligé de le mettre. C'est juste mon opinion personnelle !

O.K. Juste, sur la santé publique, qu'est-ce que tu veux dire ?

Ben parce que, en fait, les toubibs ça coûte cher, hein ! Alors qu'on prescrit beaucoup de merdasses, hein ! (*Silence*) Au moment de la création de la Sécurité sociale, 50 % du budget de la Sécurité sociale, c'était des indemnités journalières. Aujourd'hui, c'est 8 %. Par quoi ça a été remplacé ? Par énormément d'exams complémentaires, énormément de médicaments qui servent à rien. Pas que, hein, y en a aussi qui sont utiles mais bon quand même. Ça pose question, hein ? Qu'est-ce qu'on fait avec l'argent des travailleurs ? Nous, les toubibs ? Mais ça, c'est pas le sujet de ta thèse, je crois.

O.K. (*Rires*) On va s'arrêter là. Ça marche. Bon, je t'envoierai les résultats, je pense que ça t'intéresse ?

Ouais. Carrément.

Ça marche. On va arrêter là l'enregistrement.

(*Fin de l'enregistrement*)

Entretien 12

(Tonalités)

Oui ?

Oui ? Voilà. Est-ce que le son est bon pour vous ?

Oui. Ça va.

Ça va ? Bon, O.K. Alors, on a fait une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés pour ma thèse.

Oui.

Donc du coup j'ai un petit script d'entretien un peu officiel à vous lire pour commencer...

D'accord.

... et puis on attaque dans la foulée ?

Très bien.

Voilà. Donc c'est une thèse de l'Université Paul Sabatier - Toulouse III. Donc mon travail s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? »

D'accord.

Donc je vais avec votre accord enregistrer cette conversation. Vous pouvez bien sûr vous y opposer et refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. En cas d'enregistrement, la conversation sera retranscrite et anonymisée. Les enregistrements seront conservés pour une durée maximale de trois mois et les verbatims anonymisés seront versés en annexe de la thèse. Donc sachant cela, êtes-vous toujours d'accord pour participer et pour être enregistrée ?

Oui. D'accord.

O.K. Donc dans le cadre de l'étude, je recueille un certain nombre de données personnelles qui sont votre nom, prénom, votre âge, votre genre, votre statut, votre structure d'appartenance et votre fonction au sein de cette structure, les adresses professionnelles postales et électroniques, le numéro de téléphone à usage professionnel et... votre voix dans le cadre de cet entretien.

D'accord.

Tout cela fera donc l'objet d'un traitement informatique et toutes ces données seront supprimées d'ici la fin de l'année. Les destinataires sont moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour le codage et l'analyse. Et juste, avant de commencer, donc je vous demanderai dans la mesure du possible de ne pas fournir de données personnelles concernant les internes en difficulté dont vous auriez pu être amenée à vous occuper dans le cadre de votre activité.

D'accord.

Sachant que si il y a des choses qui sortent, on anonymise donc ce n'est pas non plus la catastrophe.

Oui. Bien sûr.

Voilà. Alors pour commencer, je voudrais savoir, vous, votre statut et votre poste en fait au sein du DMG.

Ouais. Et bien je suis [...] depuis bientôt deux ans.

D'accord.

En médecine générale, bien sûr.

Je vais vous demander votre âge.

[...] ans. Bientôt.

D'accord. On peut se tutoyer, alors ?

(Rires) Oui, voilà.

Bon, très bien. C'est plus simple comme ça. O.K. Je vais vous demander : à [...], la faculté a un nom particulier ? Ou l'université ?

Non, non non ! Faculté de médecine et de pharmacie de [...].

D'accord. O.K. Actuellement, le contexte de l'entretien, vous êtes à votre domicile ? Dans votre bureau à la fac ? C'est à peu près calme, ça va ?

Je suis à domicile. Ouais, c'est calme.

Est-ce que vous savez combien de personnes sont inscrites dans le DES à [...] ?

Le DES de médecine générale ?

Ouais.

Oui, alors attendez... (Elle compte à voix basse) Il doit y avoir à peu près [...] personnes, entre [...] et [...].

D'accord. Combien...

Même [...], je dirais.

D'accord. Est-ce que tu sais combien vous êtes d'enseignants universitaires et associés ?

Euh... Alors il y a [...] chefs de cliniques, y a [...] professeurs associés ou universitaires, et il doit y avoir (elle compte à voix basse) [...], non, [...] maîtres de conférences associés.

O.K. Et en plus, est-ce que vous savez à peu près... enfin bon, le nombre approximatif d'enseignants généralistes, enfin de chargés de cours, quoi ?

Maîtres de stage et tout ça ? Ouais... Euh... Y en a pas mal. Enfin, en maîtres de stage, y en a à peu près peut-être [...] sur la subdivision, mais alors après qui fassent des cours, je saurais pas te... Une vingtaine, hein ! Sur tout [...].

D'accord.

Enfin, [...] en plus, peut-être pas. Il doit y en avoir [...], en plus des maîtres de conf' et tout ça.

D'accord. O.K.

Finalement, c'est toujours les mêmes qui font les cours (rires) !

O.K. Très bien. Bon on va pouvoir commencer. Alors moi je commence globalement mes entretiens toujours de la même façon, par une question assez globale, où je demande à mes interlocuteurs un petit peu ce qu'ils pensent, la façon dont ils qualifient la santé des internes de médecine générale dans leur ville, voilà. De leur point de vue.

La santé ou la prise en charge de la santé ?

Non, non non. La santé. Vraiment vous, comment vous les trouvez vos internes, en gros.

En majorité on va dire qu'on les trouve plutôt bien, autant sur le plan psychique que physique, on va dire. Après euh... il y a un biais on va dire, puisque que personnellement j'ai été dans le syndicat des internes de médecine, puis maintenant [...], donc je sais vraiment tout ce qui se passe euh... au sein de la faculté. Il y a un certain... je sais pas, je dirais peut-être un cinquième des internes qui est quand même en difficulté... rapidement. Via les stages, on découvre des personnalités quand même assez *borderline*, je dirais.

D'accord.

Qui ont probablement été... qui étaient certainement là avant, pendant l'externat, mais l'externat est tel qu'il est qu'on ne le voit pas, on va dire. Donc... ouais.

D'accord. Vous différenciez différents... plusieurs situations un petit peu au sein de ces internes qui sont en difficulté ?

(Silence prolongé) Alors souvent, je dirais que c'est probablement par rapport à une difficulté face à la... responsabilisation des internes en stage. C'est-à-dire qu'ils se rendent compte finalement de tout ce qu'ils vont avoir comme responsabilités par rapport aux patients, et cetera. Et là, c'est souvent source d'angoisse. Donc je dirais que souvent c'est des gens assez anxieux. Et qui se rendent compte de ce qu'est vraiment le métier, on va dire.

Mmm...

Donc c'est plus, ouais, des... par rapport à un problème d'anxiété.

D'accord. Parce que comme vous me parliez... Comme tu utilisais, pardon, le terme *borderline*, c'est pour ça que je voulais clarifier un petit peu.

Ouais, peut-être pas *borderline* mais... Y en a quand même pas mal, enfin du coup je les vois moi maintenant, mais... qui sont en burn out dès la première année d'internat.

D'accord. Et comment tu essaies d'expliquer cette proportion importante ? Grandissante ?

Ben je pense que c'est justement la mise en situation, on va dire, où on les laisse... où ils deviennent autonomes. Ils doivent prendre des décisions, ils se rendent compte des responsabilités qu'il y a derrière le fait d'être médecin. Et c'est peut-être un... enfin, ils sont pas forcément toujours hyper encadrés, et donc... et donc c'est là où y a source d'angoisse, et puis rapidement s'ils se confient pas, parce que « les autres, ils ont l'air de gérer, donc forcément on va pas dire que nous, ça va pas ! », et ben après ils vont vers le burn out petit à petit. Parce qu'on est quand même dans un métier où l'on est censé... y arriver !

Ouais.

Donc... ouais, c'est difficile, et c'est souvent quand ils sont en échec que là, on les repère.

D'accord.

Par leurs maîtres de stage, par leurs co-internes, ou même par eux-mêmes. On voit bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas, et donc on les repère comme ça. Mais... ouais.

D'accord. Là, tu me parles de repérage. Euh... Quels sont les moyens que vous, vous avez éventuellement à disposition pour justement, pour dépister, pour repérer ces internes à [...] ? À part les maîtres de stage ?

Alors ben souvent, ça va être des difficult... En fait, ils ont des... Donc en dehors du stage, ils ont des enseignements théoriques auxquels ils doivent participer, et y a des écrits, des traces, des RSCA et cetera, à rendre soit tous les semestres, soit par an, ça dépend. Enfin, il y a différentes choses à faire.

D'accord.

Et on va dire qu'on les... Et ils ont un tuteur aussi ! Et on va dire qu'on les repère à travers ça ! Parce que si en stage, ça s'est pas bien passé, quand ça se passe pas bien, le maître de stage tique, il peut contacter le DMG. Euh... Si il n'a pas vu son tuteur dans l'année, le tuteur peut contacter le DMG. Si il n'a pas rendu ses écrits aussi, on va le voir parce que administrativement, il va y avoir un problème pour le valider normalement sur l'année. Donc tout ça, ça nous fait des petits points de repérage, on va dire. Après voilà, c'est personne dépendant, parce que encore une fois, il faut que le maître de stage nous prévienne, il faut que le tuteur nous prévienne, il faudrait... il faut être sûr... Enfin, on arrive quand même en fin d'année pour être sûr que tout soit bien fait au niveau des RSCA. Donc c'est-à-dire à peu près vers novembre. C'est là où on se rend compte que... si il y en a un qui ne l'a pas fait. Comme nous c'est sur une plateforme internet, après, qu'ils déposent leur RSCA, donc c'est en novembre de chaque année que ça se ferme pour l'année écoulée...

D'accord.

Donc si ça a pas été rendu, euh... c'est là qu'on va s'en rendre compte. Donc il y a déjà un an qui est passé, quand même !

D'accord.

Donc c'est surtout ça. Après euh... Ou alors, si ils ont pas été présents aux enseignements théoriques obligatoires. Aussi.

D'accord. Donc pour les validations des traces d'apprentissage, y a une... y a des *deadlines* annuelles, c'est ça ?

Oui ! Ouais, ouais ! C'est ça ! Ben, premier novembre. Au premier novembre, c'est la deadline annuelle, c'est ça (*rires*) !

D'accord.

Ils doivent avoir rendu avant, et sinon la session sur laquelle... Enfin, la session... si, c'est bien une session sur laquelle ils doivent remettre, et bien ils peuvent plus le faire, enfin c'est fermé ! C'est bloqué ! Donc ils peuvent plus déposer leurs traces.

D'accord. D'accord, j'ai compris. Tu m'as dit, donc, que les maîtres de stage universitaires ou les tuteurs peuvent contacter le DMG. Au niveau du DMG, est-ce qu'il y a une personne référente identifiée pour ces problématiques-là ?

Oui... En fait, on a monté une commission qu'on appelle la commission de soutien aux internes et (*elle insiste sur le « et »*) aux maîtres de stage, puisque en fait... elle est dans les deux sens. Euh... Commission de soutien... donc ça va faire [...] qu'elle existe à peu près, et dedans donc il y a un maître de conférences, un [...] et puis il y a une troisième personne... alors, ça varie. Si c'est un interne qui demande à être... qui fait appelle à la commission ou si c'est un maître de stage pour un interne en tout cas, donc il y a trois... enfin, le maître de conf, le [...] et le troisième médecin, qui est un professeur [...], et l'interne peut venir avec un représentant du syndicat des internes en médecine. Voilà. Et par contre si c'était, mais bon ça t'intéresse peut-être pas, mais si c'était un maître de stage, pour le coup, y a aussi un des... y a pas le syndicat des internes forcément, par contre y a le représentant, enfin le président de l'association du collège des enseignants de médecine générale de [...].

D'accord.

Voilà. Donc, oui oui, y a une commission. Alors du coup, maintenant de plus en plus elle est connue, puisque justement on le dit à chaque fois, et parce que c'est pas à visée de sanction ou quoi ce que soit, c'est vraiment à visée de soutien, et de voir ce qu'on peut faire au mieux pour aider la personne.

Ouais.

Et donc ça peut être aussi, l'interne des fois peut être en difficulté à cause d'un maître de stage on va dire, et puis du coup on va aussi demander à voir le maître de stage, pour voir ce qui se passe exactement. Pour savoir.

D'accord.

Voilà. Et puis euh... qu'est-ce que je voulais dire ? Euh... Donc oui, donc en fait le réseau, c'est un peu... Y a un problème par rapport à un interne, quel qu'il soit, que le maître de stage n'arrive pas à le résoudre tout seul, on va dire. Donc à ce moment-là, il est censé faire appel au tuteur de cet interne, pour voir ensemble ce qu'ils peuvent faire pour que ça se passe mieux pour l'interne, soit en stage soit par rapport à ses obligations théoriques, on va dire. Et si à eux trois, ils y arrivent pas, ils peuvent faire appel à ce moment-là à la commission. Pour voir ce que nous, de façon neutre, on peut faire pour aider un peu mieux et pour voir ce qui se passe exactement. Est-ce que c'est un problème juste d'organisation, de relations, ou plus loin, peut-être un problème... vraiment psychologique plus important, on va dire.

D'accord.

Parce que souvent, si on regarde le parcours des internes en difficulté, on se rend compte que ça revient... enfin, pour quelques-uns, ça revient... c'est déjà là avant, pendant l'externat ! Y avait toujours eu ces... des petites choses qui n'allaient pas et qui sont toujours passées à côté et puis euh... qui ressortent peut-être un petit peu plus à l'internat, puisque là on demande vraiment beaucoup plus de responsabilités à l'étudiant et donc, ben sa personnalité ressort bien, quoi !

D'accord. Et ça c'est des choses dont vous vous êtes rendus compte parce que vous avez accès au dossier universitaire des internes, ou c'est lors des... lors des discussions avec les internes pendant la commission ?

Alors y a un peu des deux. Y a un peu des deux. Puisque... pour ceux qui étaient à la fac de [...] en tout cas, c'est facile de le savoir puisque il suffit de demander à la scolarité. En fait, quand on récupère les dossiers des internes, c'est souvent du coup quand on a un interne qui va venir en commission, on va lui demander... enfin, on va demander à la scolarité de voir ses anciennes évaluations de stage, savoir ce qu'il a fait exactement au niveau théorique, et cetera, pour... ben pour avoir un peu de façon neutre tout ce qui a été, tout ce qu'il a pu faire.

D'accord.

Après, on va forcément avoir sa version. Puis la version qu'on a pu avoir du maître de stage, euh... au cours d'un entretien avant, qui explique pourquoi il demande à ce qu'on le voit. Donc pour ceux qui ont été en plus à la fac de [...] avant, on a tout le dossier externat aussi. Donc, ça, on le voit à travers. Des fois on leur demande, hein, tout simplement. Comment ça s'était passé avant. Comment ça se passait avant pendant l'externat, d'où il vient, et cetera. Pourquoi il est arrivé à [...], voilà.

D'accord. O.K. Et cette commission, comment vous faites pour la faire connaître, pour diffuser un petit peu son existence ?

Ben déjà on le dit à tous les tuteurs. On la diffuse par mailing, en fait. On l'a dit aux tuteurs, y a un forum sur le collège des enseignants où sont inscrits tous les maîtres de stage. Et puis tous les ans, y a l'assemblée générale et on le répète.

D'accord.

Et c'est dans le livret de l'interne. En début d'année, enfin en début de première année, ils reçoivent un livret et c'est écrit dedans. Et normalement, je pense que c'est sur internet mais je suis pas sûr, ça je peux pas le confirmer.

D'accord. D'accord. O.K. Et donc, le travail de la commission, c'est vraiment un travail purement pédagogique ? Quels sont ses moyens ?

Oui, c'est purement pédagogique. C'est vraiment pour aider, voir on va dire quelle est la souffrance à la base, pour comprendre un peu mieux pourquoi on en est là. Euh... les moyens... en fait, c'est vraiment du cas par cas. On essaie de voir par exemple, je sais pas moi... Quand c'est un problème de... La dernière fois, on a eu un cas... c'était plus un problème relationnel avec les maîtres de stage puisque tous ses autres stages s'étaient plutôt bien passés. Enfin... voilà. Et donc si c'est un

problème relationnel, dans ces cas-là, on essaie de voir... enfin, on essaie de, comment dire... C'est difficile parce que là, c'est vraiment une question de deux personnalités qui se comprennent pas forcément. On essaie de faire comprendre à l'interne aussi des fois que, y a des moments où c'est un fonctionnement de service qui est comme ça et même si ça ne lui correspond pas en tant qu'interne, la personnalité et cetera, et qu'il ne comprend pas pourquoi il faut faire ça comme ça et voilà, il y a des fonctionnements qu'il peut pas revenir dessus ! Il faut s'adapter ! Y a des fois on est un peu... on n'a pas plus de moyens que ça, malheureusement ! Après le plus souvent, ce qu'on rencontre, c'est plus... C'est pas forcément les stages, le problème c'est plus au niveau de la... des enseignements théoriques et des écrits. Et c'est là où je dis, c'est là qu'on se rend compte qu'ils ont tous un peu le même profil, c'est à dire que c'est tous... enfin tous, on en a peut-être eu trois ou quatre là sur un an, enfin c'est souvent un problème de désorganisation.

Oui ?

Et puis euh... je dirais de rejet de l'enseignement tel qu'il est fait. (*Silence*) Mais je sais pas si c'est la cause... ou... tu vois, la conséquence du fait qu'ils vont pas bien.

D'accord.

Voilà... avec... souvent des internes qu'on remarque assez anxieux au final. Et donc là pour les aider, ce qu'on fait... Donc souvent, on arrive en deuxième année ou troisième année, des fois, avant qu'ils ne soient repérés. Et donc on essaie de faire une sorte de plan de rattrapage. C'est qu'en fait ils n'ont pas forcément toutes les traces de faites. Par exemple, on arrive en troisième année, ils ont fait... ils sont censés avoir vu [...] fois leur tuteur, ils sont censés avoir fait au moins [...] RSCA et [...] d'apprentissage par semestre. Et en plus ils ont, tous les mois, ils ont un enseignement. Que ce soit un séminaire ou un [...], c'est les groupes d'échange [...]. Donc tous les mois, ils ont un ou deux enseignements. Donc ils peuvent arriver à être à deux ans, trois ans voire des fois, et ils en ont pas fait la moitié ! Donc dans ces cas-là en fait, on monte avec eux, et puis en tenant informés le tuteur et les maîtres de stage, le programme de rattrapage.

D'accord.

Comment il va faire pour rattraper ses enseignements et comment il va faire pour rattraper ses... les écrits et cetera. Pour ne pas être à la fin invalidé.

D'accord.

Donc voilà. Après... je pense qu'il y aurait d'autres choses à faire derrière, mais... puisque bon, comme je te dis, c'est souvent des personnalités anxieuses et cetera. On les aide pas plus que ça finalement pour... là-dedans, par rapport à ça, leur anxiété et tout.

D'accord. Par rapport à la prise en charge médicale, la commission n'intervient pas du tout ?

Non, pas du tout.

Et est-ce que vous intervenez aussi, parce qu'on a beaucoup parlé des stages ambulatoires, est-ce que vous avez une possibilité d'intervention aussi sur les...

Ah, mais c'est ambulatoire ou hospitalier, hein ! Ouais, ouais. La commission intervient aussi pour les internes en stage hospitalier.

D'accord. Et donc là, tu m'as parlé des possibilités que vous aviez un petit peu pour moduler les enseignements pour ces internes-là, enfin pas moduler mais en tout cas faire des... des rattrapages, est-ce que des choses sont prévues pour le travail sur les lieux de stage ? La commission peut-elle faire quelque chose ou est-ce qu'il y a d'autres moyens de faire quelque chose à ce niveau ?

C'est-à-dire ? Leur laisser plus de temps, ou comment ?

Non. Pour ces internes-là qui vont être par exemple en grande difficulté, par exemple pour des troubles anxieux, est-ce que vous pouvez agir sur les lieux de stage, ou sur le cursus des stages ultérieurs, par exemple, ce genre de choses ?

Ah, oui. Alors, sur le lieu de stage, euh... on peut éventuellement en discuter avec les maîtres de stage, pour adapter plus par rapport à l'interne, enfin la personne concernée. Ça, on peut le faire, on l'a déjà fait. Après, par rapport au cursus d'après, aux stages qu'il va rester après et cetera, euh... non, parce qu'en fait il choisit par ordre de classement. Donc pour après, il a le libre choix. Après quand on le voit et qu'on lui demande ce qu'il va faire par exemple le semestre d'après, si on voit que c'est pas cohérent par rapport à la charge de travail ou au stress qui peut être lié à ce stage-là, par exemple, on va le conseiller. Mais c'est tout, on n'a pas plus de poids que ça, hein !

D'accord. Y pas du tout...

On n peut pas flécher un stage ou quelque chose comme ça pour une personne. À moins que ce soit dans un DESC. Mais non, pour une personne... En tout cas, on l'a jamais fait.

D'accord. Ça, c'est des choses qui n'existent pas du tout chez vous. O.K.

Non. Non non. Du tout.

O.K. Concernant l'invalidation, est-ce que justement les situations d'invalidations qui pourraient être liées à des problèmes en stage, et non à des problèmes de traces d'apprentissage, est-ce que donc ces situations-là d'invalidations donnent lieu justement à... un passage en commission, ou à une surveillance particulière ?

(Silence) Oui. *(Silence)* En fait, tous ceux qui tous les semestres sont invalidés, souvent on le sait avant parce que justement ils ont fait appel à la commission. Parce qu'on se rend compte que tous les maîtres de stage, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, ils sont souvent eux-mêmes en difficulté à se dire qu'ils invalident quelqu'un. Puisque ils sont pas forcément à l'aise non plus à se dire : « Bon ben, je le fais invalider, il a quand même six mois de plus à faire », et cetera. Donc très souvent, ils nous appellent. Soit ils savent qui est dans la commission, soit ils appellent directement le directeur du DMG.

Ouais.

Qui lui nous dit... nous parle de l'interne, son stage et cetera, et qui nous demande de le convoquer. Et donc souvent, quand il y a un interne qui est en difficulté et qu'ils vont invalider, ils nous le font savoir, ils font appel à nous. Là, on essaie de voir ce qui est au mieux. Est-ce qu'on voit pour essayer d'or... enfin, de revoir avec le maître de stage si une invalidation est nécessaire ou si on peut le valider cette fois-là. Euh... Après, nous, on prend pas du tout de décision, on est vraiment là pour conseiller, aider à y voir plus clair, mais on prend pas de décision. Ça va être dans les mains des maîtres de stage ou du directeur du DMG. On fait une sorte de rapport et puis après c'est eux qui prennent la décision. Et c'est confidentiel, c'est qu'entre nous et personne d'autre ne le sait.

D'accord.

Qu'est-ce que je voulais dire... Oui, et après euh... ces internes-là, qui ont été à risque de pas être validés ou qui ont été invalidés... on les surveille les semestres d'après pour voir comment ça se passe dans leurs stages, et comment... et si... si ça se passe bien, si ils vont bien être validés la fois d'après ou si il y a vraiment quelque chose qui va pas. À ce moment-là, revoir peut-être l'interne ou revoir même pour le réorienter si c'est encore possible, faire un droit au remords par exemple.

D'accord. Parce que vous avez eu des situations comme ça, où effectivement la pratique de la médecine générale semblait compromise ?

Ouais. Voilà. Dès le premier semestre, on a eu une interne une fois, ça n'allait pas. On lui a dit de continuer pour voir. Deuxième semestre, pareil. Et du coup, droit au remords. On en a eu deux ou trois, comme ça, déjà.

D'accord. Et est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'avoir des situations où carrément, c'était la médecine tout court qui semblait compromise ?

Alors oui, on en a eu une. Euh... et... mais arrivée à ce stade d'études, elle a préféré continuer quand même, d'être diplômée et revoir après si elle exercerait ou elle se réorienterait vers les études qu'elle voulait faire.

D'accord. Mais c'est une interne qui malgré tout a été validée jusqu'au bout, y a pas eu de...

Alors elle a eu de nombreuses invalidations ! Et au final, elle est arrivée jusqu'au bout de... elle a passé son mémoire, elle a été validée et cetera, il lui reste plus que la thèse.

D'accord. O.K. Et... O.K. Est-ce que dans toutes ces situations-là, on a parlé plus de stress, de burn out, d'anxiété, de choses comme ça...

Mmm ?

... mais est-ce que vous avez eu des cas où vous vous êtes retrouvés avec d'authentiques problèmes comme des pathologies médicales psychiatriques ? Comment vous gérez dans ces cas-là ?

(Silence prolongé) Alors on en a eu un une fois qui nous avait avoué prendre un traitement. Euh... Mais qui avait déjà un suivi psychiatrique, de longue date hein, mais je pourrais pas te dire ce... Si, je crois que c'était une sorte de trouble de l'attention. Mais après non, on s'est pas mêlé plus que ça. Après on a voulu savoir si son traitement lui convenait et cetera, si il avait un suivi psy... enfin un suivi médical en tout cas, peut-être pas psychiatrique mais médical régulier et cetera. Et on en a eu deux, oui, qui avaient fait une dépression, quand même. Et qui étaient sous traitement. Mais... Et qui avaient un suivi. Mais après euh... Encore une fois, on leur conseille de voir leur médecin régulièrement, de faire appel pourquoi pas à un psychiatre si besoin, un psychologue, mais... on peut pas les forcer en fait ! Et on n'veut pas !

Ouais.

Alors je sais pas comment c'est ailleurs, mais nous on... on se donne pas le droit de les forcer à faire des choses comme ça !

D'accord. Tu m'as dit, « les gens qui sont passés en commission, on s'assure de la suite ». Comment ça s'organise, ce suivi-là ? Vous les re-convoquez ? Comment ça se passe ?

En fait, on travaille avec et on est assez proche du syndicat des internes en médecine, et donc euh... avec la représentante [...], on les suit en fait. Donc ils nous tiennent au courant le semestre d'après... de ce qui se passe pour tel ou tel interne qui a été vu en commission. Comment se passe son semestre ? Où est-ce qu'il en est ? Et cetera. Et donc on est informé à travers le syndicat des internes et à travers la scolarité. En fait, c'est de nous-mêmes, on va se renseigner... Voilà. On fait un point, on va dire.

D'accord. Quand tu dis la scolarité, c'est-à-dire justement les traces d'apprentissage, voir si tout est rendu dans les temps, la présence, ce genre de chose ?

Ouais. Voilà. Ouais, ouais. Si il y a pas eu des échos, aussi, de la part d'un stage, d'un maître de stage qui aurait appelé pour cet interne-là. Parce que des fois, ça appelle à la scolarité, on n'est pas tout de suite informé et donc voilà.

D'accord, O.K. Une des dernières questions. Est-ce que vous avez eu des situations de... de suicides ou des perdus de vue, des choses comme ça ?

Euh... (Silence prolongé) En tant qu'interne, non. Non, on n'a pas eu de... non, non. Pas de suicide.

D'accord. O.K. Du coup, je finirai juste en te demandant, par rapport un petit peu à tout ce qu'on a pu évoquer là, les problématiques de... de... de repérage, de prise en charge, d'encadrement de ces internes-là, est-ce que toi, il y aurait des mesures qui te sembleraient importantes à mettre en œuvre, à prioriser, pour ces internes-là ?

Euh... Alors moi, il y avait quelque chose que je voulais faire sur [...] et qui n'a toujours pas été fait. Alors c'est pas... c'est pas ces internes-là en particulier, c'est tout interne je pense devrait avoir une sorte d'évaluation psychologique en début d'internat. Alors, pour moi, ça devrait être même en début d'années de médecine, hein ! Donc dès le début, dès l'arrivée en P2. Et qui serait à faire tous les ans, au moins. Justement pour détecter, ben tous les internes qui ont des soucis d'ordre... qui ne sont pas juste des problèmes d'un peu de stress ou d'organisation et cetera, parce que voilà ça

devient difficile, mais vraiment des problèmes plus profonds qu'on ne détecte pas ou qu'on détecte beaucoup trop tard. Euh... et donc, ouais, alors au niveau de l'externat je sais pas ce qu'on peut faire, mais en tout cas au niveau de l'internat, l'idée qu'on avait à [...], c'est de le faire à la rentrée en DES et à répéter tous les ans.

D'accord. Et pour le moment, ce n'est pas mis en place pour quelles raisons ?

Non. (Elle soupire) Je pense parce que tout le monde n'est pas convaincu de ça, et parce qu'on se donne pas les moyens. Parce que je pense qu'il suffirait de faire appel en premier à des psychologues, et d'avoir une sorte de partenariat avec elles ou avec eux... pour mettre ça en place. Je suis pas sûre que ce soit si compliqué que ça, mais faut arriver à convaincre tout le monde, quoi.

D'accord. Et... donc en fait, ce que tu me... comme je le comprends, en tout cas, c'est que...

Une sorte de dépistage, quoi !

Mais donc ce serait en fait d'évaluer l'aptitude de ces internes au niveau psychologique, quelque part ?

Ouais. Ouï.

Est-ce que c'est pas quelque part le rôle de la médecine du travail ?

(Silence) Ah, ben si ! Complètement ! Mais est-ce qu'on a une vraie médecine du travail quand on est interne ?

Ben... je te pose la question.

Ben moi je dis non. Les rapports avec la médecine du travail à [...] ? En fait, ça dépend du stage où on est. Puisque... enfin, de ce que je me rappelle de l'internat, moi j'ai été contactée une seule fois, en premier semestre, et après plus du tout. Et c'était vraiment du médical, enfin du physique pur, hein ! C'était vraiment, les problèmes de santé organique, mais rien à voir avec le psychique. Donc ça dépend des hôpitaux en fait. Quand on arrive interne dans tel ou tel hôpital, la médecine peut nous... enfin, peut les contacter ou pas. Et voilà, c'est tout. Y a pas de... y a pas plus que ça. Y a pas vraiment de lien avec la médecine du travail.

Y a pas de procédure centralisée au niveau du CHU ?

Non, du tout. À part la fameuse feuille, mais que je pense tout interne de France remplit, avant de rentrer en DES, enfin en tant qu'interne, c'est même pas en DES, euh... quand on finit l'ECN là et qu'on reçoit le papier à remplir... par son médecin traitant ou par n'importe quel médecin. Et finalement, on en connaît plein qui l'ont faite remplir pendant leur stage par un de leurs maîtres de... par des médecins du service. Donc voilà, c'était pas non plus très... y a pas de cadre vraiment très bien fait.

D'accord. O.K. Est-ce que t'as éventuellement autre chose à ajouter ? Ou pas ?

Là, comme ça, non, à part que c'est une thèse hyper intéressante (rires) ! Si on arrive à faire avancer ce problème-là. Parce que je pense qu'il y en a beaucoup qui se perdent dans les années de médecine, ou en tout cas qui sont en souffrance et n'osent pas le dire puisque... en terme de suicide, on en a eu pas mal mais c'était à l'externat. En tant qu'interne, en tout cas de médecine générale, on n'en a jamais eu. Euh... Dans les spés y en a eu. Et dans les externes aussi. Et après, nous sur [...] on a une grosse étude qui s'appelle [...] et qui justement essaie de voir quelles sont les personnes les plus à risque, quelles sont les méthodes pour éviter ça, et cetera.

Ouais...

Qui est en train de se finir, je crois d'ailleurs. Qui a été menée par [...] internes, c'est une thèse en fait, menée par [...] qui est [titre universitaire]. Du coup, y avait six ou sept internes sur la thèse, puis chacun avait une population différente ou une méthode, enfin une méthode différente, pour combattre... en fait pour éviter le burn out, en gros.

D'accord.

Ça s'appelle [...], je pense que si ça t'intéresse tu peux les trouver sur internet.

Je pense que j'ai dû voir passer... je pense que j'ai dû m'en servir dans le cadre de mon mémoire de DES, où j'ai fait un peu une revue de la littérature des thèses sur le sujet. Donc je pense que j'ai dû voir passer certains des... certaines des thèses, peut-être. C'est bien possible.

Ouais. Ben alors là, ça touche que l'externat pour le coup. Ils ont pas... je crois pas qu'ils aient fait les internes. Ils voulaient le faire au début, puis au final c'était un peu compliqué, je crois. Et donc...

D'accord. Ah, ça a été fait sur les externes ?

Ouais ! Ouais ouais !

D'accord. O.K. Très bien.

(Silence)

Bon, et ben je te remercie !

Bien je t'en prie.

(Fin de l'enregistrement)

Entretien 13

(Tonalités)

Oui ? Dr [...].

Oui ? David Clémenton, l'interne de Toulouse.

Oui. D'accord, je vous écoute.

C'est bon pour vous ?

Oui, oui, c'est bon pour moi.

Très bien. Alors, juste, comme j'ai fait une déclaration à la CNIL pour ma thèse, donc du coup j'ai un petit script d'entretien à vous lire rapidement avant de commencer, et puis on attaque, si ça vous va.

Oui. D'accord, ça marche.

Donc... C'est une thèse de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier qui s'intitule : « Internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec professionnel du fait de troubles psychiques, quelle prise en charge dans les facultés de médecine et hôpitaux français en 2015 ? »

D'accord.

Donc je vais enregistrer cette conversation avec votre accord. Vous pouvez bien sûr refuser de répondre à certaines questions ou d'aborder certains thèmes. Et si vous acceptez l'enregistrement, la conversation sera retranscrite, anonymisée, les enregistrements conservés pour une durée de trois mois au maximum et les verbatims versés en annexe de la thèse. Sachant tout cela, êtes-vous toujours d'accord pour participer et pour être enregistré ?

D'accord, y a pas de problème. Ça marche.

Très bien. Donc dans le cadre de cette étude, je recueille quelques données vous concernant : votre nom, votre prénom, votre genre, votre âge, votre structure d'appartenance, votre statut universitaire, votre adresse professionnelle postale et électronique, et bien sûr votre voix dans le cadre de cette interview. Et donc les destinataires de ces données seront moi-même, ma directrice de thèse et un troisième médecin qui nous aide pour le codage et l'analyse.

D'accord, pas de problème.

Et donc, je vous demanderai dans la mesure du possible de ne pas divulguer bien sûr de données personnelles concernant les internes dont vous auriez pu vous occuper dans le cadre de vos fonctions.

Oui, oui ! Bien entendu, ça c'est clair ! Absolument !

Sachant que s'il y a des dérapages, ce qui arrive, j'anonymise tout cela donc il n'y a pas de souci en principe.

D'accord, O.K. Ça marche.

Pour commencer...

Alors ?

J'ai juste quelques petites questions vous concernant. Je vais vous demander votre fonction au sein du DMG à [...] ?

Alors je suis donc [...] en médecine générale et je suis [...] de médecine générale.

Je vais vous demander votre âge.

[...], bientôt [...].

D'accord. O.K. Actuellement, le contexte de cet entretien, vous êtes à la faculté, à votre domicile, à votre cabinet peut-être ?

Non, non, je suis rentré à mon domicile.

D'accord. Très bien. L'université de [...] a t-elle un nom particulier ?

Elle s'appelle depuis peu l'Université [...]. C'est une conjonction, dans le cadre des regroupements d'universités qui se font partout actuellement dans les villes universitaires, de l'Université [...] et de [...], si je ne me trompe pas. Et la faculté de médecine fait partie de l'Université [...].

Est-ce que vous pouvez me donner le nombre d'internes qui sont actuellement inscrits dans le DES ?

Dans le DES de médecine générale ? Alors j'ai [...] inscrits en DES 1, 2 et 3, et j'ai... donc [...] qui sont toujours, bon en 4^{ème}, 5^{ème} ou 6^{ème} année, donc qui n'ont toujours soit pas soutenu leur thèse, soit pas soutenu leur DES.

Soit ni l'un ni l'autre (*rires*).

Voilà.

D'accord. Ça représente une proportion relativement importante, j'aurais pas cru.

Oui... Actuellement, on a [...] internes dans le cursus, quoi, si on compte tout ce petit monde.

D'accord. Est-ce que vous pouvez me dire actuellement, approximativement le nombre d'enseignants universitaires et associés que vous êtes au sein du DMG ?

En médecine générale ? Au sein du DMG ? On est [...] professeurs des universités ou associés, [...] maîtres de conférences associés, un maître de conférences des universités MCU, [...] CCA et CCU.

D'accord. O.K. Je ferai le calcul après. Et est-ce que vous... combien avez-vous de chargés d'enseignements ? Par ailleurs ?

Alors, ça n'existe plus les chargés d'enseignements. Le terme n'existe plus. Disons les intervenants extérieurs mais qui sont médecins généralistes, ils sont une vingtaine.

D'accord. O.K. Très bien. Alors, j'ai l'habitude de commencer les entretiens en posant cette question un petit peu... très générale, où je demande aux interlocuteurs comment eux évaluent à leur niveau, du point de vue de leur fonction, la santé globale, mentale et physique, des internes de médecine générale dans leur ville, ou dans leur subdivision.

Alors, pour ce qui est de la santé physique, on s'en occupe si ils nous sollicitent, mais on ne l'évalue pas nous-mêmes, hein, bien sûr. Ils ont leur propre médecin traitant, je pense, ou ils se débrouillent dans leurs services en tout cas. Pour ce qui est de la santé mentale, on... La plupart du temps, ce sont des chefs de service, des maîtres de stage, qui nous alertent. Parfois ce sont les internes eux-mêmes qui nous consultent, qui nous demandent de l'aide.

D'accord. Globalement, ce sont des situations qui sont fréquentes ?

Euh... J'ai réfléchi un petit peu à cette question, je répondrais, bon an, mal an, deux à trois... disons entre deux et quatre situations par an.

D'accord.

Voilà. Je parle uniquement des problèmes psy, pas des problèmes physiques, hein. Puisque là, on est... C'est pas une évaluation, mais quelquefois, j'ai été obligé, sur un accident de voiture ou des choses comme ça, de demander... d'être sollicité par les internes pour faire une demande de

disponibilité ou de savoir comment ils devaient faire. Donc bon, on reste dans le cadre purement légal, arrêt maladie et autres, on leur donne ce genre de conseils. Mais pour ce qui est de la santé mentale, là je vous dis, ce sont les chefs de service ou des maîtres de stage, des enseignants qui nous alertent, ou alors les internes eux-mêmes.

D'accord. Globalement, à quels types de situation vous avez eu à faire ? C'est toujours un petit peu la même chose ou il y a plusieurs... plusieurs situations différentes ?

(Il souffle) Alors attendez... Les situations les plus fréquentes, c'est une sorte d'épuisement professionnel, de burn out, avec une forte connotation dépressive. On a eu quelques... quelques délires aigus, hein, qui se sont déclenchés chez les uns ou les autres. Et puis... voilà, c'est essentiellement ça, hein. Burn out et dépression.

D'accord. En dehors des situations que vous m'avez mentionnées, les enseignants... où ce sont les enseignants hospitaliers ou ambulatoires qui vous adressent ces gens-là, est-ce que vous avez d'autres moyens de repérer ces internes-là ?

(Hésitation prolongée) Alors, c'est... Rien n'est mis en place, là, actuellement, pour ça, hein ! Il faut vraiment qu'il y ait une alerte. Y a pas de service de... Enfin, le service de médecine préventive ne nous... ne nous alerte jamais. En tout cas, ça ne s'est jamais produit. Non, non, je vois pas d'autre moyen actuellement mis en œuvre. Je n'ai pas de... de maître de stage qui aurait été alerté par des patients, qui leur en auraient parlé, j'ai pas... non, j'ai pas eu d'autre élément.

D'accord. Et donc vous mentionnez la médecine préventive, est-ce que vous savez de quelle façon intervient la médecine du travail auprès des internes à [...] ? Si il y a des contacts entre les internes et la médecine du travail ?

Aucune idée. Je ne pense pas... puisque je crois qu'une fois, un chef de clinique avait été convoqué à la médecine du travail, et... quand il avait répondu à son rendez-vous, ils avaient été extrêmement étonnés parce que je crois qu'il était le premier depuis des années à avoir répondu à cette convocation. Non, non, pas de... je pense... j'imagine pas qu'il y ait de contact. Je crois qu'il y a, lors de l'inscription en première année, il y a les vaccinations obligatoires, hein, qui sont... qui sont réclamées. Mais ensuite, je sais pas du tout si il y a un suivi. J'en ai pas la notion en tout cas.

D'accord. O.K. Du coup, ces situations... ces quelques situations que vous avez à gérer de façon annuelle, comment ça se passe concrètement, à [...] ? Qui s'en occupe ? Qui les reçoit ? Comment vous managez ça ?

Alors... Donc, j'ai oublié quand même de vous signaler. Si, parfois la personne qui est responsable des internes à l'ARS m'a signalé des situations difficiles qu'il a fallu régler. Donc, oui oui, la personne... enfin, la gestionnaire des internes à l'ARS, à l'Agence régionale de santé, m'a signalé quelques situations difficiles. Oui. Alors comment nous les gérons ? Alors d'abord, je travaille en collaboration avec le président du conseil... enfin de la commission pédagogique du troisième cycle, qui est un professeur, qui est un *(spécialité médicale)*.

D'accord.

Nous, donc... et avec justement cette personne à l'ARS, puisqu'il y a quand même toute une série d'éléments administratifs à voir, et donc dès que nous sommes alertés, nous convoquons l'étudiant pour le rencontrer et discuter avec lui de ses problèmes. Donc soit c'est ce professeur des universités, [...], président de la commission pédagogique du troisième cycle, soit moi, soit ensemble, soit avec la personne de l'ARS, nous recevons ces étudiants.

D'accord.

Voilà. Pour ce qui est des internes en médecine générale. Pour ce qui est des internes des autres spécialités médicales, je ne suis absolument jamais sollicité.

Non. Et puis ils ne font pas l'objet de cette thèse.

D'accord, donc ça va. Problème réglé. *(Rires)* Voilà.

Et après, qu'est-ce que vous avez comme possibilité pour adapter le travail et les activités universitaires de ces internes ? Qu'est-ce que vous pouvez leur proposer ?

Alors, la plupart du temps, puisque nous sommes à la fois médecins et enseignants, il y a un échange confraternel qui est sous le sceau du secret, bien entendu. Et la première des choses, la première question que nous posons à ces étudiants, c'est de savoir si ils ont un médecin. Un médecin traitant, éventuellement un médecin psychiatre avec lequel ils sont en liaison. Et nous leur demandons, si ce n'est pas le cas, de prendre contact, puisque nous on ne pourra pas gérer cette affaire-là.

D'accord.

Donc c'est un engagement qu'on leur demande systématiquement. Ensuite on fait une gestion au cas par cas de toutes ces situations. Alors sur les trois ou... trois dernières années, nous avons géré les situations soit en réaménageant, en réorientant le cursus...

D'accord.

Donc on réoriente le cursus. Par exemple, je me rappelle d'un interne qui dans un service s'est rendu compte qu'il n'arrivait pas à assumer un certain nombre de choses. Ça peut être dans le domaine des urgences, ça peut être dans le domaine cancérologique, hein !

Ouais...

Et donc nous avons réorienté, avec l'accord de l'ARS, et donc [la signature du coordonnateur], réorienté le cursus de ces internes, en collaboration avec leur... avec l'interne lui-même, pour l'obliger à se soigner d'abord. Et puis ensuite on gère avec les affaires médicales un arrêt de travail, une mise en disponibilité, enfin on essaie de voir quelle est la gestion administrative la plus... la plus efficace.

D'accord.

Donc c'est un travail en commun entre l'ARS, et la faculté, et les aménagements que moi j'ai le droit de faire selon les prérogatives du coordonnateur. Invalider un stage par exemple, pour faciliter un autre stage. Demander à un chef de service d'invalider pour que l'étudiant ne perde pas son cursus ou son rang de classement. Réorienter un stage, faciliter des... flécher... on a fléché des stages, pour que l'interne puisse reprendre son cursus dans les meilleures conditions possibles, et le moment venu.

D'accord. Donc ça c'est des choses qui sont possibles, de réaliser spécifiquement des fléchages, on va dire pour des raisons médicales, avec l'accord de l'ARS.

Effectivement, oui, oui ! Tout à fait ! Oui, oui, parce que ça reste entre la personne qui gère les stages à l'ARS, le président du conseil du troisième cycle, là, et moi.

D'accord.

Donc si vous voulez, ça reste totalement secret, ça échappe totalement à l'association des internes, qu'on avertit, hein. On leur dit : « Voilà, Monsieur Untel fera son stage à tel et tel endroit », et comme il y a une excellente entente avec l'association des internes, elle ne pose pas de question et ça va comme ça. Il est arrivé, tiens justement j'y pense, ça me revient, que ce soit l'association des internes qui nous avertisse d'une... d'un cas difficile, d'un étudiant en situation difficile.

D'accord. Et est-ce que parfois c'est... c'est l'association même qui vous demande de... de justement de flécher un cursus pour un interne ?

Oui, tout à fait, effectivement, c'est arrivé, hein ! C'est arrivé une fois ou deux. Absolument ! Que ce soit eux qui soient là et qui disent : « Bon, voilà les solutions qu'on avait pensées, est-ce que vous pensez que c'est possible, est-ce qu'on pourrait faire ça pour cet interne qui n'ose pas venir vous en parler ? », ou des choses comme ça.

D'accord.

Absolument, oui, oui ! Comme on travaille toujours main dans la main, pour toutes ces commissions, d'agrément, commission de répartition des internes, avec l'association, que l'on rencontre souvent juste avant les commissions, puis il y a un gros travail préparatoire avec l'ARS et avec l'association pour que ces choix de stage se passent au mieux, il y a toujours une bonne résolution des... des situations difficiles des étudiants en difficulté. [...] L'association est très bien organisée, hein, ils sont bien organisés. C'est d'ailleurs un contre-pouvoir qui est quelquefois difficile à... à manœuvrer.

D'accord.

Mais en général, ça se passe super bien.

D'accord. Alors vous m'avez parlé un petit peu des possibilités que vous aviez pour on va dire aménager les stages. Est-ce qu'il y a possibilité éventuellement parfois de mettre en place des surnombres, pour ces mêmes raisons ?

Alors, bien entendu ! Tout à fait ! Absolument, oui, oui ! C'est arrivé. Par exemple, récemment, nous avons, le professeur [...] et moi-même, rencontré un étudiant qui avait posé de sérieux problèmes dans trois services dans lesquels il était passé. Et donc alertés, nous avons rencontré cet étudiant et nous avons même demandé un avis psychiatrique. À l'issue de tous ces renseignements, nous avons proposé à cet interne qui a accepté, d'être en observation pendant six mois, dans un service dans lequel il y a un chef de service particulièrement vigilant, et qui a pu le suivre pendant six mois en surnombre. Et à l'issue de ces six mois, enfin pas tout à fait, au bout de quatre mois et demi, on a fait le point avec ce chef de service, et qui nous a complètement rassuré sur les compétences et les comportements de cet interne.

D'accord.

Il a parfaitement repéré quelles étaient les problématiques qui avaient été engendrées, il a pu nous les expliquer, et on a compris donc ce qui s'était passé dans les trois autres services.

D'accord. Cette expertise que vous mentionnez, c'est quelque chose qui passe par l'ARS ? Par le biais du CHU ?

Alors c'est uniquement le professeur [...] et moi-même qui avons convenu de cette possibilité, et compte-tenu de l'excellente entente qu'il y a entre l'ARS et la faculté, nous avons fait la proposition à l'ARS qui l'a acceptée.

Donc il n'y a pas eu de passage par le comité médical de l'ARS ou quelque chose comme ça ?

Non. Pas du tout. Pas du tout.

D'accord. Est-ce que vous pouvez me décrire les possibilités d'adaptation existantes au niveau de la charge universitaire, cette fois, et non plus des stages ? Pour les traces d'apprentissage, ce genre de choses ?

Alors... La charge universitaire, vous parlez des enseignements, par exemple ?

Oui, ben pour ces internes en difficulté, il peut y avoir des problèmes au niveau de la présence, au niveau du rendu des traces, ce genre de choses. Est-ce que vous avez une démarche particulière vis-à-vis de ça ?

Ben, oui oui ! Comme on n'a pas beaucoup de situations ennuyeuses chaque année, hein, c'est vraiment du cas par cas. Et donc, on fait des aménagements. Ça m'est arrivé par exemple de valider au... à la soutenance du DES de médecine générale euh... des internes qui avaient été en grande difficulté, et donc qui n'avaient pas pu se présenter aux enseignements obligatoires, en présence obligatoire. Mais à ce moment-là, je les repère à l'avance, bien sûr, et je les fais passer dans un jury qui est au courant. En général, j'essaie de les prendre dans mon jury, comme ça les choses sont réglées. Bien sûr, à l'avance. On règle ça en amont.

D'accord. Vous êtes, j'ai l'impression que vous êtes un petit peu la personne qui gère le plus ces situations-là ? Vous êtes vraiment identifiés auprès des internes, auprès des maîtres de stage, auprès des enseignants hospitaliers, comme le référent pour ces problématiques ?

Alors pour toute la médecine générale, oui, absolument. On est complètement... je suis tout à fait, avec mon collègue qui est professeur associé, mais qui est responsable des stages au sein du département... on travaille systématiquement de concert. Donc c'est ou lui ou moi qui sommes sollicités, mais comme c'est moi qui suis en responsabilité de [...], c'est moi qui prend les décisions avec le professeur [...], et l'ARS bien sûr. Mais on est tout à fait identifié par les internes, oui, oui ! Vraiment ! Et par l'association des internes. D'ailleurs on est très souvent en copie de leurs échanges de mails, et cetera.

D'accord. Je voulais vous demander, par rapport aux situations d'invalidation, est-ce que c'est des cas qui donnent lieu à une surveillance, à une prise en charge particulière, et de quelle façon ?

Alors, cette année, on a eu deux cas comme ça, de chefs de service de centres hospitaliers périphériques qui m'ont sollicité, mais assez rapidement, au bout de deux mois, deux mois et demi de stage, sur des problèmes, des troubles du comportement de leurs int... de leur interne.

D'accord.

Et donc évidemment il y a eu d'abord de longs échanges de mails, parce que ces chefs de service, comme ils avaient pas l'habitude d'avoir des situations comme ça, ils étaient un peu... un peu remués, si l'on peut dire. Donc on a eu des échanges de mails entre nous, et puis ensuite donc, on a rencontré cet étudiant et on a réaménagé son cursus. Ces deux situations-là, cette année, justement. Donc on a pu réaménager, d'abord rencontré l'étudiant, qui était un peu, pour l'une de ces situations, qui était dans le déni. Et puis qui petit à petit, au fur et à mesure des échanges, a finalement accepté le verdict d'invalidation de stage, et... où il a voulu aller un petit peu plus loin, puis on l'a dissuadé. Et l'affaire est rentrée dans l'ordre. Je pense qu'il va changer de filière.

D'accord. Alors, c'est très bien, vous assurez vous-même la transition. Je voulais vous demander un petit peu ce que vous... comment vous managiez les situations où, de toute évidence, la poursuite de la médecine générale semble compromise ?

Et bien, c'est un échange avec l'étudiant. On essaie de faire ça le plus tôt possible puisque les changements de filière ne peuvent pas intervenir trop tôt, et ne peuvent plus intervenir trop tard, hein ! Donc il faut être très vigilant. Donc je pense qu'il y a des situations qui nous ont échappé, forcément. Et bien c'est une discussion, hein, avec l'interne, et en fonction de son rang de classement et des possibilités locales, euh... des discussions avec lui pour voir ce qui est possible ! Et donc, euh... Ben, vous allez rire, mais dans l'une des deux situations... dans les deux situations que j'évoque, dans les deux situations que j'évoque...

Je vous vois venir...

... ils ont fait un droit au remords en psychiatrie.

(Rires) C'est ça, j'avais... voilà. D'accord.

(Rires)

Et vous me dites, parfois on laisse échapper des situations comme ça ?

Ben je pense puisque... donc... il doit y avoir des situations qui nous échappent et dont je suis pas au courant, je sais pas. J'ai pas d'exemple en tête, là maintenant... d'étudiants qui en fin de cursus et une fois la soutenance passée... euh... ne veulent pas ou ne peuvent pas s'installer pour diverses raisons. J'ai pas d'exemple où le Conseil de l'Ordre ait mis un veto à la pratique. Mais quelquefois, ça on peut pas le savoir puisque les étudiants ne vont pas forcément s'inscrire dans un Conseil de l'Ordre euh... qui pourrait m'alerter. Le Conseil de l'Ordre de [département limitrophe] ou du [département limitrophe]. Si ils vont s'installer en [région à distance], moi je sais pas ce qui peut se passer si le Conseil de l'Ordre émet un veto, hein, comme ça.

Bien sûr.

Mais... j'ai pas d'exemple comme ça. Mais par contre, ce qui me semble évident, c'est les chiffres qui avaient été donnés il y a peu, il y a un an je crois, par le Conseil national de l'Ordre des médecins,

sur le fait qu'il y a un certain nombre d'étudiants en médecine qui une fois le diplôme passé disparaissent complètement des tablettes. Ils s'installent pas, ils remplacent pas... et on sait pas ce qu'ils deviennent. Donc peut-être que dans le lot, oui, y en a qui ont des pathologies comme ça, oui, tout à fait. Y en a peut-être qui sont... qui ont des pathologies, entre autres, des pathologies mentales.

Et est-ce que vous, dans vos étudiants, dans vos internes, vous avez des gens comme ça qui n'arrivent pas finir leur cursus pour ces raisons-là ? Ou qui sont perdus de vue ?

Alors... Des perdus de vue, j'en ai pas en tête comme ça. Mais des étudiants qui sont euh... dans un très long cursus... J'en ai un, ça fait [...] ans ! Et je crois qu'il est perdu pour la cause, hein, cette espèce de champion de la procrastination ! Il repousse systématiquement tout. Il demande en septembre, octobre, des dérogations pour pouvoir s'inscrire en thèse, il s'engage par écrit à se mettre au boulot avec son directeur de thèse, et puis on n'en entend plus parler jusqu'à l'année suivante ! Y en a un autre, qui je crois n'a pas pu s'installer, mais il avait été suffisamment délirant pour que le maître de stage euh... nous avertisse et qu'on ait pu empêcher les choses de se passer. Je crois que la solution, parce c'est une histoire qui date de [...] ans maintenant, la solution a été de l'obliger à travailler systématiquement en institution, de jamais euh... jamais travailler seul.

D'accord. Donc ça, c'est des décisions qui avaient dû être prises en aval, au niveau de l'Ordre probablement ?

Ben, voilà. Conseil de l'Ordre ou peut-être aussi par l'ARS Mais là, j'ai pas été tenu au courant, et je sais pas ce qu'est devenu ce garçon.

D'accord.

Mais sinon, on a des belles histoires, hein, qui se sont très bien terminées, justement. Des étudiants à qui on a demandé d'interrompre leur cursus pour se soigner, et qui ont pu reprendre leur cursus six mois, un an après, et qui sont maintenant installés, et qui vont vraiment super bien. Je pense que le traitement, à la fois les obliger à s'orienter sur une prise en charge médicale, aménager leur cursus, le faciliter, flécher les stages, les accompagner, ça aide quand même pas mal, hein !

Bien sûr. Bien sûr.

Et ça, c'est parce qu'on a à [...] une très très bonne synergie entre les acteurs. Avec une ARS qui est très compréhensive, et très... j'allais presque dire... maternante.

Bon. Je finirai en vous demandant éventuellement, par rapport à tout ce qu'on a pu évoquer au cours de l'entretien, est-ce que vous auriez des suggestions pour des mesures à mettre en œuvre pour éventuellement comme ça, faire de la prévention, dépister, prendre en charge, orienter ces internes-là ?

Alors je pense qu'on va essayer... Nous à [...], on a un collègue [...], qui vient de créer un service de médecine du travail pour les médecins généralistes. Libéraux.

D'accord.

Libéraux, hein ! Dans le [département]. Et il a eu ses premiers consultants donc il était très content. Je pense que c'est peut-être en avertissant systématiquement les internes qu'il y a des tas de possibilités, donc. On l'a pas encore fait mais on réfléchissait, puisque je vous dis, il y a probablement des internes qui n'osent pas s'exprimer, que il existe des gens qui sont prêts à les écouter. Donc je me demande si il faudrait pas un peu institutionnaliser euh... ces éléments-là. Je crois que il y a cette première suggestion. La deuxième, c'est d'obliger les acteurs, puisque finalement il y a quatre acteurs, l'ARS bien entendu, la faculté avec le département de médecine générale et les internes, l'association d'internes euh... et je pense que ils ont un rôle à jouer. Nous on le joue de manière informelle mais peut-être que ce serait quelque chose à formaliser pour accompagner ces internes, notamment ceux qui sont en première année, et... en première année de DES, et qui sortent de D4, tout frais moulus des épreuves classantes nationales, avec du jour au lendemain la mise en responsabilité dans des services qui sont pas toujours très faciles... et qui les fragilisent énormément. Je pense que peut-être, il faudrait bien systématiquement annoncer qu'il existe... qu'il faudrait organiser une structure quadripartite qui permettrait de leur dire : « Quoi qu'il arrive, vous avez un interlocuteur privilégié en cas de souci ! »

D'accord. Alors quadripartite, je ne vous ai pas suivi par contre. Vous m'avez dit le DMG, l'ARS...

Le département de médecine générale, la faculté de médecine...

Ah, d'accord.

Parce que y a un conseil d'UFR, y a des commissions pédagogiques donc je pense qu'elles sont directement impliquées. Donc l'ARS, la faculté, le département et l'association ou les associations d'internes.

D'accord. Et là, vous évoquez les D4 arrivants. Est-ce que vous pensez qu'il y a quelque chose à faire en amont sur cette population-là ?

Alors, nous on l'a fait en deux temps, et c'est ça qui est amusant. Lorsque, il y a [...] ans, le module optionnel de médecine générale, qui était sur la prévention et le dépistage en soins primaires a été créé, on a commencé comme tout le monde à faire un enseignement un peu descendant là-dessus. Puis je me suis dit, bon ça sert à rien, sur le dépistage, sur la prévention, il faut que les étudiants soient impliqués. Et donc l'enseignement a consisté à demander aux étudiants, après leur avoir demandé de... enfin après leur avoir donné l'essentiel sur la médecine générale, de créer un projet de prévention, un projet de dépistage, un projet d'information au public, grand public, n'importe comment, de le créer et éventuellement de le réaliser. Et on a des étudiants qui ont justement abordé cette question. Leur projet de mémoire a été présenté en conseil pédagogique et c'est maintenant institutionnalisé. Les étudiants qui arrivent en D4, enfin qui sortent de D4, qui sont inscrits en première année de DES de médecine générale, sont accueillis par l'association des internes, pendant deux jours, dans lesquels justement on les familiarise avec tous ces fonctionnements, avec tout ça, et c'est très convivial. Ils font ça en général dans des lieux, dans des hôtels, dans des gîtes, dans des trucs comme ça et euh... ça a été donc, entre guillemets, institutionnalisé. Et c'est assez amusant, il y a bien sûr l'accueil par l'administration, la faculté, le doyen, et ensuite ils se retrouvent entre eux et ils parlent justement de tout ça, de ce qui va se passer, et c'est les internes seniors, entre guillemets, qui les préparent. Et je pense que ça, c'est une très très bonne chose.

D'accord. Et par rapport à la situation de votre confrère, qui a monté un service de médecine de travail en libéral, comment ça se passe ? C'est une structure qui est affiliée à l'ordre ?

Pas du tout, même si lui est un ordinal ! Ben écoutez, si ça vous intéresse, je vous donne ses coordonnées ! Pour éventuellement l'interroger ! Il a créé ce service de médecine préventive pour les médecins libéraux, parce que la médecine préventive pour les médecins salariés, ben elle est obligatoire, c'est les hôpitaux. Alors ils y vont, ils y vont pas, ça j'en sais rien. Mais c'est vrai que beaucoup de médecins libéraux sont en grande difficulté psychologique voire parfois sur des problèmes pathologiques. Donc il y a eu la nécessité de créer quelque chose, une structure équivalente à la médecine du travail pour les salariés, et donc c'est ce qu'il a créé. Et donc il a créé ça en accord avec le conseil de l'ordre et ils sont basés sur [...] donc ils peuvent facilement consulter. Mais c'est des consultations dans la journée bien sûr, pas pendant les horaires [...].

O.K. Ben oui, écoutez, je vais prendre ses coordonnées, c'est toujours intéressant.

Alors c'est [...], ensuite je vais vous donner son mail, alors donc c'est [...].

D'accord.

C'est un garçon fort sympathique, et je pense que son initiative est quand même extrêmement intéressante.

C'est une initiative de plus pour la santé des médecins libéraux, comme il en apparaît de plus en plus. D'accord. Et bien je vous remercie. Je pense qu'on a fait le tour.

Voilà. Je pense que c'est pas mal.

Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ou... c'est bon pour vous ?

Non, non, rien de particulier. Par contre ça m'intéresserait de voir votre travail, hein !

Bien sûr.

Je crois que vous avez mon mail, donc à la limite quand votre thèse aura été soutenue, de me l'envoyer en PDF par exemple, ça m'intéresse énormément.

Avec plaisir, y a pas de souci.

(Fin de l'enregistrement)

ANNEXE 9 : Feuille de consultation pédagogique

Lacasse M. Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale. Québec, QC:Université Laval;2009.

 Feuille de consultation pédagogique		
Apprenant/e : _____		Niveau de formation : _____
Superviseur/es : _____		Date : _____
Raison(s) de consultation (RC) (telles qu'identifiées par l'apprenant, les enseignants ou le personnel; voir fiche Tableau 1)		
Collecte de données		
Identification/situation personnelle (problèmes pouvant nuire à la formation) Personnels : Familiaux : Financiers : Sociaux : Culturels : Professionnels (motivation, plan de carrière, etc.): Données manquantes :	Antécédents de formation (retrospection sur les stages antérieurs si disponibles) Données manquantes :	Habitudes de vie (stratégies d'étude, mode de vie) Données manquantes :
Histoire des difficultés actuelles Valider les observations (RC) avec l'apprenant. Faire ressortir les caractéristiques des difficultés : - Quel – Quel genre de difficultés sont éprouvées? Qu'est-ce qui tend à les améliorer/aggraver? - Quand – Quand les difficultés sont-elles apparues, et comment ont-elles évolué dans le temps? - Où – Où les difficultés ont-elles lieu? (Milieu/cours/stages) - Pourquoi – Quel est le déclencheur des difficultés? - Combien – Quel est le degré de gravité des difficultés? Adopter une approche centrée sur l'apprenant : - Causes identifiées par l'apprenant - Inquiétudes face aux difficultés relatives - Impact actuel ou anticipé des difficultés - Attentes de l'apprenant face à l'intervention		
Revue des systèmes pédagogiques		
Environnement ☐ Environnement de formation ☐ Conditions d'apprentissage ☐ Soins cliniques Données manquantes :	Enseignant ☐ Enthousiasme ☐ Modèle de rôle ☐ Habiletés interpersonnelles ☐ Organisation/Identité Données manquantes :	Apprenant ☐ Expertise clinique ☐ Communication ☐ Collaboration ☐ Gestion ☐ Promotion de la santé ☐ Érudition ☐ Professionnalisme Données manquantes :

Examen objectif	Compétence évaluée						
	(Plusieurs types d'examen objectif sont suggérés pour chacune des compétences)						
	Expert en médecine familiale	Communautaire	Collaborateur	Promoteur de la santé	Évalut	Gestionnaire	Professionnel
Activités cliniques							
Supervision indirecte							
Observation directe (ou via vidéo)							
Révision des dossiers de l'étudiant							
Commentaires du personnel / des patients							
Examen historique							
Examen avec patient simulé (ECOS, EMS)							
Examen oral							
Incident critique rapporté							
Activités complémentaires							
Activités d'enseignement (observation de présentations, enseignement au petit groupe, supervision d'étudiants)							
Activités de recherche (évaluation de la pertinence, collaboration de chercheurs de niveau de recherche)							
Activités de gestion (analyse de la participation à différents comités, conseils de service, etc.)							
Analyse							
I. Connaissances et habiletés							
II. Attitude							
III. Problèmes personnels de l'apprenant							
IV. Stressors externes (système/enseignant)							
V. Fonctionnement global et pronostic							
Plan d'intervention							
1. Résolution des problèmes sous-jacents (axes III et IV)							
2. Définition des besoins de formation et des objectifs d'apprentissage (mesurables) avec l'apprenant							
3. Mise en œuvre de stratégies (investigations ou prescriptions pédagogiques) et ressources, selon un échéancier réaliste							
4. Planification du suivi de l'intervention et de la rétroaction							
Signatures : _____				rés. _____ enr. _____			

Répertoire de symptômes et de signes en éducation médicale

2^e édition du Tableau 1 du livre

Diagnostic et prise en charge des situations d'apprentissage problématiques en éducation médicale (2009)

Miriam Lacasse, MD MSc CCMF



Septembre 2010

EXPERT EN MÉDECINE FAMILIALE		
Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés	
Méthode clinique centrée sur le patient	Difficulté à établir ou à respecter un contrat d'entrevue (25) Attitude peu centrée sur le patient (ne tient pas compte des peurs, des idées, de l'impact de la maladie et des attentes des patients) (23;25;29) Manque d'empathie (25;29;32) Manque d'intérêt pour les questions psychosociales et pour la compréhension du contexte du patient (23;25;29) N'intègre pas la famille au processus (25) Approche centrée sur la maladie (29) Ne travaille pas avec le patient pour arriver à une compréhension commune du problème (23) Ne tente pas de trouver de terrain d'entente autour de la ligne de conduite à adopter pour résoudre le problème (23) N'incorpore pas la promotion de la santé et la prévention de la maladie qui s'appliquent (23)	
Habiletés de raisonnement clinique	Problèmes de raisonnement diagnostique Manque de structure ou d'efficacité dans l'histoire de la maladie ou l'examen physique (1;25) Raisonnement clinique mal organisé (29) Connaissances mal organisées (29;33;115) Démarche clinique lente et laborieuse (29) Démarche clinique stéréotypée (29) N'emploie pas le modèle hypothético-déductif efficacement dans la résolution de problèmes cliniques (inadapté aux besoins du patient ou du problème) (23) Formule des hypothèses diagnostiques tard dans la démarche clinique et ne sait pas les utiliser par la suite pour orienter la cueillette de données (23) Ne confirme ou n'infirme pas les hypothèses diagnostiques de façon appropriée pendant les phases de l'examen physique et de l'investigation (23) Difficulté à identifier et à interpréter les données cliniques pertinentes (25) Conclusions prématurées (34) Difficultés de compréhension globale et de synthèse N'interprète pas les données au fur et à mesure de leur cueillette pour formuler d'autres hypothèses diagnostiques (23) Manque de compréhension globale du patient (29) Ne démontre pas qu'il comprend le point de vue du patient (27) Difficulté à expliquer les relations entre les éléments d'information recueillis à l'entrevue (34) Difficulté à synthétiser les propos d'un patient pour mieux définir ses problèmes (29) Incapacité d'aller au-delà des problèmes superficiels évidents lorsqu'il discute d'un patient (34) Inaptitude à établir des comparaisons entre les mécanismes physiologiques (34) L'apprenant peine à répondre aux questions de façon claire et directe (34)	Problème de reconnaissance des prototypes Incapacité à reconnaître un prototype évident à l'analyse des données cliniques (34) Difficulté à formuler des hypothèses pertinentes de diagnostic différentiel (25) Jugement clinique Faible jugement clinique (erreurs ne concordant pas avec le niveau de formation de l'apprenant) (1;26)
Sélectivité	N'établit pas de priorités et ne se concentre pas sur la plus importante (23;140) Ne sait pas quand il faut dire quelque chose et quand ne rien dire (23) Ne recueille pas l'information la plus utile, perd du temps sur les données moins contributives (23) Évite d'en faire un peu plus, même lorsqu'il pense que ce sera utile (23) Ne sait pas distinguer ce qui est urgent de ce qui ne l'est pas et n'intervient pas en temps opportun (23) N'agit pas lorsque c'est nécessaire, même si l'information peut être incomplète (23) Ne détermine pas la probabilité, la pertinence et les priorités de ses diagnostics différentiels (23) Ne sait pas distinguer celui qui est malade de celui qui ne l'est pas (23) Ne choisit pas et ne modifie pas les traitements pour les adapter aux besoins particuliers d'un patient et d'une situation (23) Ne recueille pas l'histoire de la maladie de façon ciblée (25)	
Habiletés techniques	Difficulté à effectuer des actes techniques (25;27;139) Afin de décider s'il doit effectuer ou non un acte technique, ne prend pas les éléments suivants en considération : a) Les indications et contre-indications de l'acte (23) b) Ses propres habiletés et sa préparation à poser cet acte (p. ex. niveau de fatigue et inquiétudes personnelles) (23) c) Le contexte de l'acte à poser, (patient impliqué, la complexité de la tâche, le temps nécessaire, le besoin d'assistance et l'endroit) (23) Avant de décider d'aller de l'avant avec l'intervention, il ne pose pas les gestes suivants : a) Discuter de l'intervention avec le patient, y compris la description de l'acte et les issues possibles, positives et négatives, comme partie du processus pour obtenir son consentement (23) b) Se préparer pour l'intervention en s'assurant que l'équipement approprié soit prêt (23) c) Se remémorer mentalement les repères anatomiques nécessaires pour procéder à l'intervention, les étapes techniques nécessaires de façon séquentielle, y compris tout examen préliminaire, et les complications potentielles et leur prise en charge (23) Durant l'intervention, il ne tient pas le patient informé afin de réduire l'anxiété et n'assure pas en tout temps le confort et la sécurité du patient (23)	
2 Miriam Lacasse, 2010		

	Lorsque l'intervention ne se déroule pas comme prévu, ne réévalue pas la situation et n'y met pas un terme, et ne demande pas d'aide lorsqu'il en a besoin (23) N'élabore aucun plan avec le patient pour les soins et le suivi au terme de l'intervention (23)	
COMMUNICATEUR		
Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés	
Habiletés de communication	Avec les patients	Entre collègues
Habiletés d'écoute	Ne regarde pas le patient de façon appropriée lorsqu'il parle (23) N'accorde pas de temps pour des silences appropriés (23) Ne fait pas savoir au patient ce qu'il a compris de ses propos (23) Ne fournit pas de réponses non verbales appropriées aux énoncés du patient (23) Ne réagit pas aux indices verbaux (23) Interrompt le patient de façon inappropriée (23) Fait autre chose pendant que le patient parle (23; 32) Ne comprend pas le patient (29) et ne lui demande pas de clarifier sa pensée	N'est pas attentif (23) Ne prend pas le temps d'écouter respectueusement les collègues (23) Ne maintient pas de contact visuel approprié en discutant avec les membres de l'équipe de soins de différents problèmes (23) Ne donne pas aux collègues le temps nécessaire pour exprimer leurs inquiétudes (23) Poursuit d'autres tâches qui nuisent à l'écoute (23)
Habiletés d'expression verbale	Difficultés à mener une entrevue avec un patient (16) Omet de saluer/d'accueillir le patient (23) Lors d'une première rencontre avec un patient, ne clarifie pas comment le patient aimerait être abordé (23) Ne facilite pas le processus lorsque le patient raconte son histoire (23) Manifeste des signes verbaux de non participation (32) Ne pose pas de questions ouvertes et fermées de façon appropriée (23) Pose de multiples questions sans attendre les réponses (23) Ne vérifie pas sa compréhension auprès du patient (23) Ne fournit pas d'explications accompagnant les examens et/ou les interventions (23) Utilise un choix inapproprié de mots pour le niveau de compréhension du patient (23) Habiletés de langage insuffisantes pour bien se faire comprendre par la majorité des patients (23) Manifeste une colère inappropriée (23) Utilise l'humour de façon inadéquate (23) Utilise un langage injurieux (23) Crie ou élève la voix de façon excessive (23) Utilise un langage paternaliste (23)	Ne se présente pas lorsqu'il rencontre un collègue pour la première fois (23) N'est pas précis dans ses demandes (23) Lorsqu'il demande à des collègues de faire quelque chose, ne formule pas de demande claire et ne s'assure pas d'être bien compris (23) Ne justifie pas son choix de plan ou d'approche dans le but d'améliorer la compréhension de ses collègues (23) Exige plutôt que de demander (23) Ses présentations de cas sont mal structurées et incomplètes (23) Ton inapproprié aux circonstances (23) Pose de multiples questions sans attendre les réponses (23) N'adapte pas son langage en fonction des connaissances professionnelles de l'individu et de son niveau de compréhension (23) Manifeste une colère ou une hostilité inappropriée (23; 27; 28) Utilise l'humour de façon inadéquate (23) Crie ou élève la voix de façon excessive (23) Fait des observations remplies de reproches, inappropriées ou vagues lorsque confronté à des circonstances difficiles (23) Interrompt ses collègues (23) Utilise un langage injurieux (p. ex. blasphémer) (23)
Habiletés d'expression écrite	Lacunes dans l'écriture des prescriptions (139) Écriture illisible (23) Le matériel écrit n'est pas structuré de façon à ce que le patient puisse comprendre (problèmes d'orthographe, de grammaire et de ponctuation) (23) Lorsqu'il remet de l'information écrite, ne choisit pas une documentation appropriée au niveau de compréhension du patient (23) Utilise des abréviations qui ne sont pas comprises par les patients (23)	Faible capacité de prise de notes (139) Écriture illisible (23) Le matériel écrit n'est pas structuré (23) Lorsqu'il écrit pour demander une consultation, il n'est pas précis quant à ses questions/raisons et ne fournit pas l'information pertinente (23) Les plans pour le traitement du patient (p. ex. demandes de tests, exigences pour le suivi) ne sont pas clairement écrits et ne sont pas transmis de façon sécuritaire au destinataire approprié (23) Utilise des abréviations qui ne sont pas universellement connues ou qui prêtent à confusion (23)
Tenue de dossier	Les notes cliniques sont illisibles (23; 26; 27), avec des acronymes ou abréviations qui risquent d'être mal compris ou de porter à confusion (23), ne sont pas structurées de façon à faciliter la lecture et la compréhension (23), sont illogiques (26; 27), et/ou ne respectent pas le format convenu au sein du milieu de pratique (23) Les notes cliniques ne reflètent pas toutes les phases de la rencontre clinique qui se rapportent à la situation présentée (23), ne démontrent pas de lien logique et évident entre les données inscrites, les conclusions et le plan (23), n'incluent pas les résultats négatifs pertinents ainsi que les résultats positifs pertinents (23), n'évitent pas une consignation textuelle inappropriée de la rencontre (23) La consignation des notes au dossier ne se fait pas au moment opportun, accroissant le risque d'inexactitudes et de perte d'information, et retardant la disponibilité de l'information pour les autres personnes impliquées dans les soins (23) Les corrections ou changements apportés aux notes ne sont pas clairement visibles ni datés lorsqu'ils ne sont pas faits au moment de leur écriture initiale (23) Inscrit au dossier des notes qu'il ne veut pas que le patient lise (p. ex. des remarques désobligeantes) (23) Falsifie les données (23) Dans le cadre des soins de suivi, ne mentionne pas la réception de données supplémentaires (p. ex. résultats d'analyses et de tests, rapports de consultation) et ne documente pas les mesures de suivi lorsque pertinent (23)	

3 | Miriam Lacasse, 2010

	À mesure que de nouveaux renseignements sont recueillis durant la rencontre, ne maintient pas le dossier selon les attentes du milieu de travail (p. ex. graphique d'évolution, feuille de résumé) (23) N'organise et n'utilise pas le dossier clinique comme outil pour tenter d'améliorer l'intégralité et la continuité des soins (23)	
Habiletés non verbales (expressivité)	Montre des signes non verbaux de non participation (32) Ne s'assoit pas durant la rencontre avec le patient (afin de transmettre au patient l'impression de lui accorder plus de temps et d'attention) (23) Le contact visuel est inapproprié en fonction de la culture et du niveau de confort du patient (23) N'est pas concentré sur la conversation (23) N'adapte pas son comportement en fonction du contexte du patient (23) N'établit pas le contact visuel (p. ex. avec des enfants, des patients alités) (23) Le contact physique est inapproprié au niveau de confort du patient (23) Bouge sans cesse (23) L'hygiène ou la tenue vestimentaire inhibe la communication (23) Est trop proche (n'est pas respectueux de l'espace personnel de l'autre) (23) Ne maintient pas une distance ou un leadership appropriés durant l'entrevue (envahit l'espace du patient ou se laisse envahir par le patient; reste distant) (25;29)	N'est pas concentré sur la conversation (23) Contact visuel inapproprié pour la culture et le confort du collègue (23) N'ajuste pas son comportement pour l'adapter au contexte du collègue (23) Contact physique inapproprié pour le confort du collègue (23)
Habiletés non verbales (réceptivité)	Réagit inadéquatement devant l'embarras du patient (23) Ne vérifie pas verbalement la signification du langage corporel ou ne commente pas les comportements ou les gestes du patient au moment opportun (23) N'apporte pas de modifications durant l'examen ou l'anamnèse en réaction à l'inconfort du patient (23) Ne se rend pas compte que le patient ne comprend pas ce qui est dit (23)	Lorsqu'un collègue manifeste des signes de détresse, ne manifeste pas sa prise de conscience par des actions telles des modifications de demandes, une exploration des inquiétudes et une recherche de solution (23)
Adaptation à la culture et à l'âge	N'utilise pas d'habiletés de communication appropriées avec les adolescents (p. ex. n'offre pas de les voir séparément, ne respecte pas la capacité de prendre des décisions, ne reconnaît pas les aspects entourant la confidentialité, ne pose pas les questions directement à l'adolescent, porte des jugements) (23) N'adapte pas le style de communication en fonction de l'incapacité du patient (23) Ne demande pas si le patient a besoin d'un interprète et n'offre pas ce service (23) N'utilise pas un ton de voix approprié en fonction de l'ouïe du patient (23) N'adapte pas la communication sur la base des attentes ou des normes culturelles du patient (23;32) N'utilise pas des mots appropriés pour les enfants et les adolescents (23) Ignore le patient tout en impliquant exclusivement le parent (parent-substitué ou accompagnant), surtout dans le cas des enfants, des personnes âgées, des personnes ayant une déficience cognitive (p. ex. pas de questions au patient, n'implique pas le patient dans le plan de traitement ou la ligne de conduite) (23) Formule des hypothèses fondées sur l'apparence ou la tenue vestimentaire du patient (stéréotype le patient) (23) Utilise des expressions familières que le patient ne comprend pas (23)	Juge plutôt que de chercher à comprendre (23) Ne peut pas se concentrer sur l'efficacité des soins au patient lorsque survient un conflit interprofessionnel (23) Ne tente pas de résoudre les difficultés avant de mettre fin à une discussion ou de s'en aller (23) Ne s'excuse pas lorsque c'est approprié (23) Manifeste de l'impolitesse (23) Semble impatient (23) Déprécie les collègues ou leur domaine de travail (23) Banalise ou rejette les idées ou les préoccupations des collègues (23) Semble arrogant (23) Manifeste sa colère ou son irritation (23) Utilise un langage désobligeant lorsqu'il décrit un cas ou les circonstances du patient (23) Semble menaçant ou intimidant (23)
Attitudes	Ne montre aucun intérêt pour l'opinion du patient (23) Établit une relation superficielle démontrant un manque d'intérêt pour le patient (29) Manque d'empathie (23;41) Ne maintient pas une attitude appropriée en réponse à un langage ou à des commentaires inappropriés/offensants du patient (23) Paraît impoli ou arrogant (23;41) (p. ex. ignore les inquiétudes ou les opinions du patient concernant le plan de traitement ou la ligne de conduite) Manifeste de l'impatience (23) Manifeste de l'irritation ou de la colère (23) Déprécie le patient (23) Banalise ou rejette les idées ou les inquiétudes du patient (23) Sarcastique (23) Manifeste de l'intimidation (23)	Timide, silencieux (16;140;141), ne s'affirme pas (16;140), dépendant (29), insécure (29) Distant (29), inhibé (29), attitude de retrait (27;29) Passif (29), manque d'énergie, paresseux ou indifférent (ne semble pas être intéressé, dénué d'émotions) (14;28), "je-m'en-foutisme" (29) Rigide (25;29;139) Flatteur (29), séducteur (25), trop zélé (16;140) Manque d'honnêteté ou d'intégrité (38), ignore les règles (14), manipulateur (16) Soucieux de son image (29) Sautes d'humeur déclenchées par des incidents mineurs (26;139) Attitude "je-sais-tout" (14), dominateur dans un groupe (141)

COLLABORATEUR	
Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés
Le médecin démontre du respect pour les collègues et les membres de l'équipe.	Mine la réputation et émet des commentaires négatifs sur les autres dispensateurs de soins, particulièrement ceux qui ont vu des patients dans des contextes différents (23) Lorsqu'on le consulte ou qu'on lui demande de l'aide, n'écoute pas les préoccupations et ne tente pas de répondre positivement en offrant sa disponibilité (23) Lorsqu'il a besoin de parler à quelqu'un à l'improviste, n'attend pas et ne choisit pas le moment approprié; interrompt de façon excessive (23) Pense à ses collègues et parle d'eux d'une façon négative (23) Ne respecte pas le temps de ses collègues comme si c'était le sien (23) Arrive en retard (23) Ne porte pas attention lorsque les autres parlent (23) Ne laisse pas les autres parler/poursuivre; ne les écoute pas jusqu'au bout et devient irrespectueux s'il n'est pas d'accord avec le sujet ou les points de vue (23) Offre une rétroaction inappropriée dépourvue de sensibilité (non spécifique, mauvais endroit, mauvais moment) (23) Quitte tôt, prend les tâches faciles, laisse des tâches non terminées, etc., de telle sorte que les autres ont plus de travail (23) Discute de questions litigieuses en public, ou s'adonne aux commérages (23) Évite de discuter des questions litigieuses qui pourraient avoir un impact important sur la dynamique de l'équipe et les résultats (23) Argumente avec les autres membres de l'équipe (23) Attitude défensive à l'égard de la supervision (29) Mal préparé pour les travaux et les activités cliniques (26) Ne fait pas les ajustements personnels malgré les messages répétés des autres sur sa performance au travail (23) Un étudiant de sexe masculin n'accepte pas de recevoir une rétroaction de la part d'une collègue ou d'un professeur de sexe féminin (23) Interactions inappropriées avec les pairs, les collègues ou le personnel (1;25) Manque d'initiative (29) Actions minimales et expéditives (29) Incapacité à se rappeler les détails des travaux et des activités cliniques (26) Incapacité à terminer ses tâches, prend du retard (16)
PROMOTEUR DE LA SANTÉ	
Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés
Le médecin manifeste son engagement envers le bien-être de la société et de la collectivité.	Rejette les préoccupations soulevées par les patients concernant des enjeux locaux qui ont un impact sur leur santé (23) Ne tente pas de renforcer le patient qui soulève des inquiétudes concernant des problèmes communautaires (23) Réagit négativement aux demandes de participation à la communauté; refuse de consacrer un peu de son temps et de son expérience (23) Ne respecte pas l'obligation de déclarer les situations où les autres sont clairement en danger (p. ex. maladies à déclaration obligatoire, capacité à conduire, violence envers les enfants) (23) Ne déclare pas le comportement inapproprié de collègues professionnels à une autorité ou à un superviseur approprié (23)
Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa vie personnelle et ses responsabilités professionnelles.	Besoins personnels Ne se réserve pas le temps approprié pour satisfaire ses besoins personnels (23) Surcharge ses collègues lorsqu'il s'occupe de ses affaires personnelles (c.-à-d. laisse beaucoup de tâches non terminées sans communiquer avec les collègues) (23) Ne répond jamais aux besoins d'un patient avant de répondre à un besoin personnel (lorsque la situation le demande), et ne manifeste pas sa satisfaction ou son appréciation de la valeur d'un tel geste (23) Santé personnelle Ses habitudes de vie sont malsaines : il fume, sa consommation d'alcool est excessive, ses habitudes de conduite sont déraisonnables (23) Recherche des soins médicaux d'amis ou de collègues en dehors d'une relation médecin-patient normale; agit comme s'il était son propre médecin (23) Se présente au travail alors qu'il est malade, refuse de s'absenter (23) Son apparence laisse planer un doute quant à un problème de consommation ou à une maladie physique ou psychologique : apparence bizarre ou hirsute (30), apparence négligée, manches longues (p. ex. pour dissimuler des traces de piqûres), tremblement des mains, visage/mains/chevilles enflés, fatigue ou tristesse, visage rougi, ecchymoses ou brûlures, cellulite et hyperactivité (26), démarche instable (32), léthargie (14), somnolence ou lenteur des gestes (26), état larmoyant, agitation ou sautes d'humeur (27), affect dépressif ou euphorie inappropriée (32) Attitude Transpose sa frustration sur un collègue ou sur le personnel (p. ex. est impoli et déplacé) (23) N'est pas disposé à discuter des observations de collègues ou de membres de l'équipe lorsqu'un comportement suggère des difficultés causées par le stress (23) Ne veut pas ou refuse de reconnaître ou de s'occuper d'une maladie ou d'une affection qui risque d'avoir un impact sur ses activités professionnelles, surtout lorsque les inquiétudes sont formulées par d'autres (23) Lorsqu'on porte à son attention un conflit entre ses activités professionnelles et personnelles, il n'en discute pas et ne procède pas à un ajustement approprié (23)

PROFESSIONNEL	
Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés
Le médecin démontre par son comportement quotidien qu'il est responsable, fiable et digne de confiance .	Présence/Disponibilité Ne se présente pas à la clinique à l'heure prévue (23;139;140) Ne répond pas aux appels du téléavertisseur lorsqu'il est de garde (23;139) N'avise pas un collègue s'il doit s'absenter alors qu'une de ses patientes est sur le point d'accoucher ou qu'il suit un patient hospitalisé (23) N'informe pas les autres lorsqu'il s'absente pour maladie ou une urgence (23) Quitte tôt, arrive en retard, sans avertir (23;139) Cumule des absences ou retards excessifs et inexpliqués (1;14;26;27;30;32;139) Pauses fréquentes (26) « Accidents » répétés ou urgences personnelles qui l'amènent à s'absenter des situations de soins (30) Départ prématuré et systématique des cliniques et des stages (26;30) Nécessite des rappels continuels concernant ses responsabilités (41) Horaire désorganisé avec activités en double (23) Modifie l'horaire à son avantage personnel (23) Pour des raisons personnelles, n'est pas disponible pour des responsabilités cliniques, sans prendre en considération les besoins du patient ou de l'équipe (23) Fiabilité, soins des patients et suivis Pas fiable (29;32;38;41;140) Ne répond pas aux questions après des demandes spécifiques (23) N'organise pas de système pour le suivi de ses patients (23) Ses tournées de patients ne sont pas appropriées, c.-à-d. pas assez fréquentes, faites à la hâte (23) Retard déraisonnable à compléter ses dossiers (23) Ne documente pas les résultats des examens de laboratoire comme étant normaux ou anormaux; ne documente pas le suivi (23) Ne rédige pas de lettres, de résumés (23) Attitude de prise de risques (27) Ne vérifie pas la présence ou non d'allergies ou d'interactions lorsqu'il rédige des ordonnances (23) Ne fait pas le suivi des patients en temps opportun lorsque des investigations sont en attente, ou dans des situations cliniques potentiellement graves (32) Ne suit pas les protocoles (139) Effectue des investigations inappropriées (139) Ne reconnaît pas l'urgence d'une situation clinique ou n'y répond pas adéquatement (139) Honnêteté Ment (23) Triche lors des examens ou des questionnaires (23) Utilise le plagiat dans ses projets (23) Signe pour d'autres lorsqu'on prend les présences lors des sessions de formation (23) Ment au sujet de son expérience antérieure à l'égard d'un acte technique pour pouvoir l'effectuer (23) Camoufle ses erreurs et ses oublis (25;29) Falsifie des actes ou des données (41)
Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée.	Attentes personnelles et autoévaluation Reste vague (29) Attentes trop larges, trop élevées (29) Attentes inexistantes ou trop peu élevées, incapable de cerner ses forces et ses faiblesses de façon pertinente et réaliste (25;29) Attentes modelées sur ce que le superviseur veut entendre (29) Trop confiant (27;89) Manque d'introspection (6;25;32;139) et écarts entre les évaluations de l'étudiant et du personnel (26) (autoévaluation peu fiable) Comportement d'évitement Réfère les cas même s'il a les habiletés et dispose des ressources pour effectuer les tâches (ne prend pas le temps de procéder aux interventions médicales appropriées) (23) Ne s'implique pas dans la prise en charge de problèmes complexes ou difficiles que peut présenter un patient — le dirige vers un autre médecin traitant ou à un consultant (23) Manque d'initiative (attend qu'on lui mâche le travail) (14;89) Manque de motivation (14;25), désintérêt (140) Se sert de l'excuse d'une compétence clinique limitée pour éviter les problèmes cliniques difficiles (23) Évite certaines tâches (140), particulièrement les tâches cliniques complexes, de façon à se voir assigner des cas plus faciles (29) Orienté souvent les discussions vers des sujets bien maîtrisés, évitant de se confronter à des thèmes moins connus (29) Dépendance excessive à l'égard de l'enseignant pour prendre des décisions, insécurité (27;29;89) Argumente au sujet de sa compétence clinique déficiente malgré des exemples pour illustrer ses déficiences (23) Attitude défensive (hostile lors de la rétroaction) (14;29;32;41;89), se sent facilement menacé lorsqu'on le confronte (29) Anxiété, peur face à la critique (25;29) Gestion de l'incertitude S'écroule sous la pression (31)

	Difficulté à faire des compromis lorsque confronté à des priorités conflictuelles (139) Difficulté à gérer l'incertitude ou l'ambiguïté (139), ne se satisfait pas d'un « diagnostic symptomatique » lorsque l'information est limitée ou qu'on ne peut confirmer le diagnostic (23)
Le médecin démontre une approche souple, ouverte , sans parti pris, ingénieuse et capable d'affronter l'incertitude.	Refuse d'adapter le diagnostic/plan lorsqu'on lui présente un autre choix/vision/information/perspective (23) N'alloue pas de temps pour les émotions associées à un diagnostic incertain (23) Limite inutilement les options du patient (paternalisme) (23) Devient dédaigneux des idées du patient lorsqu'elles ne correspondent pas aux siennes (23;41) Utilise des techniques de manipulation pour influencer le comportement du patient (23) Manifeste sa colère/rigidité lorsqu'un patient ne respecte pas la ligne de conduite qu'il a prescrite (23) Manque de souplesse dans la prise de décisions (26) Pour une raison de temps, refuse de s'occuper d'un problème important pendant une visite au cabinet (23) Refuse de voir un patient qui arrive à son rendez-vous avec un léger retard (23)
Le médecin manifeste sa confiance sans arrogance et cette attitude se manifeste même lorsqu'il a besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires ou de l'aide.	Ne reconnaît pas son ignorance et ne dit pas aux patients comment trouver l'information pertinente (23) Les discussions avec les patients entourant la ligne de conduite sont clairement inutiles pour le patient, sans « valeur ajoutée » (23) Manifeste une confiance inappropriée dans sa communication non verbale (23) Profite de son expérience pour dévaloriser l'expérience du patient (23) Dit aux patients quoi faire sans comprendre leurs circonstances (manifeste de l'arrogance, du paternalisme) (23) N'inspire pas la confiance des autres (139)
Le médecin démontre une attitude bienveillante et compatissante .	N'alloue pas suffisamment de temps aux patients pour verbaliser leurs préoccupations (23) Déprécie les pertes/craintes du patient (23) Ne s'assoit pas avec les patients pour communiquer lorsque c'est possible (23) Confronte les patients personnellement et porte des jugements plutôt que de discuter des questions ou des comportements avec eux (23) Ne discute pas avec les patients des options ou des choix de vie sains (23) Ne maintient pas les besoins du patient au premier plan lorsque confronté à ses propres préoccupations concernant les erreurs/désastres/accusations médicales (23) N'accepte pas de reconnaître les émotions du patient dans la rencontre (23;32) Blâme les patients pour les situations difficiles qu'il rencontre (23) En présence d'un patient difficile, ne sait pas reconnaître ses propres sentiments et exprime sa colère de façon inappropriée (23) Face aux contraintes de temps et à la charge de travail, ne maintient pas une approche agréable et compatissante (23) N'est pas suffisamment humaniste envers les patients (1;89) Insensible aux besoins des patients/familles/équipes de soins (32;41)
Le médecin démontre du respect envers les patients à tous les égards, maintient une distance et des limites appropriées, et s'implique dans le bien-être du patient. Ceci comprend sa gestion du temps, sa disponibilité et sa volonté d'évaluer le rendement.	Démontre un comportement irrespectueux (32) Ne respecte pas le temps du patient comme il le ferait pour le sien; ne fait pas de son mieux pour être à l'heure; ne sait pas reconnaître lorsqu'il ne l'est pas (23) Impose au patient ses croyances personnelles, religieuses, morales ou politiques (23) Ne respecte pas le secret professionnel (32) Demande ou accepte des offres de rendez-vous de la part des patients (23) Demande des faveurs aux patients (23) Accepte des cadeaux inappropriés (23) Fait des blagues au détriment du patient (23) Ne respecte pas que le patient fasse ses propres choix concernant son style de vie (23) Ne sait pas apprécier la différence de pouvoir dans l'interaction médecin-patient (23) Ne maintient pas son apparence personnelle pour faciliter le confort et la confiance du patient sur une base individuelle, ou pour des populations spécifiques de patients (23) Ses commentaires et ses comportements ne renforcent et ne stimulent pas les habiletés et les capacités du patient (23) Prête de l'argent aux patients (ou leur en emprunte) (23) Ne reconnaît pas la différence entre le maintien de la confidentialité et la recherche de conseils professionnels appropriés lorsque des situations difficiles l'exigent (23) N'analyse pas activement sa pratique avec des outils d'évaluation et ne met pas en place les changements appropriés (23) Ne pense pas aux patients et parle d'eux d'une façon négative (23) Ne tente pas de comprendre les aspects du patient qui précipitent un comportement difficile ou la non-observance, et n'adapte pas sa réaction en conséquence (23) Semble toujours pressé ou accablé par les trop nombreuses demandes (23) Se plaint des autres membres de l'équipe en présence des patients (23) Blâme les autres pour son propre manque d'organisation ou son approche précipitée (23) Est réticent ou refuse de voir certains patients (23)
Le médecin démontre par ses discussions et son comportement quotidien qu'il est éthique et honnête .	Lorsqu'une erreur a été commise, ne reconnaît pas sa contribution, n'en discute pas avec les personnes appropriées, ne tente pas de clarifier pourquoi l'erreur a été commise et n'applique pas la mesure correctrice appropriée pour l'avenir (23;32;41) Refuse de songer à changer de comportement (41) Répète souvent les mêmes erreurs, peine à apprendre de ses expériences (14;29) N'obtient pas le consentement éclairé, ne s'informe pas des renseignements personnels/de la communication/de la confidentialité (23) Ne respecte pas l'autonomie du patient et n'évalue pas dans quelle mesure il y a atteinte du pouvoir décisionnel du patient (23) Ne fournit pas d'estimations honnêtes concernant le temps, les services et la facturation (23) Dévoile des renseignements contre la volonté exprimée du patient, particulièrement en ce qui concerne les adolescents, les personnes âgées et les patients d'ascendance culturelle différente (23)

	Discute des patients dans des endroits « publics » (23) Offre des traitements médicaux de façon inappropriée à des collègues, y compris la rédaction d'ordonnances (23) Affirme avoir fait quelque chose alors qu'il ne l'a pas faite (23) S'attribue le mérite du travail fait par d'autres (pour des raisons monétaires, pour le prestige, pour toute autre raison) (23) Ses habitudes de prescription sont inappropriées (au lieu d'inscrire le nom du patient, il inscrit le nom d'une personne possédant une assurance médicaments, il prescrit de façon inappropriée pour en retirer des avantages personnels, il prescrit malgré une évaluation insuffisante, il présente des réclamations injustifiables sur des formulaires d'assurance ou autres) (23) Comportements inacceptables d'un point de vue moral ou éthique (1;32)
Le médecin démontre une approche attentive envers la pratique en maintenant son calme, une sérénité et une égalité d'humeur, même dans des situations difficiles, et en s'engageant dans un dialogue réfléchi concernant les valeurs et les motivations.	Lorsque confronté à une situation difficile, ne demeure pas calme et agit de façon inappropriée (p. ex. avec des patients en colère, une tournure imprévue des événements cliniques, une demande accablante, des examens) (23) N'est pas constamment attentif à un patient ou à un collègue au cours des interactions (23) Ne tente pas de comprendre le comportement des autres sans s'emporter ou sans se sentir blessé (23) Manifeste de la colère, de l'humour inapproprié ou d'autres émotions lorsque cela pourrait saper un travail constructif avec les patients ou les collègues (23) Lorsque les émotions sont intenses ou visibles, ne peut pas expliquer ou suggérer un plan d'action constructif (23) S'énervé — particulièrement lorsqu'une autre personne dans la salle s'énervé (23) Dans des situations complexes, ne fait aucune place aux multiples perspectives de participants différents; ne reçoit ou ne sollicite aucun autre point de vue (23) N'est pas désireux d'engager un dialogue, afin d'apprendre à partir de l'expérience des autres, lorsqu'une issue négative/imprévue survient, lorsque des idées sont conflictuelles ou lorsqu'on lui pose des questions (les perçoit comme une menace, est « trop pressé pour en parler ») (23) Lorsqu'une faute semble avoir été commise, ne sait pas la reconnaître et dirige le blâme ailleurs plutôt que de regarder d'abord sa responsabilité personnelle (23)

ÉRUDIT

Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés
Le médecin démontre ses habiletés à exercer une médecine basée sur des preuves . Ceci implique non seulement une capacité d'évaluation critique et de gestion de l'information, mais aussi sa capacité appropriée d'apprendre des collègues et des patients.	Lorsqu'il utilise des lignes directrices ou les résultats d'essais cliniques (sur de grandes populations), il ne les adapte pas pour en assurer l'applicabilité au patient sur une base individuelle (23) Ne vérifie pas dans quelle mesure sa pratique est conforme aux données probantes récentes, et ne fait pas les changements en conformité avec ces preuves (23) Accorde une crédibilité exagérée à la médecine basée sur des preuves; il n'incorpore ni l'expertise du patient et de sa famille du caractère unique de leur situation, ni l'expérience et l'expertise des collègues et des membres de l'équipe, ni sa propre expérience (23) Ne procède pas à une évaluation critique de l'information (23) Lorsqu'un patient pose des questions sur les soins ou fait des suggestions, il est fermé à une discussion respectueuse; il réagit négativement aux patients qui apportent du matériel offert sur Internet (23) Modifie le plan de traitement actuel lorsqu'il s'occupe temporairement du patient de quelqu'un d'autre sans en discuter d'abord avec le fournisseur régulier(23) À la suite d'une discussion de groupe et d'une décision, n'intègre pas dans sa pratique clinique les changements qui ont fait l'objet d'un accord (23) N'identifie pas les lacunes en termes de connaissances dans sa propre pratique clinique et n'élabore aucune stratégie pour les combler (23) N'utilise pas de ressources pour acquérir des informations à jour sur des cas spécifiques (23) Se fie trop à un ensemble limité de ressources d'informations inappropriées (p. ex. représentants d'entreprises pharmaceutiques, matériel non sélectionné sur Internet, périodiques non révisés par des pairs, opinions « d'experts ») (23) Phénomènes d'« ancrage », où l'étudiant refuse de changer d'opinion ou de stratégie d'intervention lorsqu'une information additionnelle vient modifier une situation clinique (34) Procure des soins de mauvaise qualité ou des soins inadéquats aux patients (1)
Le médecin connaît les limites de sa compétence clinique et recherche de l'aide de façon appropriée	Apprentissage actif Manque d'implication personnelle dans l'apprentissage, se limitant à la vérification des habiletés de base (29) Ne recherche pas les occasions pour corriger ses limites ou lacunes en améliorant ses connaissances et ses habiletés (stages optionnels/formation continue) (23) Ignore les problèmes cliniques pour mieux masquer ses lacunes cliniques (23) Ne se prépare pas adéquatement pour une intervention (23) Rejette son rôle d'apprenant et se justifie ou argumente constamment (29;140)

GESTIONNAIRE

Habiletés démontrant la compétence	Symptômes et signes associés à des difficultés
Le médecin manifeste son engagement envers sa santé personnelle et recherche un équilibre entre sa	Gestion du temps Heures supplémentaires excessives (23) Faible productivité malgré de longues heures de travail (27) Surmenage (27) Gestion du temps inefficace (1;14) Désorganisé (14;27;29) Transfère des tâches à des collègues sans justification claire, sans communication adéquate; change « fréquemment » et « à la dernière minute » sa

vie personnelle et ses responsabilités professionnelles	disponibilité pour des tâches professionnelles (23)
10	Miriam Lacasse, 2010

ANNEXE 10 : Propositions visant à prévenir ou à améliorer la prise en charge des situations d'internes de médecine générale en difficulté ou en échec du fait de troubles psychiques

Proposition 1 :

Développer l'accessibilité et la durée du stage ambulatoire durant le 2^e cycle permettrait de faciliter le repérage des étudiants présentant de tels troubles via la proximité avec le praticien agréé-maître de stage.

Proposition 2 :

Mettre en place une réflexion sur les modalités d'encadrement et sur la place des étudiants de 2^e cycle dans les services hospitaliers, en y intégrant la question de la mise en responsabilité progressive de l'étudiant.

Le résidanat (mis en place notamment à Grenoble) propose à un binôme d'externes de 6^e année de prendre en charge sous supervision directe un petit nombre de patients, sur un cycle de deux semaines à plein temps à l'hôpital puis de 2 semaines « off » pour la préparation des ECN. Il s'agit d'une initiative intéressante qui mériterait d'être évaluée avant son éventuelle diffusion à d'autres UFR.

Proposition 3 :

Généraliser ou faciliter la transmission des dossiers universitaires complets d'une université à l'autre en cas de mobilité géographique des étudiants.

Proposition 4 :

Promouvoir le bien-être mental et la gestion du stress pendant le 2^e et le 3^e cycle des études médicales. Sensibiliser les étudiants, leurs enseignants et leurs tuteurs aux risques de troubles psychiques et les informer de façon claire et répétée sur les ressources existantes. Favoriser un climat propice à l'évocation de ces problématiques, notamment par la création de groupes de parole mixtes entre étudiants de 2^e et de 3^e cycle.

Proposition 5 :

Imaginer une structure médico-psychologique innovante spécifiquement dédiée à la prise en charge des étudiants et des internes en souffrance. Il pourrait s'agir d'intervenants libéraux acceptant que leurs coordonnées soient largement diffusées auprès de cette population. Les médecins volontaires ne devraient pas cumuler de charges pédagogiques (tutorat notamment).

Il serait préférable que les éventuels intervenants médicaux et paramédicaux soient formés aux spécificités de la prise en charge des soignants (DIU à compter de la rentrée universitaire 2015 conjoint à l'Université Paris 7 - Paris Diderot et à l'Université Toulouse 3 - Paul Sabatier).

Proposition 6 :

Promouvoir auprès des internes les associations de soutien aux médecins en difficulté, comme l'association MOTS en Midi-Pyrénées, et élaborer avec celles-ci des modalités conjointes de gestion des situations d'internes en difficulté.

Proposition 7 :

Mettre en place une structure pluripartite référente pour la gestion universitaire des cas les plus complexes associant enseignants de médecine générale, responsables pédagogiques de la faculté, associations et syndicats d'internes, ARS, médecin du travail.

Proposition 8 :

Renforcer la place de la médecine du travail. Faire en sorte que le certificat médical d'aptitude soit obligatoirement réalisé par un médecin du travail sur le modèle de ce qui est réalisé en Midi-Pyrénées (modifier la législation en ce sens). Renforcer l'attractivité et promouvoir la médecine du travail auprès des jeunes médecins, par un enseignement spécifique voire la création de stage pendant le 2^e cycle. Désigner un médecin du travail référent pour les internes de chaque subdivision et diffuser largement son existence. Réfléchir à la mise en place d'une évaluation d'aptitude pendant le 2^e cycle.

Proposition 9 :

Réorganiser et encadrer les traces universitaires sur les deux premières années du DES, de façon à repérer précocement les internes en difficulté en cas de défaut de remise de ces traces, tout en permettant de libérer la dernière année pour la réalisation de la thèse (et le rattrapage des traces en retard le cas échéant).

Proposition 10 :

Discuter une remise en cause ou un encadrement de l'autoprescription chez les internes, promouvoir la sélection d'un médecin traitant géographiquement proche et indépendant.

INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE EN DIFFICULTÉ OU EN SITUATION D'ÉCHEC DU FAIT DE TROUBLES PSYCHIQUES : QUELLE PRISE EN CHARGE DANS LE CURSUS EN FRANCE EN 2015 ?

Introduction : Les troubles de la santé mentale peuvent perturber gravement le déroulement du cursus des internes. L'objectif de notre étude était d'explorer les modalités de prise en charge des internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès d'enseignants de départements de médecine générale et auprès de représentants d'associations et de syndicats d'internes de médecine générale. Une analyse thématique a été conduite à partir des verbatims après retranscription intégrale des entretiens.

Résultats : La majorité des internes en difficulté présentaient des troubles antérieurement à l'internat. Le repérage de ces internes peut se faire de multiples façons, malgré l'existence de freins. La prise en charge doit être globale, individualisée et collégiale. Elle nécessite l'adhésion de l'interne à des soins médicaux adaptés. Un diagnostic pédagogique précède d'éventuels aménagements de la formation : actions sur le déroulement du cursus, ajustements des gardes ou des stages, adaptations des obligations universitaires. Une unité référente assure généralement la coordination et le suivi. Les possibilités de réorientation sont limitées.

Conclusion : La prise en charge des internes de médecine générale en difficulté ou en situation d'échec du fait de troubles psychiques est un problème identifié. Il convient de sensibiliser l'ensemble des intervenants et de développer des outils de prévention et d'intervention adaptés en tenant compte des obstacles mis en évidence.

MOTS-CLÉS : interne de médecine générale, trouble psychique, interne en difficulté, étude qualitative

DIFFICULTIES OR DROPOUTS DUE TO MENTAL DISORDERS AMONG FRENCH GENERAL PRACTITIONERS TRAINEES: HOW TO DEAL WITH THEIR TRAINING PROGRAM ?

Introduction: Mental disorders may seriously disrupt the training of general practitioners trainees. Our study aimed to assess the opportunities of supporting and managing general practitioners trainees, whose professional performance was compromised due to a mental disorder.

Methods: We developed a qualitative study that allowed us to lead a series of semi-structured interviews with clinical teachers from general practice departments and with representatives of trainees' organizations and unions. Then we analysed the written transcripts of the interviews.

Results: Most trainees in difficulty had existing mental disorders coming into the program. Despite the existence of obstacles in their tracking, these trainees may be identified in many ways. The management should be comprehensive, individualized and collegial. It requires trainees to accept appropriate mental healthcare. An educational diagnosis should take place before any adjustment of their program: course reorganization, adjustments of call duties, academic support. An identified unit generally ensures coordination and monitoring. The possibility of re-orientation is limited.

Conclusion: Management of general practitioners trainees in difficulty or in failure because of mental disorders is a actual issue. It is necessary to bring awareness to all involved parties to develop adapted prevention and intervention methods considering highlighted obstacles.

KEY WORDS: general practice, trainees, mental disorders, resident in difficulty, qualitative study

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine générale

Faculté de médecine Toulouse Purpan - 37 Allées Jules Guesde - 31000 Toulouse

Directrice de thèse : Dr Anne-Lise YVERNÈS
