

## **Faculté de Médecine**

Année 2024

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 11 avril 2024

Par Franck GOMEZ

Née le 29 Mai 1995 à Corbeil-Essonnes

**Quelles sont les attentes et les représentations des personnels paramédicaux envers les internes en médecine ?**

Thèse dirigée par le Dr Bureau-Yniesta Coralie

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie, PU de Médecine Générale

Présidente

Mme le Docteur LAUCHET Nadège, PA de Médecine Générale

Juge

Mme le Docteur SEVE Léa MCA-MG

Juge

Mme le Docteur BUREAU-YNIESTA Coralie, MCA-MG

Juge, Directrice de thèse

## Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°

### Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le

11 avril 2024

Par Franck GOMEZ

Née le 29 Mai 1995 à Corbeil-Essonnes

### **Quelles sont les attentes et les représentations des personnels paramédicaux envers les internes en médecine ?**

Thèse dirigée par le Dr Bureau-Yniesta Coralie

Examineurs :

Mme le Professeur DUMOITIER Nathalie, PU de Médecine Générale

Présidente

Mme le Docteur LAUCHET Nadège, PA de Médecine Générale

Juge

Mme le Docteur SEVE Léa MCA-MG

Juge

Mme le Docteur BUREAU-YNIESTA Coralie, MCA-MG

Juge, Directrice de thèse

**Doyen de la Faculté**

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

**Asseseurs**

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

**Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers**

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BALLOUHEY</b> Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE

<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FAVREAU</b> Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAUTHIER</b> Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>HOUETO</b> Jean-Luc	NEUROLOGIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>JOUAN</b> Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>LY</b> Kim	MEDECINE INTERNE
<b>MAGNE</b> Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARCHEIX</b> Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>OLLIAC</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>ROUCHAUD</b> Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
<b>TOURE</b> Fatouma	NEPHROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---



### **Professeur des Universités de Médecine Générale**

**DUMOITIER** Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

### **Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale**

**HOUDARD** Gaëtan (du 01-09-2019 au 31-08-2025)

### **Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale**

**BUREAU-YNIESTA** Coralie (du 01-09-2022 au 31-08-2025)

**LAUCHET** Nadège (du 01-09-2020 au 31-08-2023)

**SEVE** Léa (du 01-09-2021 au 31-08-2024)

### **Professeurs Emérites**

**ADENIS** Jean-Paul du 01-09-2017 au 31-08-2021

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BESSEDE** Jean-Pierre du 01-09-2018 au 31-08-2022

**BUCHON** Daniel du 01-09-2019 au 31-08-2022

**DARDE** Marie-Laure du 01-09-2021 au 31-08-2023

**DESSPORT** Jean-Claude du 01-09-2020 au 31-08-2022

**MABIT** Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

**MERLE** Louis du 01-09-2017 au 31-08-2022

**MOREAU** Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2023

**NATHAN-DENIZOT** Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

**TREVES** Richard du 01-09-2021 au 31-08-2023

**TUBIANA-MATHIEU** Nicole du 01-09-2018 au 31-08-2021

**VALLAT** Jean-Michel du 01-09-2019 au 31-08-2023

**VIROT** Patrice du 01-09-2021 au 31-08-2023

Le 1<sup>er</sup> décembre 2022

**Assistants Hospitaliers Universitaires**

<b>ABDALLAH</b> Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
<b>APPOURCHAUX</b> Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>BUSQUET</b> Clémence	HEMATOLOGIE
<b>CHAZELAS</b> Pauline	BIOCHIMIE
<b>LABRIFFE</b> Marc	PHARMACOLOGIE
<b>LADES</b> Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
<b>LOPEZ</b> Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MARTIN ép. DE VAULX</b> Laury	ANESTHESIE REANIMATION
<b>MEYER</b> Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
<b>MONTMAGNON</b> Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
<b>PLATEKER</b> Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
<b>ROUX-DAVID</b> Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>SERVASIER</b> Lisa	CHIRURGIE OPTHOPEDIQUE

**Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux**

<b>ABDELKAFI</b> Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
<b>AGUADO</b> Benoît	PNEUMOLOGIE
<b>ALBOUYS</b> Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>ASLANBEKOVA</b> Natella	MEDECINE INTERNE
<b>BAUDOIN</b> Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
<b>BEAUJOUAN</b> Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
<b>BLANCHET</b> Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
<b>BLANQUART</b> Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
<b>BOGEY</b> Clément	RADIOLOGIE

<b>BONILLA</b> Anthony	PSYCHIATRIE
<b>BOSCHER</b> Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
<b>BURGUIERE</b> Loïc	SOINS PALLIATIFS
<b>CHASTAINGT</b> Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
<b>CHAUBARD</b> Sammara	HEMATOLOGIE
<b>CHROSCIANY</b> Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>COLLIN</b> Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
<b>COUMES-SALOMON</b> Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
<b>CURUMTHAULEE</b> Faiz	OPHTALMOLOGIE
<b>DARBAS</b> Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
<b>DU FAYET DE LA TOUR</b> Anaïs	MEDECINE LEGALE
<b>DUPIRE</b> Nicolas	CARDIOLOGIE
<b>FESTOU</b> Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
<b>FORESTIER</b> Géraud	RADIOLOGIE
<b>FRACHET</b> Simon	NEUROLOGIE
<b>GIOVARA</b> Robin	CHIRURGIE INFANTILE
<b>LADRAT</b> Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
<b>LAGOUEYTE</b> Benoit	ORL
<b>LAPLACE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE
<b>LEMACON</b> Camille	RHUMATOLOGIE
<b>MEYNARD</b> Alexandre	NEUROCHIRURGIE
<b>MOI BERTOLO</b> Emilie	DERMATOLOGIE
<b>MOHAND O'AMAR ép. DARI</b> Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>NASSER</b> Yara	ENDOCRINOLOGIE
<b>PAGES</b> Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
<b>PARREAU</b> Simon	MEDECINE INTERNE

<b>RATTI</b> Nina	MEDECINE INTERNE
<b>ROCHER</b> Maxime	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLEE</b> Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
<b>SEGUY ép. REBIERE</b> Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
<b>THEVENOT</b> Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
<b>TORDJMAN</b> Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE
<b>TRAN</b> Gia Van	NEUROCHIRURGIE
<b>VERNAT-TABARLY</b> Odile	OPHTALMOLOGIE

### **Chefs de Clinique – Médecine Générale**

<b>BOURGAIN</b> Clément
<b>HERAULT</b> Kévin
<b>RUDELLE</b> Karen

### **Praticiens Hospitaliers Universitaires**

<b>HARDY</b> Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE D'URGENCE
<b>TRICARD</b> Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

« J'ai travaillé avec soin, non pas pour me moquer, me lamenter ou exécuter  
les actions humaines, mais pour les comprendre. »

Baruch Spinoza

## Remerciements

---

### **Aux Membres du jury :**

#### **À Madame le Professeur Nathalie DUMOITIER :**

Pour me faire l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour votre implication et votre disponibilité tout au long du DES de médecine générale. Vous avez su m'accorder votre temps et votre aide quand ce fut nécessaire. Soyez assurée de mon profond respect et de ma reconnaissance.

#### **À Madame le Docteur Coralie BUREAU-YNIESTA :**

Pour ton rôle en tant qu'enseignante, tutrice, maitre de stage, et enfin directrice de thèse. Merci de m'avoir suivi toutes ces années, pour tous ces conseils avisés et cet engagement de chaque instant pour me mener à ce jour. J'espère avoir l'honneur de pouvoir continuer à travailler à tes côtés. Tu es un exemple d'investissement, de bienveillance et de force.

#### **À Madame le Docteur Léa SEVE :**

Pour me faire l'honneur de vous être rendu disponible pour siéger dans ce jury. Merci de votre implication et votre bonne humeur tout au long de ces nombreux enseignements.

#### **À Madame le Docteur Nadège LAUCHET :**

Pour me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci de votre travail tout au long du DES de médecine générale.

**Aux autres professionnels de santé rencontrés :**

Au **Docteur Fabienne DESCHAMPS**, au **Docteur Gérard OCCELLI** et au **Docteur Antoine DARREYE**,

Pour m'avoir laissé évoluer à vos côtés durant cette première approche de la médecine générale. Merci pour votre investissement et tout ce que vous avez su m'apporter.

Aux **Médecins des urgences du CHU de Limoges**,

Pour avoir su m'accompagner tout au long de ce semestre dans des conditions souvent peu évidentes. Merci pour tous ces échanges, ces rires et ces apprentissages qui m'ont permis d'évoluer rapidement.

Aux **Médecins des Urgences de l'HME de Limoges** ainsi qu'aux **Médecins de la maternité**,

Pour votre accueil et votre accompagnement durant ce semestre. Merci pour votre travail et votre bonne humeur à toute épreuve.

Au **Docteur Marie-Anne VANDENHENDE**, au **Docteur Étienne MERIGLIER** et au **Docteur Rafael PAZ**, médecins du service de Médecine Interne et Post-Urgences du CHU Pellegrin,

Pour m'avoir donné la possibilité de passer un semestre dans votre service. Merci de tout ce que vous avez pu m'apporter, de votre bienveillance envers vos internes et vos patients, vous m'avez énormément appris. C'était un réel plaisir de travailler à vos côtés.

Au **Docteur Laure ZIRNHELT** et au **Docteur Marion DELAGE**,

Pour m'avoir accueilli pendant mon stage en autonomie et avoir su m'accompagner dans cette étape.

Au Docteur Élisabeth **PIRY-SIOU**,

Pour m'avoir accueilli pour ce dernier semestre, votre bonne humeur et votre qualité de travail m'ont beaucoup apporté.

Au Docteur **Cristian BOGHINA** et au Docteur **Florent LAJOIX**,

Pour ce semestre en santé de la femme. Merci de m'avoir fait découvrir cette discipline, avec rigueur et bonne humeur. Je ne manquerai évidemment pas de revenir refaire le monde à vos côtés, gardez cette étincelle et ce franc parlé. (Petite pensée pour Raoult, qui, je l'espère sera aussi épanoui que j'ai pu l'être dans ce cabinet.)

À tous les **membres de la scolarité**, avec une attention particulière pour Monsieur **Cyril Kahfujian**,

Pour votre accompagnement tout au long de ces études. Merci pour vos conseils et vos réponses rapides à toutes nos interrogations (pas toujours brillantes, il faut bien l'admettre...). Vous faites partie intégrante de la réussite de chaque étudiant de ce cursus.

#### **Aux participants :**

À tous les **paramédicaux** qui ont accepté de participer à ce travail,

Je ne vous nomme pas par soucis évident de confidentialité, mais sachez que votre disponibilité me va droit au cœur. Tout ça, c'est grâce à vous. Merci pour votre engouement infaillible, vous avez répondu positivement à ce projet bien au-delà de mes espérances.

J'en profite pour remercier tout le **personnel ambulatoire** comme **hospitalier**,

Avec qui j'ai pu avoir un regard, une interaction ou un échange au cours de toutes ces années. C'est aussi grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui, c'est vous qui permettez à notre système de fonctionner. Merci d'avoir été présents.

#### **Aux cadres de santé,**

À ceux avec qui j'ai eu la chance d'avoir un échange et tous ceux qui m'ont ouvert leur porte et qui ont diffusé ce projet sans l'ombre d'une hésitation, vous avez rendu ce travail possible et accessible à tous.

#### **À mes cointernes,**

Pour ce chemin que nous avons emprunté ensemble, pour cette complicité créée autour des petites victoires ou des grandes fatigues, c'est grâce à notre solidarité que nous avançons plus facilement, alors merci d'avoir été présents, je vous souhaite à tous le meilleur.

À ce **noyau dur**,

Qui s'est créé si spontanément dès le début de cet internat à mon arrivée sur Limoges, **Robin, Laura, Saoussanne, Alexandra, Pauline**, vous êtes au top, merci pour votre folie, votre énergie et votre joie de vivre, et ces heures de RCP parfois. En revanche, on n'oublie pas le lancement de l'application s'il vous plaît, on a un succès à écrire. Au boulot.

**À ma famille :**

À mes **parents**,

Sans qui tout cela n'aurait pas été possible. Merci pour tout, depuis toujours. Vous savez à quel point je vous dois tout. Une étape de terminée, peut-être même plus longue pour vous que pour moi, la prochaine n'en sera que plus grande. Je vous aime.

À mon frère **Bruno** ;

Bon, on sait. Maintenant c'est tout droit, mental cailloux. Tu sais que je serai toujours là. Je t'aime.

Et enfin, à ma compagne de vie, **Charlène**,

Celle qui est là pour m'épauler, me soutenir, et qui parfois doit légèrement me supporter. Merci d'être apparue dans ma vie. Ta joie de vivre est une bouffée d'oxygène quotidienne. On est au début d'une histoire bien plus grande, il ne reste plus qu'à continuer à l'écrire au quotidien. Ne t'inquiète pas je dis aussi merci aux chats qui ont littéralement passé autant de temps sur le clavier pour cette thèse que moi. Je t'aime.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Liste des abréviations

---

AIPD : Analyse d'Impact relative à la Protection des Données

CPP : Comité de Protection des Personnes

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

CNGE : Collège National des généralistes enseignants

DES : Diplôme d'études spécialisées

ECG : ElectroCardioGramme

ECN : Examen classant national

EDN : Epreuves dématérialisées Nationales

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IPA : Analyse Interprétative Phénoménologique

MG : Médecin(e) Généraliste/Généraliste

MR-004 : Méthode de Référence 004

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PAMSU : Praticiens Ambulatoires Maître de Stage des Universités

PMA : Procréation Médicalement Assistée

WONCA : World organization of national Colleges, Academies, and academic associations of general practitioners : Organisation mondiale des Médecins généralistes

## Table des matières

Remerciements .....	12
Droits d'auteurs.....	16
Liste des abréviations .....	17
Table des illustrations .....	22
<b>I. Introduction .....</b>	<b>23</b>
I.1 Définitions .....	24
I.1.1 L'interne .....	24
I.1.1.1 Un peu d'histoire .....	24
I.1.1.2 Un statut à part entière .....	24
I.1.2 Les paramédicaux .....	25
I.1.3 Les attentes .....	26
I.1.4 Les représentations .....	26
I.2 Coursus médical des internes de Médecine Générale.....	27
I.2.1 Focus sur la maquette de médecine générale avant 2023 .....	27
I.2.2 La nouvelle maquette de médecine générale à partir de la rentrée universitaire 2023 .....	28
I.2.3 Un tour rapide des autres spécialités .....	30
I.2.4 Un changement de modèle d'enseignement (19) .....	30
I.3 Les différents modèles en médecine .....	31
I.3.1 Le modèle Biomédical .....	31
I.3.2 Le modèle biopsychosocial .....	32
I.4 Les compétences en médecine générale.....	33
I.4.1 Premier recours, incertitude, urgences .....	34
I.4.2 Approche globale, prise en compte de la complexité.....	35
I.4.3 Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire .....	35
I.4.4 Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient .....	36
I.4.5 Relation, communication, approche centrée patient .....	36
I.4.6 Professionnalisme .....	37
I.4.7 Les 11 familles de situations prévalentes en MG (31) .....	37
I.4.8 Les 16 situations cliniques types.....	38
I.5 Evaluation des internes en médecine générale .....	40
I.6 Remise en contexte .....	41
<b>II. Matériel et méthodes.....</b>	<b>42</b>
II.1 Objectif.....	42
II.2 Type d'étude / choix de la méthode.....	42
II.3 Aspects éthiques et réglementaires .....	42

II.4 Recueil des données .....	43
II.4.1 Population étudiée et recrutement .....	43
II.4.2 La fiche de recueil préalable .....	44
II.4.3 Le guide d'entretien qualitatif .....	44
II.4.4 Le déroulement des entretiens .....	45
II.4.5 Retranscription .....	45
II.5 Analyse .....	46
II.5.1 Codage (logiciel N'Vivo ®) .....	46
II.5.2 Traitement des données sociodémographiques des participants .....	47
<b>III. Résultats</b> .....	<b>48</b>
III.1 Caractéristiques de la population d'étude.....	48
III.2 Résultat de l'analyse phénoménologique.....	49
III.2.1 Définition de l'interne :.....	49
III.2.1.1 Les internes et leur statut d'étudiant .....	49
III.2.1.2 Les internes sont des médecins .....	51
III.2.1.3 l'interne a une profession difficile .....	52
III.2.1.4 Les internes sont différents des médecins séniors .....	55
III.2.1.4.1 les internes : les plus.....	55
III.2.1.4.2 les internes : les moins .....	58
III.2.1.4.3 Les séniors : les plus.....	59
III.2.1.4.4 Les séniors : les moins .....	62
III.2.1.4.5 Une absence de différence .....	63
III.2.1.5 Les paramédicaux sont différents des internes .....	64
III.2.1.5.1 : les compétences techniques.....	64
III.2.1.5.2 : les compétences organisationnelles .....	66
III.2.5.3 Les compétences communicationnelles .....	67
III.2.5.4 Les compétences relationnelles.....	67
III.2.1.6 Des spécialités différentes, des internes différents .....	68
III.2.1.6.1 Tableau d'un interne d'urgence.....	69
III. 2.1.6.2 Tableau d'un interne de pédiatrie .....	70
III. 2.1.6.3 Tableau d'un interne de chirurgie.....	70
III. 2.1.6.4 Tableau d'un interne de radiologie.....	71
III.2.1.6.5 La médecine générale, une spécialité pas si spécialisée .....	71
III.2.1.7 Le cursus médical vu par les paramédicaux .....	72
III.2.2 Les Compétences des internes .....	73
III.2.2.1 Les compétences médicales de l'interne d'après le personnel paramédical .....	73

III.2.2.2 Les compétences biopsychosociales.....	76
III.2.2.3 Tableau d'un bon interne .....	77
III.2.2.3.1 Le bon interne médical .....	77
III.2.2.3.2 Le bon interne est présent pour l'équipe, le service et ses patients.....	78
III.2.2.3.3 Un bon interne a une posture et des qualités humaines particulières .....	81
III.2.2.4 Tableau d'un mauvais interne .....	86
III.2.2.4.1 Le mauvais interne médical .....	87
III.2.2.4.2 Le mauvais interne relationnel .....	88
III.2.3 Les Relations internes/paramédicaux, le fer de lance de toutes les prises en soin .....	93
III.2.3.1 La hiérarchie au cœur des discordes .....	93
III.2.3.1.1 Une hiérarchie intra paramédicale .....	93
III.2.3.1.2 Une hiérarchie médicale/paramédicale.....	93
III.2.3.2 – Paramédicaux leur poste et leur place, dans le service et dans l'équipe. ....	96
III.2.3.2.1 : Une équipe importante, ancrée dans le service .....	96
III. 2.3.2.2 La perception de leur métier par eux-mêmes et par les autres .....	97
III.2.3.2.3 La place ressentie des paramédicaux envers les internes.....	98
III.2.3.3 : Les relations médicales vues par les paramédicaux.....	102
III.2.3.4 Les attentes des paramédicaux.....	103
III.2.3.5 Les regrets des paramédicaux .....	105
III.2.3.6 La communication, le maitre mot de tous les volontaires .....	105
III.2.3.6.1 Une communication qui passe par la présentation .....	105
III.2.3.6.2 La symbolique du prénom .....	106
III.2.3.6.3 L'importance de la communication .....	106
III.2.3.6.4 Les freins à la communication .....	107
III.2.3.6.5 Un besoin de travail coordonné.....	108
III.2.3.6.6 Des personnalités différentes .....	109
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>110</b>
IV.1 Exposition du modèle explicatif .....	110
IV.2 Comparaison avec la littérature .....	113
IV.3 Les forces et limites.....	114
IV.3.1 Les forces .....	114
IV.3.2 Les limites.....	115
IV.4 Les perspectives .....	116
IV.4.1 Les pistes d'amélioration.....	116
IV.4.1.1 Un accueil plus travaillé des internes dans chaque service .....	116
IV.4.1.2 Une connaissance des attentes paramédicales .....	117

IV.4.1.3 Les enseignements en communication .....	117
IV.4.1.4 Un temps de rencontre pluridisciplinaire au cours des études : .....	118
IV.4.2 Les pistes à explorer .....	119
Conclusion .....	121
Références bibliographiques .....	122
Annexes .....	125
Serment d'Hippocrate .....	166

## Table des illustrations

---

Figure 1 : Les DES de Médecine générale en 4 ans.....	29
Figure 2 : Le modèle biopsychosocial .....	33
Figure 3 : Les 6 compétences du MG.....	34

# I. Introduction

---

L'exercice de la médecine a de tout temps été une activité pluridisciplinaire. Au-delà du médecin, souvent très bien identifié, de nombreuses aides gravitaient déjà autour du patient, changeant avec le temps, d'appellation, de spécificité ou de titre (1),(2). Ces considérations ont évolué au fil des siècles jusqu'à obtenir des cadres légaux pour chaque profession, encadrant les prises en soin des patients de plus en plus exhaustivement.

Lors de son parcours, un interne découvre de nombreux services différents. Que ce soit en milieu hospitalier ou en ambulatoire, chaque semestre est un recommencement, à la fois en termes de lieu d'exercice, de pratique, d'apprentissage, de patients ou encore d'équipe soignante. Au cours de ces stages, les internes sont sous la responsabilité d'un maître de stage. Dans la réalité du terrain, que ce soit dû au nombre d'internes ou à la quantité de travail nécessaire, beaucoup d'internes se retrouvent seuls une grande majorité du temps dans les services, ou peuvent être en autonomie complète dans les stages ambulatoires dédiés à cette approche. Dans ce contexte, l'équipe paramédicale devient alors la seule ressource accessible, que ce soit en termes d'aide, d'enseignement ou de décharge émotionnelle.

Pour beaucoup d'internes, l'arrivée dans un service commence par la présentation aux équipes paramédicales qu'ils voient parfois comme un rite initiatique conditionnant leur relation ultérieure. (3) On peut alors imaginer que cette relation particulière entre les deux parties, médicaux et paramédicaux, conditionne à la fois la qualité de vie au travail, mais aussi la qualité des prises en soin.

Les thèses de médecine sur les compétences des internes, la façon de les évaluer, les conditions de travail ou encore les formations disponibles sont nombreuses. Les équipes paramédicales, elles, pourtant au cœur de notre travail quotidien, alliés indispensables de nos prises en soin, n'ont pour le moment jamais eu la parole sur ce que pouvait représenter l'internat, et le fait de travailler avec des internes dans leur pratique quotidienne.

Alors que l'aspect pluridisciplinaire de notre discipline est au cœur des revendications actuelles, le personnel paramédical est très peu représenté dans les travaux de recherche médicaux, et, quand il l'est, n'est en général axé que sur de la compétence technique, de l'accompagnement de patient ou du mieux vivre au travail.

Notre but aujourd'hui est de leur donner la parole, pour connaître leurs représentations de l'interne, leurs attentes, et tenter de décrire ce qui, pour eux, est la place de l'interne dans ces services.

## **I.1 Définitions**

### **I.1.1 L'interne**

#### **I.1.1.1 Un peu d'histoire**

La date officielle de la création de l'Internat des hôpitaux est le 10 février 1802, l'objectif était de séparer les externes et les internes, mais aussi de limiter le temps d'internat à 4 ans (4). La notion de concours répondait alors à un souci d'écartier tout favoritisme. Tous les étudiants ayant réussi le concours étaient alors internes. Beaucoup de changements ont eu lieu jusqu'à la réforme de 1982 (5) où une évolution du concours pour devenir un concours universitaire a lieu. C'est alors la seule voie d'accès aux spécialités. L'organisation du 3ème cycle des études médicales comprend donc : le 3ème cycle de médecine générale et le 3ème cycle de médecine spécialisée (DES).

Les étudiants n'ayant pas voulu préparer ou n'ayant pas obtenu l'internat de spécialité sont alors nommés résidents. C'est ainsi que le 30 juillet 1987, la loi transforme en particulier l'internat de médecine générale en résidanat (6).

Cette réforme très importante aura eu beaucoup de conséquences sur l'évolution de nos études actuelles (7).

Ce n'est qu'en 2005 que le concours de l'internat de spécialité sera remplacé par l'examen classant national en fin de 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales. Cette réforme rend la formation hospitalière accessible à tous les étudiants en médecine, une fois l'examen réalisé et indépendamment de leur spécialité (ce n'est qu'en 2002 que la médecine devient une spécialité. Il faut attendre 2004 pour que l'internat de médecine générale se mette en place et donc attendre 2007 pour voir exercer les premiers spécialistes en médecine générale) (6).

#### **I.1.1.2 Un statut à part entière**

Le statut d'interne est un statut très particulier sur de nombreux aspects. Un cadre clair est pourtant établi par le Code de la santé publique(8).

L'interne en médecine a déjà réalisé :

Le 1er cycle, constitué par une 1ère année commune aux 5 filières de santé et 2 années pré-cliniques

Le 2ème cycle qui comporte 3 années cliniques.

Au bout de ces 6 ans et le passage des ECN (examen classant national), appelé maintenant EDN depuis la réforme de 2023, l'interne en médecine choisit sa spécialité ainsi que sa ville de formation en fonction de son classement.

C'est donc un praticien en formation spécialisée(9). Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire. Il participe aussi au service de gardes et astreintes.

L'interne est de ce fait un médecin qui exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève(10). Il reçoit de ce fait sur son lieu d'affectation, en plus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

L'interne est soumis au règlement des établissements(11) ou organismes dans lesquels il exerce son activité. Il s'acquitte des tâches qui lui sont confiées d'une manière telle que la continuité et le bon fonctionnement du service soient assurés.

Il ne peut en particulier, sous peine de sanctions disciplinaires, s'absenter de son service qu'au titre des congés prévus et des obligations liées à sa formation théorique et pratique.

### **I.1.2 Les paramédicaux**

Le terme de profession paramédicale n'a pas de valeur légale en France. Le Code de la santé publique français(12) définit sous cette appellation les professions de la santé qui ne sont pas médicales, c'est-à-dire qui ne sont pas exercées par un médecin, une sage-femme, un dentiste ou un pharmacien.

On peut alors présenter une liste non exhaustive des professions paramédicales(13) :

- Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue
- Professions d'ergothérapeute et de psychomotricien
- Professions d'orthophoniste et d'orthoptiste
- Professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical,
- Professions d'audioprothésiste, d'opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées

- Profession de diététicien
- Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

### **I.1.3 Les attentes**

L'attente est définie dans le dictionnaire (14) comme : un nom féminin venant du latin *Attendita*, de *attendere*, attendre.

Elle désigne l'action d'attendre quelqu'un, quelque chose, de compter sur quelqu'un, sur quelque chose.

Elle peut aussi définir le temps pendant lequel on attend.

Dans notre travail aujourd'hui, les attentes répondront à cette première définition.

Nous allons étudier, les actes, gestes, actions que le personnel paramédical pourrait attendre des internes avec lesquels ils sont en contact.

### **I.1.4 Les représentations**

Le mot représentations peut avoir un grand nombre de définitions différentes, il est donc important de faire le point sur celle qui nous intéressera lors de ce travail.

Voici certaines définitions données, il en existe une multitude (15) :

Nom féminin, du latin *repraesentatio*

1. Action de rendre sensible quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe : l'écriture est la représentation de la langue parlée par des signes graphiques.
2. Action de représenter par le moyen de l'art ; œuvre artistique figurant quelque chose, quelqu'un : une représentation sculptée de la Vierge.
3. Procédé juridique en vertu duquel des héritiers du défunt viennent à sa succession, à la place d'un de leurs ascendants précédés.
4. Perception, image mentale, etc., dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène, etc., du monde dans lequel vit le sujet.

La définition qui nous intéressera aujourd'hui est la dernière. Nous nous plongerons dans la perception, l'image mentale créés par le personnel paramédical sur l'interne, sa fonction et son évolution dans le milieu de travail.

## **I.2 Coursus médical des internes de Médecine Générale**

Les différents professionnels paramédicaux sont confrontés à de nombreux internes, de spécialités très différentes. Il paraît intéressant de détailler le cursus des internes de médecine générale, spécialité transversale aux multiples terrains de stage, et représentant une proportion majoritaire des internes en stage. Les soignants sont donc plus susceptibles de croiser de nombreux internes de médecine générale.

### **I.2.1 Focus sur la maquette de médecine générale avant 2023**

L'internat de médecine générale en deux phases d'apprentissage distinctes d'une durée de 6 semestres avec une mise en autonomisation progressive(16) :

- une phase socle
- une phase d'approfondissement

L'internat de Médecine Générale est le seul qui se déroulait encore en trois ans(17). Lors de ces trois années, se succèdent des stages hospitaliers et ambulatoires où l'interne va acquérir une vision globale des différents aspects de la profession.

Lors de la première année consacrée aux soins primaires, l'interne doit réaliser un stage dit de niveau 1 réalisé au sein d'un trinôme de Praticiens Ambulatoires Maître de Stage des Universités (PAMSU) et un stage aux urgences.

Ensuite, l'interne découvre durant les deux dernières années (phase d'approfondissement) des terrains de stages validant « la santé de la femme » et « la santé de l'enfant ».

Les deux semestres restants comprennent un stage hospitalier en médecine polyvalente adulte et un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie

Supervisée). Si l'interne a fait un semestre couplant la santé de la femme et la santé de l'enfant, il aura alors la possibilité de faire un stage libre dans le domaine qui l'intéresse.

La thèse sera passée en fin d'internat, elle devra s'intéresser à l'exercice de la médecine générale. À la place, ou en plus du mémoire qui doit être réalisé dans les autres spécialités, le DES de médecine générale requiert, pour sa validation, la rédaction d'un portfolio, étoffé tout au long des 3 années d'enseignements en stage, et d'enseignements théoriques, mais également de formations personnelles en dehors de l'université ou de participation à différents congrès, formation médicale continue (FMC)...

## **I.2.2 La nouvelle maquette de médecine générale à partir de la rentrée universitaire 2023**

Les textes règlementaires présentés ici sont ceux appliqués à partir de novembre 2023 (18). Ils ne concernent que les internes débutant la première année de la phase socle du D.E.S. de MG à compter de la rentrée universitaire 2023. N'étant pas encore expérimentés, ils sont potentiellement soumis à des changements.

Le D.E.S. de Médecine Générale dure 4 ans (8 semestres), dont au moins 4 semestres en stage ambulatoire de médecine générale, sauf dérogation sur projet professionnel avec accord du coordonnateur du D.E.S.

La thèse doit être soutenue avant le début de la phase de consolidation, donc en 3 ans.

Cette information n'a pas été mentionnée dans l'arrêté définissant la maquette. Elle se base sur une analogie avec les D.E.S. des autres spécialités. Une dérogation pourrait être accordée aux premières promotions touchées par la réforme. Nous restons donc là, dans une réflexion théorique.

1ère année = PHASE SOCLE = 2 semestres

- Urgences adultes
- Stage ambulatoire de médecine générale de niveau 1

2ème et 3ème année = PHASE D'APPROFONDISSEMENT = 4 semestres

- 2ème année :
  - Médecine adulte polyvalente (gériatrie, médecine interne, endocrinologie, aval des urgences...)

- Stage couplé « santé de la femme » « santé de l'enfant » : Ambulatoire ou hospitalier.
- 3ème année :
  - Stage libre : hospitalier ou ambulatoire, de préférence en gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, gynécologie, mais possible en dehors de ces thématiques selon le projet professionnel.
  - Stage ambulatoire de médecine générale de niveau 2 : SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé).

4ème année = PHASE DE CONSOLIDATION = 2 semestres

- Deux stages ambulatoires de médecine générale de niveau 3
  - De préférence sur le même terrain de stage (reconduction du premier stage) mais possibilité de deux stages dans des lieux différents.
  - Dérogation possible pour effectuer un de ces deux stages en secteur hospitalier (en lien avec le projet professionnel).

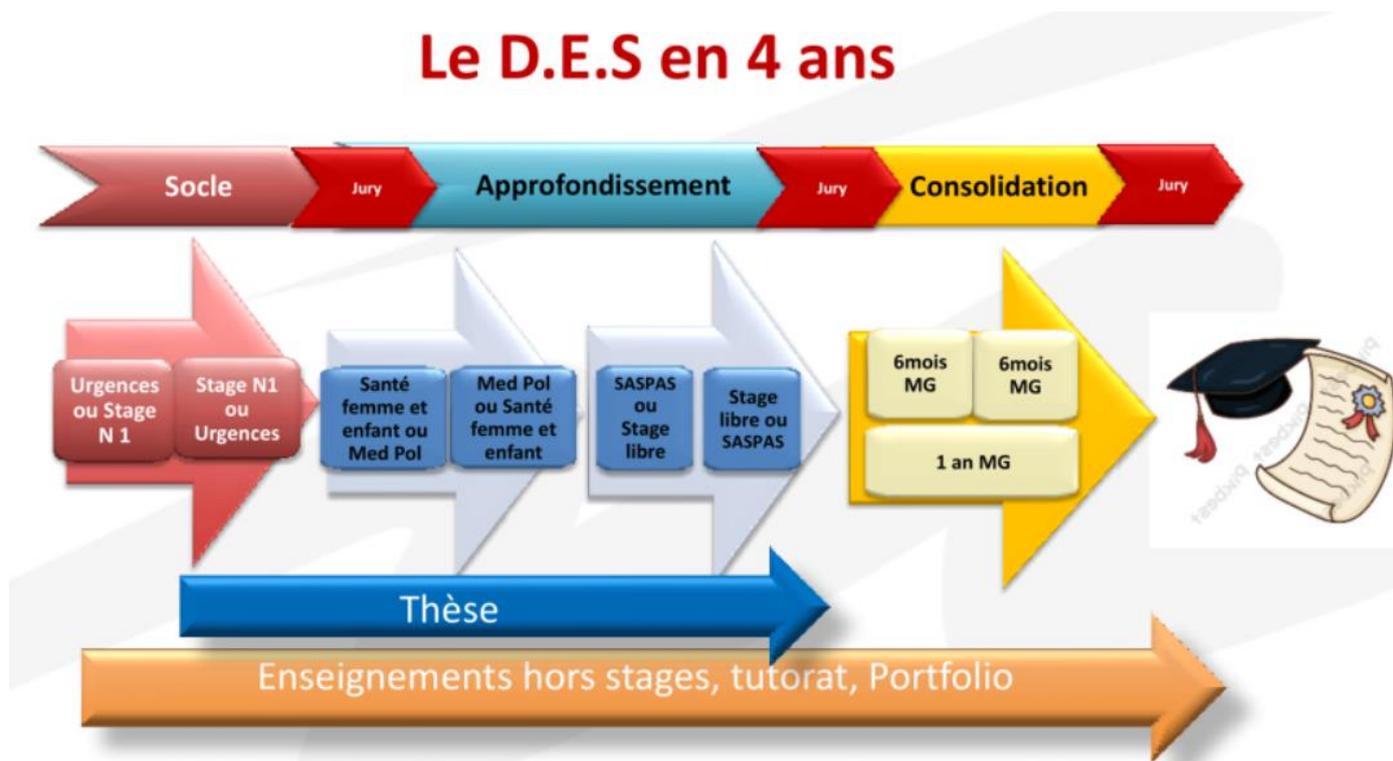


Figure 1 : Les DES de Médecine générale en 4 ans

Au-delà de l'aspect contextuel de ces informations pour notre travail de recherche, il est important de dissocier deux lieux de stages majeurs, les stages hospitaliers et les stages ambulatoires.

Chaque terrain de stage emmènera à rencontrer des personnels paramédicaux différents, avec des attentes et des pratiques différentes.

### **1.2.3 Un tour rapide des autres spécialités**

Nous ne détaillerons pas toutes les maquettes des spécialités spécifiquement pour des raisons évidentes. Il semble néanmoins intéressant de poser un cadre global.

On peut alors différencier les spécialités médicales et les spécialités chirurgicales.

- Pour les spécialités médicales :

La phase socle dure toujours 1 an ; suivi d'une phase d'approfondissement de 2 ans, pour les spécialités avec un DES de 4 ans et de 3 ans pour les spécialités avec un DES de 5 ans. La phase de consolidation dure 1 an, avec le statut de docteur junior. Les internes sont donc thésés avant cette phase.

- Pour les spécialités chirurgicales :

La phase socle est similaire avec une durée d'un an ; suivi une fois encore d'une phase de consolidation de 3 ans. L'interne devra alors passer sa thèse pour obtenir le statut de docteur junior et ainsi accéder à la phase de consolidation qui durera 2 ans portant l'internat à une durée totale de 6 ans.

Il est important de rappeler que ces informations posent un cadre global, il existe parfois des spécificités pour une spécialité donnée.

### **1.2.4 Un changement de modèle d'enseignement (19)**

La création du Diplôme d'études spécialisées de Médecine Générale en 2004 a permis de modifier la formation des médecins généralistes.

Le but de ce changement est de passer, de médecins diplômés, car ayant validé des stages et enseignements nécessaires, à des médecins formés sachant agir avec pertinence.

La formation initiale se reposait sur un paradigme d'enseignements. L'enseignant détient le savoir et sait ce qu'il doit transmettre à l'étudiant. Il est alors l'acteur principal de la formation, dispensant un enseignement passif, en dehors de situations concrètes.

L'évolution a permis de passer à un nouveau paradigme d'apprentissage, basé sur des postulats différents. Les étudiants sont mis en action, en situation. Ils deviennent alors l'acteur principal de la formation, et sollicitent des ressources internes et externes. L'enseignant devient alors un facilitateur d'apprentissage.

C'est dans cette optique que l'enseignement facultaire a commencé à utiliser des méthodes d'auto et hétéro évaluation, à partir de situations authentiques lors de l'ensemble du programme du DES. De plus, l'enseignement facultaire s'est aussi modifié, proposant des thèmes d'enseignements adaptés, sur la communication, le dépistage, la prévention...

### **I.3 Les différents modèles en médecine**

Il existe en médecine deux modèles complémentaires : le modèle biomédical et biopsychosocial. (20)

Le premier se base sur l'application en médecine de la méthode analytique des sciences exactes.

Le deuxième tient compte des interrelations entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie. L'évolution clinique des patients est déterminée, non pas par les seuls facteurs biologiques, mais aussi par les formes de vie collectives et les événements psychosociaux qui font partie de la vie du sujet. Il intègre aussi les structures et les valeurs qui caractérisent la communauté du patient. Il porte notre attention sur la dimension biopsychosociale, qui devrait faire partie intégrante du raisonnement clinique et, plus largement, du mode de pensée de la médecine.

“ La "science" et la méthode scientifique ont affaire avec la compréhension et le traitement de la maladie, et non pas avec le patient et le soin du patient ” (Engel, 1980)

#### **I.3.1 Le modèle Biomédical**

Le modèle biomédical de la médecine a été depuis environ le milieu du XIX<sup>e</sup> siècle le modèle prédominant en médecine. Il est utilisé pour diagnostiquer, comprendre et traiter des pathologies(21).

La prise en charge est centrée sur la maladie au sens général et non sur le malade en tant qu'individu unique. Ce point de vue permet de gagner en rapidité de diagnostic et de prise en charge. Elle permet la création de groupes de patients et de protocoles de recherche.

D'après le modèle biomédical, la santé consiste en l'absence de maladie, de douleur ou de d'anomalies biologiques. Ceci définit alors une condition humaine normale (non différente de la moyenne) de bonne santé. Ce modèle se concentre sur les processus physiques, comme l'anatomopathologie, la biochimie, la physiopathologie, la radiologie. Il ne prend pas en compte le rôle des facteurs sociaux ou de la subjectivité individuelle

Avec cette approche centrée sur « la science » on se rend très vite compte, aujourd'hui, qu'il manque une dimension très importante à nos prises en charge. Le patient, en tant qu'individu complexe, se doit d'être appréhendé d'une façon plus complète.

### **I.3.2 Le modèle biopsychosocial**

George Engel a présenté son nouveau modèle biopsychosocial comme un perfectionnement du modèle biomédical dominant dans une série d'articles publiés à la fin des années 1970. Le nouveau modèle serait, lui, capable de tenir compte des processus psychologiques et sociaux du patient(22).

La maladie, en ce sens, n'est jamais un phénomène purement biologique. Elle atteint un organisme qui, avant de pouvoir être objectivé comme " corps physique ", est le corps propre d'une personne, un corps habité.

On peut ainsi retrouver de nombreux nouveaux déterminants à prendre en compte : Croyances, comportements, attitudes, attentes, facteurs émotionnels, contexte social, contexte culturel, contexte professionnel...(23)

Le modèle biopsychosocial est donc un cadre de référence pour comprendre l'humain en prenant en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces facteurs participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. (24)

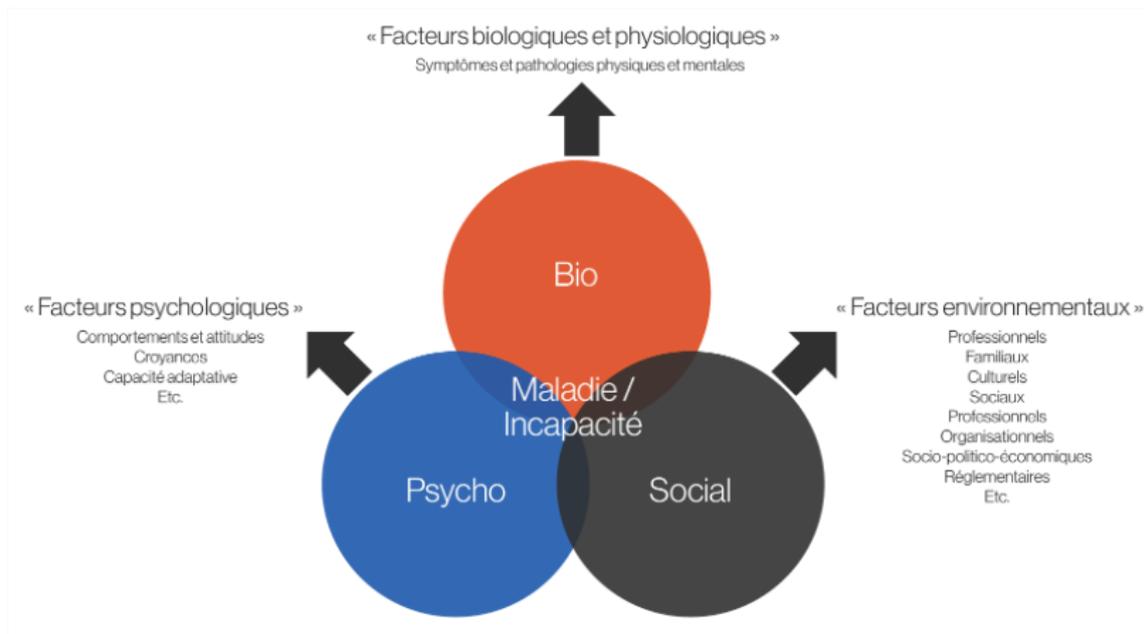


Figure 2 : Le modèle biopsychosocial

#### I.4 Les compétences en médecine générale

Afin de répondre à la demande de soins toujours plus importante et exigeante, de nombreuses publications de la WONCA(25) (World organization of Family Doctor), la loi HPST(26) (qui définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale) en passant par les propositions du Collège National des Généralistes Enseignant (CNGE)(27) ont défini et publiés les rôles et fonctions du médecin généraliste (MG).

Malgré l'acquisition de savoirs pluridisciplinaires, il est aussi nécessaire d'intégrer la complexité du contexte et du patient en situation de soin.

Dans cette optique, la Marguerite des compétence du médecin généraliste a vu le jour(28) :

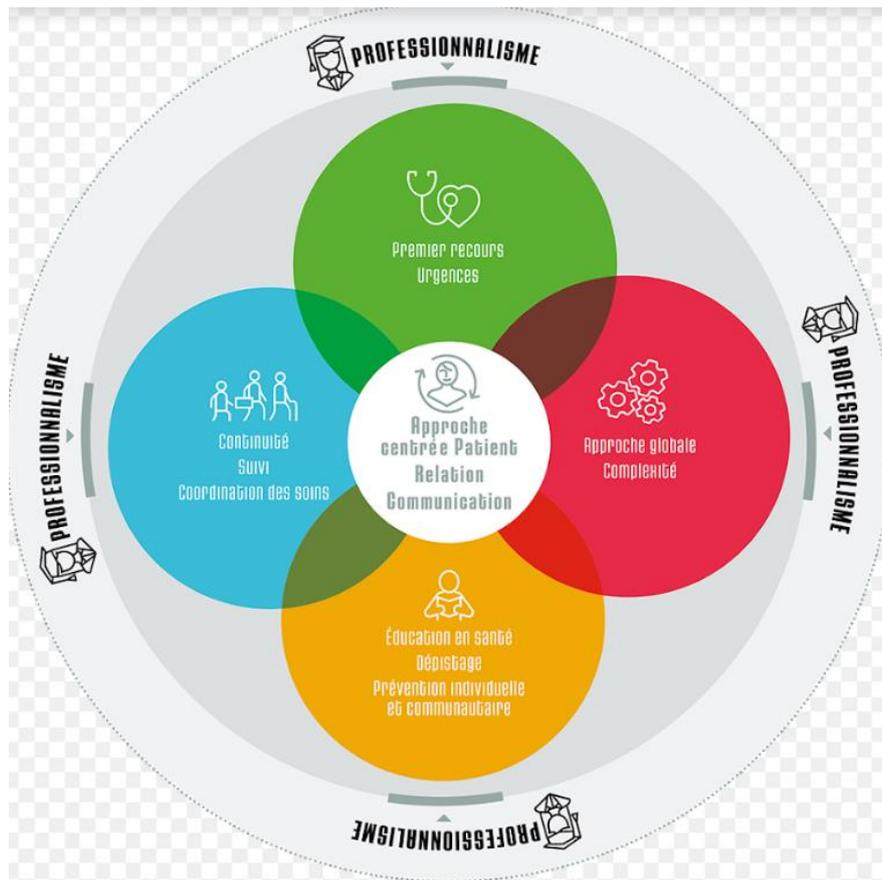


Figure 3 : Les 6 compétences du MG

Cette **marguerite regroupe les 6** compétences indispensables à la pratique de la médecine générale(29).

- 1- Premier recours, incertitude, urgences
- 2- Approche globale, prise en compte de la complexité
- 3- Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- 4- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- 5- Relation, communication, approche centrée patient
- 6- Professionnalisme

#### I.4.1 Premier recours, incertitude, urgences (30)

Cette compétence représente la capacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quel que soit son âge, son sexe, ou

toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.

- Gérer des situations les plus fréquentes aux différents stades d'évolution (les situations aiguës ou chroniques, les situations urgentes, la santé des femmes, des enfants, etc.)
- Intervenir si nécessaire dans le contexte d'urgence réelle ou ressentie, ou dans les situations médicales non programmées
- Hiérarchiser et gérer simultanément des demandes, des plaintes et des pathologies multiples, aiguës ou chroniques, chez le même patient
- Exécuter avec sécurité les gestes techniques les plus fréquents dans le contexte du premier recours

#### **I.4.2 Approche globale, prise en compte de la complexité**

Cette compétence représente la capacité à mettre en œuvre une démarche décisionnelle centrée patient selon un modèle global de santé (evidence based medicine, approche bio-psycho-sociale proposée par Engel, etc.), quel que soit le type de recours de soins dans l'exercice de médecine générale.

- Adopter des postures différentes en fonction des situations : soins, accompagnement, soutien, éducation, prévention, réparation, etc.
- Identifier, évaluer, les différents éléments disponibles de la situation et leurs interactions (complexité), dans les différents champs (bio-psycho-social et culturel, pour les prendre en compte dans la décision)
- Élaborer un diagnostic de situation inscrit dans la trajectoire de vie du patient, c'est-à-dire intégrant le contexte bio-psycho-social et culturel à l'analyse de la situation

#### **I.4.3 Education, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire**

Cette compétence représente la capacité à accompagner « le » patient dans une démarche autonome visant à maintenir et améliorer sa santé, prévenir les maladies, les blessures et les problèmes psychosociaux dans le respect de son propre cheminement, et donc à intégrer et à articuler dans sa pratique l'éducation et la prévention.

- Mettre en place des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie par des mesures individuelles de prévention, à favoriser un dépistage précoce des maladies, et à réduire les séquelles d'une maladie

- Développer une posture qui place le patient en position de sujet, et s'engager dans une alliance, un partenariat en aidant le patient à construire ses compétences
- Déterminer le moment opportun et la durée de l'action de prévention et d'éducation pour le patient et pour soi-même, en tenant compte des possibilités de chacun
- Partager le suivi avec d'autres intervenants
- Collaborer à ou élaborer des programmes, des projets et des actions de prévention et d'éducation
- Adopter une posture réflexive sur ces actions

#### **I.4.4 Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient**

Cette compétence représente la capacité à assurer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé du patient engagé dans une relation de suivi et d'accompagnement.

- Être le référent du patient dans l'espace et la durée
- Utiliser judicieusement toutes les possibilités du dossier médical pour le suivi et l'accompagnement du patient
- Prendre en compte l'évolution de ses problèmes de santé lors de cet accompagnement
- Collaborer avec les différents acteurs médico-sociaux dans l'intérêt du patient
- Mettre en place et entretenir une relation médecin-patient évolutive, mutualisée, en redéfinition continue
- Organiser son activité en fonction de ces objectifs

#### **I.4.5 Relation, communication, approche centrée patient**

Cette compétence représente la capacité à construire une relation avec le patient, son entourage, les différents intervenants de santé, ainsi que les institutionnels, en utilisant dans les différents contextes les habiletés communicationnelles adéquates, dans l'intérêt des patients.

- Mener des entretiens avec tout type de patients et leurs entourages, en restant centré sur leurs besoins implicites et explicites, en intégrant des notions d'éthique de la communication
- Construire et maintenir, à travers ces contacts, une relation avec le patient et/ou son entourage, en étant attentif à rester dans le cadre professionnel et en se questionnant sur ses propres capacités et limites relationnelles

- Respecter les différentes législations et code déontologique concernant les droits du malade et les devoirs du médecin
- Communiquer avec les autres professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès du patient, dans l'intérêt de celui-ci, en utilisant le média le plus judicieux en fonction du problème dans son contexte
- Communiquer avec les institutionnels dans l'intérêt du patient

#### **I.4.6 Professionnalisme**

Cette compétence représente la capacité à assurer l'engagement envers la société et à répondre à ses attentes, de développer une activité professionnelle en privilégiant le bien-être des personnes par une pratique éthique et déontologique, d'améliorer ses compétences par une pratique réflexive dans le cadre de la médecine basée sur des faits probants, d'assumer la responsabilité des décisions prises avec le patient.

- Agir avec altruisme, et sans discrimination
- Favoriser l'accès équitable aux soins pour tous
- Assumer ses responsabilités et en explicitant ses décisions en informant honnêtement les patients, y compris de ses conflits d'intérêts
- Respecter la personne humaine en tenant compte en premier lieu du mieux-être du patient et en favorisant son libre choix, son autonomie et une réflexion éthique
- Fonder ses choix sur l'intérêt du patient, mais aussi sur la gestion pertinente des ressources de soins
- Garantir la confidentialité des échanges avec les patients
- Améliorer ses compétences professionnelles par l'identification de ses besoins de formation et intégrant ses acquis à sa pratique
- Contribuer et participer à la formation des professionnels de santé
- Collaborer avec les autres professionnels de soins dans le respect de leurs compétences
- Gérer son temps pour un équilibre entre vie professionnelle et personnelle
- Gérer son outil de travail

#### **1.4.7 Les 11 familles de situations prévalentes en MG (31)**

Le DES de médecine générale a pour objet de former les futurs généralistes suffisamment compétents et autonomes pour répondre aux rôles et missions du médecin de premier recours tels qu'ils ont été définis par la WONCA (25) et la loi l'HPST (32).

Pour cela 11 familles ont été mises en avant, représentant les situations prévalentes en Médecine Générale.

1. Situations autour de patients souffrant de pathologies chroniques, poly morbidité à forte prévalence
2. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/fréquents/exemplaires
3. Situations liées à des problèmes aigus prévalents/non programmés/dans le cadre des urgences réelles ou ressenties
4. Situations autour de problèmes de santé concernant les spécificités de l'enfant et de l'adolescent
5. Situations autour de la sexualité et de la génitalité
6. Situations autour de problèmes liés à l'histoire familiale et à la vie de couple
7. Situations de problèmes de santé et/ou de souffrance liés au travail
8. Situations dont les aspects légaux, déontologiques et/ou juridiques/mécolégaux sont au premier plan
9. Situations avec des patients difficiles/exigeants
10. Situations où les problèmes sociaux sont au premier plan
11. Situations avec des patients d'une autre culture

De ces familles, ont été extraits 16 situations cliniques types.

#### **1.4.8 Les 16 situations cliniques types**

16 situations de soins types ont été retenues dans le référentiel métier et compétences des médecins généralistes pour répondre aux problématiques suivantes (33):

- Faire partie du cœur de métier du médecin généraliste,
- Représenter une variété suffisante de situations,
- Représenter des situations qui, si elles sont gérées avec pertinence par un médecin généraliste, peuvent permettre d'inférer que ce médecin est compétent.

Ces situations types sont les suivantes :

- Patient asthénique
- Douleurs abdominales chez un jeune adulte, signalées par un appel téléphonique
- Découverte et prise en charge d'un diabète de type 2
- Adolescente face à la contraception
- Hématurie aiguë isolée avec brûlures mictionnelles chez une femme de 40 ans
- Homme de 65 ans obèse poly pathologique avec BPCO HTA épigastralgies et indication de prothèse pour une gonarthrose
- Femme de 58 ans venant consulter pour un bilan de santé
- Enfant de 20 mois « tout le temps malade » présentant une rhinopharyngite récurrente
- Homme de 50 ans, chaudronnier, souffrant d'une pathologie invalidante post accident du travail
- Homme alcoolique tabagique de 48 ans venant de perdre son travail
- Consultation pour un certificat de non-contre-indication à la pratique du sport
- Homme de 70 ans cancer du côlon métastatique traité au domicile
- Couple octogénaire sans plainte : femme avec troubles mnésiques, homme hypertendu insuffisant cardiaque
- Plaintes somatiques dans un contexte de conflit conjugal
- Patient de 35 ans avec un tableau de dépression itérative
- Patient migrant accompagné s'exprimant mal français

## I.5 Evaluation des internes en médecine générale

Afin de valider ses années de médecine, un interne doit remplir plusieurs conditions (34) :

Pour valider chaque année de DES, chaque étudiant doit obligatoirement valider les 2 stages de la maquette correspondant à son année d'étude. Il doit également valider l'enseignement facultaire et valider le tutorat.

Afin de valider son **stage**, un interne doit remplir un certain nombre de conditions. Le stage doit être validé par le coordonnateur de stage sur l'ensemble du semestre. Le temps de présence en stage doit également être suffisant, et la production des 2 traces d'apprentissage en rapport avec le stage doit être validée.

Sur le plan **facultaire**, d'autres conditions de validation doivent être remplies

- Pour les DES 1 et DES 2, la présence aux enseignements est obligatoire. Chaque enseignement donne lieu à un travail préparatoire qui doit être rendu sur au moins 75% des enseignements.
- Pour les DES 3, la présence aux cinq GEP obligatoire. En cas d'absence, la totalité des GEP est à refaire l'année suivante (en cas d'absence exceptionnelle et justifiée, le cas sera examiné en réunion du DUMG).

Sur le plan du **tutorat**, les conditions de validation sont la réalisation de rencontre avec son tuteur, en présentiel, 2 fois dans l'année (incluant les rencontres tuteurs/tutorés organisées à la faculté) et avoir produit pour chaque rencontre une trace d'apprentissage qui doit être validée par le tuteur.

Il faut aussi réaliser avec son tuteur le bilan de compétences prévu à la fin de chaque année de DES à l'aide de l'outil informatique d'évaluation du portfolio.

La non-validation (absence à une ou aux deux rencontres tuteur/tutoré et/ou absence de production d'une ou des deux traces d'apprentissage et/ou non-réalisation du bilan de compétences annuel) invalide l'année.

## **I.6 Remise en contexte**

Ce travail explicatif du cursus et des attentes que peuvent avoir nos pairs tout au long de nos études, et devant mener à faire des internes, des médecins, permettra par la suite de voir si ce cadre est connu, ou attendu par les équipes paramédicales. Retrouverons-nous ces éléments dans leur représentation dans notre statut d'interne ? Retrouverons-nous d'autres éléments qui pour eux définissent un médecin sénior ou un interne ? Les considérations de nos pairs sont-elles les mêmes que les considérations des professionnels paramédicaux avec qui nous évoluons ?

## II. Matériel et méthodes

---

### II.1 Objectif

Même si la méthode choisie ne nécessite pas de dégager des objectifs précis, notre étude cherchait à décrire les attentes et les représentations des professionnels paramédicaux envers les internes en médecine.

Les bénéfices attendus de cette étude étaient :

- De permettre une meilleure compréhension entre professionnels médicaux et paramédicaux
- D'inclure davantage les internes dans les équipes soignantes, pour améliorer à la fois la qualité de soin et la qualité de vie au travail.
- Comprendre les difficultés que peuvent ressentir les paramédicaux dans leur travail quotidien auprès des internes.
- Comprendre et mieux utiliser cette ressource technique et humaine, peu connue ou encline à beaucoup de préjugés du personnel médical.

### II.2 Type d'étude / choix de la méthode

Le choix s'est porté sur une étude qualitative inspirée de l'approche phénoménologique interprétative. (35) (36)

Il paraissait essentiel de pouvoir laisser les paramédicaux s'exprimer sur la thématique afin de recueillir leurs expériences et leurs ressentis sans influencer leur réponse.

### II.3 Aspects éthiques et réglementaires

Avant de commencer l'étude, plusieurs démarches ont été réalisées dans le cadre de la réglementation de la protection des données.

Nous devons valider le projet sur le plan éthique ainsi que sur le plan des données à caractères personnelles :

- Un premier contact a été pris avec le comité d'éthique : cette thèse ne rentrant pas dans le champ d'action de la loi Jardet, nous avons donc été réorientés vers la DRI
- Après contact avec la DRI, nous avons été reconduits vers la DPO, les informations récoltées n'étant pas des informations de santé, nous n'avons pas besoin de leur accord écrit.

- la conformité à la méthodologie de référence MR-004 a donc été réalisée (Annexe 1) (37)

Toute la réglementation de la protection des données était signalée dans la note d'information distribuée aux professionnels.

## **II.4 Recueil des données**

### **II.4.1 Population étudiée et recrutement**

Pour participer à cette étude, le personnel paramédical devait être en contact avec des internes, dans leur travail, depuis au moins 1 an, ce qui correspondait théoriquement à 2 semestres d'internes différents, sans compter les stages d'étude. Ce critère de restriction a été mis en place, car notre étude recherche un ressenti. Ce ressenti est donc limité si le soignant n'a été en contact qu'avec un seul interne, sur une courte durée.

Les volontaires ont ensuite été recrutés afin d'avoir le maximum de professions paramédicales différentes avec des profils de carrière et d'âge différents.

Les participants ont été recrutés à la fois en milieu libéral et en milieu hospitalier. Le recrutement est essentiellement réalisé en centre hospitalier central souvent dans les anciens terrains de stage de l'investigateur principal. Il n'y a pas de recrutement paramédical dans les hôpitaux périphériques. Il était important de retrouver des professionnels des milieux hospitaliers et libéraux afin d'avoir des résultats plus proches de la réalité du terrain.

Pour commencer, des notes d'informations ont été remises aux différents cadres de santé de chaque service dans le but de les diffuser dans les salles de repos ou les afficher dans les services (Annexe 2).

La première difficulté a été la réticence de certains cadres de santé, pensant que les entretiens pouvaient perturber le fonctionnement des équipes, ou faire perdre du temps aux volontaires. De plus, certaines demandes sont restées sans réponse dans certains services.

La note d'information décrivait le thème de l'étude, les profils recherchés ainsi que le déroulement de l'entretien. Une adresse mail conçue pour cette étude était communiquée afin que les volontaires puissent nous contacter directement.

Pour ce qui est des cabinets médicaux libéraux, les mêmes affiches ont été remises en main propre, aux professionnels paramédicaux de différentes structures, ou aux secrétaires présentes le jour du passage de l'investigateur.

Une partie du recrutement a été réalisée par connaissance puis par effet boule de neige.

L'investigateur a aussi effectué des appels ciblés afin d'obtenir un panel de profession plus important.

#### **II.4.2 La fiche de recueil préalable**

Avant de commencer l'entretien, les participants recrutés devaient remplir un questionnaire de profil (Annexe 3) recueillant les données suivantes :

- Tranche d'âge : 20/30 30/40 40/50 50/60 60+
- Sexe : Homme, Femme, Indéterminé
- Profession
- Secteur d'activité hospitalier ou ambulatoire
- Nombre d'années d'expérience avec les internes : 1 an 2 à 5 ans + de 5 ans

#### **II.4.3 Le guide d'entretien qualitatif**

Un guide d'entretien semi-dirigé (Annexe 4) a été élaboré après avoir formulé la problématique de la thèse.

Ce guide comportait 5 questions ouvertes et simples afin que les participants évoquent leurs expériences, leurs vécus, leurs ressentis, leurs représentations et leurs attentes. La première question du guide avait été pensée pour ancrer le participant dans son expérience professionnelle, instaurer un climat de confiance propice à l'entretien et orienter la discussion : c'était la question « brise-glace ».

Ensuite, l'élaboration du guide s'est faite par thème après avoir établi les éléments sur lesquels nous souhaitons avoir des réponses afin de mieux répondre à notre problématique.

- Les situations de travail avec les internes ;
- Les interactions qui existent entre paramédicaux et internes ;
- Leurs définitions et leurs représentations d'un interne ;
- Les différences entre un interne et un médecin sénior ;

- Leurs idées du profil d'un bon ou de mauvais interne ;
- Les critères de jugement étaient-ils les mêmes que les médecins séniors

Le guide a été soumis, après de multiples lectures, à l'avis et modification d'une enseignante aguerrie à la méthodologie qualitative et testé auprès d'un proche soignant. Il n'a pas eu besoin d'être modifié au fur et à mesure des entretiens.

#### **II.4.4 Le déroulement des entretiens**

Au vu de la liberté de parole nécessaire pour aborder ce sujet, souvent peu évoqué, des entretiens semi-dirigés ont été conduits. Les entretiens se faisaient dans le service de la personne volontaire afin de rester dans un cadre rassurant et connu. Le premier entretien a été réalisé en trinôme avec un chercheur plus expérimenté.

Ces entretiens se sont déroulés dans les services ou dans les cabinets de médecine générale en dates et heures choisies par les volontaires, les salles étant réservées auprès du cadre de santé préalablement. Un seul entretien a été réalisé dans une salle réservée à la faculté de Médecine devant l'impossibilité de le faire dans le service.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un téléphone portable en mode dictaphone. Chaque enquêté a signé une autorisation de réalisation et d'utilisation d'enregistrements sonores (Annexe 5) et rempli le questionnaire de profil (Annexe 3) au préalable. Les participants ont été incités à dire tout ce qu'ils pouvaient penser sans imaginer qu'il puisse y avoir de bonnes ou de mauvaises réponses.

Les techniques d'écoute active étaient particulièrement employées comme les silences, la relance, la reformulation, la clarification ou encore des manifestations non verbales d'écoute.

Le déroulement des entretiens a laissé un rôle central au soignant. Les questions ont été posées selon l'ordre prévu par le guide, sans modification nécessaire.

#### **II.4.5 Retranscription**

Les entretiens préalablement recueillis sur téléphone ont été retranscrits en intégralité, de façon la plus fidèle possible, sans reformulation, sur un logiciel de traitement de texte (Word©). Chaque fichier portait le numéro correspondant à l'entretien, sans aucune donnée d'identité de la personne interrogée. Les entretiens ont tous été retranscrits dans la soirée suivant l'entretien puis détruits immédiatement. Les enregistrements se sont avérés de très

bonne qualité avec des voix claires et intelligibles. Les échanges non verbaux tels que les rires et les hésitations ont également été retranscrits dans la mesure du possible.

## **II.5 Analyse**

Une analyse suivant les directives de l'analyse interprétative phénoménologique a été réalisée. Le principe était d'explorer les ressentis de soignants (phénoménologie), de donner du sens aux interprétations des enquêtés, et enfin de faire l'étude approfondie de cas singuliers pour tendre vers l'universel.

### **II.5.1 Codage (logiciel N'Vivo ®)**

Nous avons utilisé le logiciel N'vivo ® pour faire le codage des données. La saturation des données n'a pas été utilisée, n'étant pas un critère de validité intéressant l'IPA (Analyse Interprétative Phénoménologique). L'arrêt du codage et donc du recrutement a pris fin lorsque les données ont été jugées suffisantes pour expliquer le phénomène. (35)

Dans un premier temps, l'entretien retranscrit a été codé. L'analyse des verbatims a permis de générer des codes indépendants les uns des autres, sans regroupement par thèmes. Chaque lecture a permis de mieux comprendre comment le participant réfléchit, sa dynamique de pensée afin d'interpréter son discours plus facilement.

À noter qu'à la suite du premier entretien, nous avons codé chacun de notre côté avec la directrice de thèse, puis nous avons regroupé notre codage dans le but de parvenir à un consensus. La triangulation des données a donc été pratiquée au départ.

Au fur et à mesure du codage de l'entretien, les codes ont été renommés, précisés, améliorés ou encore fusionnés avec un autre.

Les codes descriptifs obtenus ont été ensuite regroupés en thèmes plus généraux permettant de répondre à la problématique de l'étude. Cette étape a permis de mettre en évidence des axes de réflexions concernant notre étude. Un arbre de concepts a donc été réalisé à l'origine des résultats de l'étude. Ces résultats ont pu donner lieu à une analyse thématique plus approfondie. Des exemples issus des entretiens ont été sélectionnés pour leur pertinence afin d'illustrer chaque thème ou sous-thème. Cette analyse a été réalisée par un investigateur mais les axes ont tous été repris lors d'une séance de travail en présence des deux investigateurs. Le choix définitif des axes a donc été réalisé en concertation afin de limiter la subjectivité.

## II.5.2 Traitement des données sociodémographiques des participants

Dans N'vivo ®, les participants ont été créés comme des « cas » ce qui a permis d'attribuer à chaque personne ses caractéristiques sociodémographiques. Le logiciel a une fonction d'encodage automatique qui permet de rattacher les propos à chaque cas.

Chaque cas a donc été doté « d'attributs » définis à partir de la fiche de recueil préalable (annexe 3).

Pour décrire chaque attribut, il a été défini des « valeurs », par exemple :

- Tranche d'âge : 20/30 30/40 40/50 50/60 60+
- Sexe : Homme, Femme, Indéterminé
- Profession
- Secteur d'activité hospitalier ou ambulatoire
- Nombre d'années d'expérience avec les internes : 1 an 2 à 5 ans + de 5 ans

## III. Résultats

### III.1 Caractéristiques de la population d'étude

19 entretiens ont été réalisés. 16 ont été réalisés en Haute-Vienne, 3 au CHU de Bordeaux.

La majorité des volontaires recrutés (12) a voulu participer au moment même où l'affiche a été disposée. L'entretien s'est donc fait le jour même, ou le lendemain. 3 volontaires ont utilisé l'adresse électronique pour participer. 4 personnes ont répondu favorablement lors d'appels ciblés.

Participants	Tranche d'âge	Sexe	Profession	Secteur d'activité	Nb d'années avec les internes	Durée des entretiens (en min)
P1	30/40	F	Auxiliaire de puériculture	Hospitalier	5	27,36
P2	20/30	F	Aide-soignante	Hospitalier	2 à 5	20,2
P3	30/40	F	Puéricultrice	Hospitalier	5	37,36
P4	30/40	F	Assistante médicale	Libéral	5	21,12
P5	40/50	F	Secrétaire méd	Libéral	5	25,48
P6	40/50	H	Kinésithérapeute	Hospitalier	5	23,59
P7	30/40	H	Cadre de santé	Hospitalier	5	30,13
P8	50/60	F	Cadre de santé	Hospitalier	5	21,36
P9	30/40	F	Cadre de santé	Hospitalier	5	18,44
P10	20/30	F	Assistante sociale	Hospitalier	2 à 5	17,13
P11	40/50	F	Diététicienne	Hospitalier	5	16,08
P12	40/50	F	Infirmière	Hospitalier	5	20,05
P13	30/40	F	Aide-soignante	Hospitalier	1	16,2
P14	50/60	F	Cadre de santé	Hospitalier	5	15,1
P15	40/50	F	Secrétaire médicale	Hospitalier/Libéral	5	22,4
P16	20/30	F	Infirmière	Hospitalier	2 à 5	19,39
P17	30/40	F	Ergothérapeute	Hospitalier	5	20,59
P18	30/40	F	Manip radio	Hospitalier	5	20,13
P19	30/40	H	Brancardier	Hospitalier/Libéral	5	22,26

La durée moyenne des entretiens était de 21 minutes et 44 secondes.

## III.2 Résultat de l'analyse phénoménologique

Nous avons mis en évidence 245 codes différents. Nous les avons organisés en 3 thèmes généraux super ordonnés :

- Définition de l'interne
- Compétences de l'interne
- Les relations entre internes et paramédicaux

Les thèmes qui ont permis l'émergence des thèmes généraux seront sous forme de chapitres.

Les codes apparaîtront en gras et les verbatims entre guillemets et en italique.

### III.2.1 Définition de l'interne :

#### III.2.1.1 Les internes et leur statut d'étudiant

Les internes sont des étudiants :

*« Parce que pour eux ce sont des étudiants. » P2*

*« C'est un étudiant. » P5*

*« Ils sont plus étudiant. Enfin moi j'ai ce sentiment-là. » P10*

Ce sont des étudiants qui sont en **apprentissage** de façon presque unanime :

*« Ils sont en apprentissage. » P1*

*« Ils sont là pour apprendre. » P2*

*« Donc c'est quelqu'un qui apprend. » P3*

Ces étudiants **grandissent au cours du temps** :

*« Plus ils avancent plus ils gagnent en autonomie. » P7*

*« Il y a des choses qui va pas savoir tout de suite. Plutôt que quand il va être en fin d'internat il sera plus à l'aise et même pour au niveau des problèmes quand on a un problème il sera il sera plus à même... » P16*

*« Ouai, jeunes internes. Après un interne qui a quelques années oui mais au début non. Après ça peut cacher aussi tout simplement le fait qu'il ne savent pas généralement c'est ça. Quand on gratte un peu on voit qu'il y a rien derrière aussi. » P18*

Cette différence d'évolution peut amener à avoir une confiance différente envers les internes tout au long de leur cursus.

Que ce soit sur l'**ancienneté** dans le service, la **temporalité du semestre** ou le **niveau de compétence** :

*« Donc c'est une collaboration différente en fonction du niveau de l'interne du niveau de semestre. Soit c'est son premier semestre, ils sont plus en retrait eux-mêmes parce que voilà ils commencent dans l'apprentissage et plus ils avancent plus ils gagnent en autonomie. » P7*

*« Un jeune interne qui arrive qui débute juste qui est socle, enfin voilà on peut pas lui demander, effectivement on peut pas attendre de lui les mêmes choses que celui qui termine. » P8*

Pour certains la confiance **dépend plus de l'interne** que de son ancienneté :

*« C'est un étudiant mais il est médecin pour moi donc euh si j'ai le moindre doute que ce soit sa deuxième année, troisième ou dernière pour moi c'est pareil. Je me tournerai vers lui. » P5*

*« Il y a pas de durée prédéfinie en fait ça dépend plus de la personne. » P9*

*« Ou on sent que c'est pas bon et il y en a d'autres pour qui je vous dis dès le premier semestre ça fonctionne direct. » P9*

Enfin certains ne font **pas de différences** du tout :

*« Alors là non enfin pour moi j'ai jamais fait trop de forçement de différence. Enfin j'ai jamais pour moi en interne j'ai pas forcément la différence. » P17*

*« Non pas du tout parce que on intervient pour le bien du patient donc qu'elle que soit la spécialité ou le niveau de l'interne. » P18*

Il est a noté que ce statut d'étudiant leur donne le **droit à l'erreur** :

*« Bah ils ont le droit à l'erreur, ça c'est certain. » P1*

*« L'erreur est permise pour tout le monde. Voilà le tout est de la comprendre de l'analyser et d'éviter de la reproduire derrière et peu importe le niveau où on est donc... Y compris la hiérarchie a le droit de se tromper et de faire des essais qui fonctionnent pas revenir en arrière à repartir différemment. » P9*

### III.2.1.2 Les internes sont des médecins

Malgré le statut d'étudiant, le **statut de médecin** est très présent dans les représentations :

L'interne est un **futur médecin** :

*« Bha pour moi c'est un médecin, après ils sont là pour finir, pour améliorer et continuer leur apprentissage mais c'est déjà un médecin. » P5*

*« Comme un futur médecin en devenir. » P9*

*« Un médecin en cours d'apprentissage mais qui a dépassé certaines capacités simples comme les externes. » P18*

L'interne est **déjà un médecin** :

*« Comment je le définirai ? Pour moi c'est un médecin déjà. » P5*

*« Non pour nous c'est des médecins. » P13*

*« Mais pour moi je le fais, je le considère comme un médecin. Enfin je le, je le vois. » P17*

### III.2.1.3 l'interne a une profession difficile

Au fil des entretiens la vision des internes a fait ressortir de nombreux éléments différents.

L'interne travail dans des **conditions difficiles** :

*« Et que je suis extrêmement reconnaissante de ce métier parce que vous avez pas des conditions de travail faciles. » P18*

Il a un travail très **varié** :

*« Les prises en charge qui sont variées et différentes aussi suivant les praticiens et les habitudes de service. » P12*

Il a **beaucoup de responsabilités** :

*« C'est pas facile pour vous de ce point de vue-là. Vous avez de grandes responsabilités tôt quoi. Moi ça m'impressionne toujours un petit peu j'ai un peu ce... me dire oui oui, bon même si bon vous arrivez avec un panel de connaissance évidemment qui fait que quand même, mais c'est euh... ouai ouai ouai c'est pas facile d'être dans le bain tôt. » P6*

*« Et ça on voit pas cet envers-là du décor quand on est côté soins, on voit pas tout ce qui pèse sur les épaules de l'interne. » P7*

*« Qui a beaucoup de responsabilités. » P18*

**Peu de reconnaissances** :

*« Pas beaucoup de reconnaissance. » P18*

*« Que ce soit pécuniairement je veux dire ou au niveau enfin. Au niveau ministère de la Santé, voilà tout simplement. » P18*

L'interne est **livré à lui-même**:

*« Quelqu'un de paumé, qu'on lâche... j'ai l'impression, mon ressenti, que, fin en tout cas, je sais pas je parle vraiment pour le service, je sais pas si c'est pareil ailleurs, c'est peut-être même pire ailleurs. » P3*

*« Mais en réa pour l'instant pas beaucoup uro un petit peu parce que les internes... Moi en tout cas ça me donne l'impression qu'ils sont un peu livrés à eux-mêmes. » P10*

*« Parce qu'après... donc il... l'interne c'est lui qui... quand le médecin délègue totalement, c'est lui qui va décider des fois. » P6*

*« C'est du vécu aussi personnel avec des internes laissé à l'abandon auprès de patient et pour qui la communication était difficile dans la maladie grave. » P7*

L'interne est **stressé** :

*« Donc euh ouai, j'ai l'impression que, il doit y avoir des états de stress énorme l'avant-veille et la veille de rentrer dans un nouveau stage. » P3*

Il est souvent **pressé** :

*« C'est un peu dans ce sens-là, à la fois, ce qui malheureusement ils ont pas toujours le temps aussi. » P6*

Pour affronter tout ça il doit **avoir plein d'énergie** :

*« Fin je pense que c'est une énergie incroyable à déployer à chaque fois en fait. » P3*

Les internes ont aussi besoin de développer des capacités relationnelles.

Ils doivent **gagner la confiance des patients** :

*« Parce que vous savez que vous avez sa confiance à quoi à gagner comme il vous connaît pas. » P4*

Ils doivent aussi **s'entendre avec leurs cointernes** :

*« Parce que Ben aussi parce que faut pas que ça se passe mal avec ses cointernes. » P14*

Ils servent **d'intermédiaire à la conversation** :

*« Donc voilà c'est surtout les infirmiers qui m'appellent pour après faire le lien avec les internes donc j'ai pas trop le lien direct. » P10*

Ils sont souvent le **premier contact du patient** :

*« Parce que c'est lui qui va faire le, on va dire le premier enfin dans le service. Le premier entretien le premier examen. » P14*

Ils sont aussi le **premier rempart des équipes paramédicales** :

*« Après si je veux en parler en premier à la pédiatre, moi, j'irai quand même d'abord voir l'interne. » P1*

*« Donc du coup on passe les patients et après on va voir l'interne on lui dit j'ai besoin de prescription. J'ai besoin de si j'ai besoin de ça. Voilà ! Vraiment... » P16*

Leur arrivée permet de **prendre du recul** sur les cas :

*« C'est intéressant quand on évoque des cas que vous avez déjà vu, sur des patients que vous connaissez quoi. C'est intéressant d'avoir un regard aussi des fois, autre quoi. Sur des patients que \*\* connaît depuis 20 ans et voilà... Une histoire de recul. » P4*

Ils **permettent de gagner du temps** :

*« Ouai quand vous êtes là c'est moins le rush ouai. » P4*

Ils sont **indispensables à certaines tâches** :

*« Je ne peux que travailler avec des internes. Chaque examen est obligé d'être supervisé au scanner par un interne qui est à côté de moi. » P18*

*« Donc quand on injecte un produit de contraste pour un examen, injecté de l'iode c'est... il faut qu'il y ait un radiologue au cas où il y a un choc allergique. Donc dans tous les cas il est forcément là. » P18*

### **III.2.1.4 Les internes sont différents des médecins séniors**

Les entretiens ont permis de mettre en exergue un grand nombre de différences entre internes et médecins séniors.

#### **III.2.1.4.1 les internes : les plus**

Les internes seraient :

Plus **jeunes** (associé ici à la facilité de communication) :

*« Peut-être que c'est lié à l'âge. » P13*

*« Certains internes sont jeunes, voire très jeunes. » P14*

*« Bah parce qu'ils ont plus mon âge ! » P16*

Ils sont plus **gentils** :

*« Donc oui s'il y a le chef en question et que j'ai un petit interne qui a l'air hyper gentil. Est-ce que s'il te plait tu pourras me faire l'Arrêt de travail pour la maman ? » P3*

Ils sont plus **spontanés** :

*« Ils sont plus nature avec nous... » P13*

Ils sont plus **patients** :

*« Ils ont plus de patience je dirai. » P4*

*« plus à l'aise avec nous. » P16*

Ils **prennent** plus **leur temps** :

*« Je pense que les internes ils prennent un peu plus le temps que les seniors parce que je vois quand on fait la visite le matin il y a les seniors. Avec les internes. Alors que l'après-midi c'est la contre-visite avec les internes il y a pas de senior qui passe, sur la contre-visite de l'après-midi. Et c'est vrai que le matin avec les seniors enfin ça va relativement vite. » P16*

Les internes sont **toujours là** :

*« L'interne il est effectivement il est toujours là. » P8*

*« Voilà donc c'est plus facile d'aller vers un interne que... Oui parce qu'ils sont là eux. » P11*

*« Et c'est lui qui est le plus au niveau médical le plus au contact avec le patient. » P14*

*« Mais après du coup on les voit plus donc on est plus à l'aise avec eux donc pareil ils sont*

Ils sont aussi plus **accessibles** :

*« Peut-être qu'ils vont répondre plus facilement à nos questions que les chefs ou des fois, il peut y avoir une mauvaise journée ou pas envie de répondre, ça dépend. » P1*

*« Vous êtes accessibles. Je trouve. » P3*

*« Je trouve que le contact est vachement plus simple avec vous qu'avec le médecin généraliste ou on a finalement, peu de chance d'avoir une réponse immédiatement parce que c'est le rush tout le temps quoi. » P4*

*« Plus de facilité en fait ou enfin une meilleure... comment dire ? Pas une approche mais un contact plus facile avec les internes. » P13*

De ce fait ils sont plus **dérangeables** :

*« Je sais pas, ou on sait qu'on va moins les déranger. » P1*

*« On peut tout vous demander (rire gêné). Peut-être parce que vous êtes là pour être dérangé. C'est... je sais pas, mais comme nous on est là pour être dérangés. » P3*

*« Je mettrai un truc tout bête mais interruption de tâches puisque on les interrompre souvent dans leur rédaction dans leur interprétation pardon, d'examen. » P18*

Enfin un volontaire souligne la quantité de **travail** parfois **plus importante** de l'interne :

*« Par rapport à la reconnaissance. Parce que ils font. Ils font le boulot de chef alors qu'ils sont internes voire même ils font plus que certains chefs alors qu'ils ne sont que internes. »*

P18

**Ils voient tous les patients :**

*« Les internes voient beaucoup beaucoup les patients c'est eux qui font la visite. »* P8

*« C'est compliqué parce qu'en plus de ça enfin nous on compte beaucoup sur les internes parce que, parce que c'est vrai que même la contre-visite c'est eux qui voient tous les patients le soir même si c'est pas eux qui les ont opérés. »* P16

**Ils se mettent plus au niveau des équipes :**

*« Bah peut être qu'il est un peu plus à notre niveau dans le sens où je sais pas. Peut-être qu'il est encore en devenir comme on disait tout à l'heure. Médecin en devenir donc il arrive peut-être plus à se mettre à notre place de oula c'était quoi qu'il a dit j'ai pas compris... explique-moi. Voilà ! Que un médecin qui est médecin depuis 20 ans. »* P17

**Les internes sont plus à jour des pratiques :**

*« Moins d'expérience mais autant de connaissances voir peut-être plus parce que vous êtes encore en étude et vous avez, peut-être, quelques infos plus actualisées. »* P4

**Ils expliquent plus :**

*« Non j'ai jamais trop remarqué qu'il y avait une différence. Peut-être à la rigueur ils vont peut-être plus nous expliquer facilement. Si nous on voit que on comprend pas. »* P17

*« Ouai peut être plus nous expliquer ou peut-être c'est peut-être plus facile aussi de demander à l'interne. »* P17

### III.2.1.4.2 les internes : les moins

Les internes sont **moins convaincants** :

*« Et s'ils ont pas ces petites subtilités là, tu peux être moins convaincant et ils partent des fois avec leurs ordonnances : ok on m'a dit de donner ça et ils sont peut être un peu perdus les parents malgré tout. » P3*

*« C'est plutôt dans la conviction du message que je verrai une différence. » P3*

**Moins sûrs d'eux** :

*« La confiance en ce qu'ils disent. Les conseils aux parents. C'est-à-dire que bah oui mais s'il sait pas trop quel lait faut mettre pour l'épaissir et tout ça beh ton message, je pense passera moins bien et sera moins perçus comme convaincant par le parent. » P3*

*« Au début Il va être beaucoup comment ? Il va être moins sûr de lui. » P16*

Donc les patients ont **moins confiance** :

*« J'entends souvent les patients qui disent, par exemple qu'ils font pas confiance aux internes. » P2*

*« Les internes SASPAS il y en a qui veulent pas les voir, même des internes tout court Il y a des patients qui veulent absolument à faire qu'à leur médecin. » P5*

*« Peut-être que les patients eux ils ont une autre vision de l'interne je sais pas après. Après moi c'est ma vision que j'ai de l'interne. Peut-être que les patients eux le vois peut-être plus comme un étudiant et du coup ont peut-être moins confiance qu'un médecin senior. Moi je le vois pas comme ça après. » P17*

Ils sont **moins précis** :

*« Ils divaguent pas mais c'est moins précis je dirais. » P15*

Ils sont aussi **moins expérimentés** :

*« Moins d'expérience. » P4*

*« Ce sont juste des jeunes médecins mais je les vois plus encore comme des étudiants, dans l'apprentissage. Déjà du milieu hospitalier. Très souvent en tout cas à l'hôpital évidemment même ailleurs. Aussi par rapport aux différentes pathologies qu'ils n'ont pas forcément rencontré durant leur stage ou en tant qu'externe. » P12*

« Parce que voilà l'expérience fait que, et puis tu te dis toujours qu'un interne il est encore en phase d'apprentissage donc il sait pas tout. » P13

### **III.2.1.4.3 Les séniors : les plus**

Ils sont **plus compétents** :

*« Il y a une différence bien évidemment euh hiérarchique et de compétences aussi forcément un senior, il est beaucoup plus compétent et qualifié que voilà. » P8*

*« Oui il peut y avoir une différence effectivement parce que on va dire que le, les connaissances de l'interne sont un petit peu moins important et que du coup ben des fois on est peut-être moins d'accord entre guillemets. » P12*

« Le statut d'interne peut-être parce que je me dis que le sénior il va enfin... Il prend vraiment les patients dans leur globalité. » P13

Ils sont **plus expérimentés** :

*« Il a l'expérience que l'interne n'a pas. » P2*

*« Qui connaît peut-être mieux... Que l'interne qui est là pour 6 mois. » P17*

*« Pour moi sénior, c'est quand même il faut avoir quand même quelques années. Je mettrais médecins sénior ouais vraiment ceux qui ont quand même quelques années de médecins. Enfin même si vous êtes médecin interne mais de le dire en tant que ouais. Expérience pour moi. » P17*

Ils sont plus **habitués aux équipes** :

*« Je pense que si c'est des situations hyper spécifiques euh ou de violence à l'enfant ou de trucs trop délicats je préfère voir directement le sénior qui va me connaître et qui va savoir sans que j'arrive top à expliquer pourquoi je suis inquiète aussi. » P3*

*« Parce que, parce qu'on se connaît depuis des années et que si je lui dis : il me plaît pas celui-là, des fois j'ai pas besoin de finir ma phrase que, il va déjà être entrain de l'examiner donc euh. » P3*

Les médecins séniors **vont plus à l'essentiel** :

*« Médecin sénior je pense sera plus... Ira plus à l'essentiel. » P15*

*« Peut-être un peu d'expérience un peu de... Pas de terminologie mais de oui enfin c'est...  
\*\*\* par exemple quand elle dit un truc, c'est direct quoi c'est elle passe pas par quatre chemins et c'est clair carré boum boum boum un peu un peu de carré voilà. » P15*

Ils font de **meilleurs examens** cliniques :

*« Parce que nous pour voir les chefs pédiatres donc du coup faire les examens, on sait exactement ce qu'ils font et dans l'ordre qu'ils le font. » P1*

Ils sont plus **pertinents et sûrs d'eux** :

*« Celui qui est pédiatre qui connaît parfaitement et qui va te dire : bon bah la OK vous avez fait 36 laits différents, on se pose on va repartir de 0, on va commencer par celui-ci parce ça ça et ça qui va faire sur le système digestif de votre bébé etc. » P3*

Ils **inspirent plus confiance** aux patients :

*« Alors qu'un sénior pour eux il est diplômé, il a son diplôme donc ils ont plus confiance envers un senior. » P2*

*« Les patients auront peut-être plus confiance en leur sénior qu'envers leur interne. » P13*

*« Alors le sénior... pour certains patients, le sénior a un statut différent. Enfin même s'ils connaissent pas exactement le statut du médecin senior soit Ph, chef de clinique, professeur etc. C'est quand même quelqu'un qui... Quand ils connaissent à peu près les termes. À plus de poids on va dire médicalement que l'interne pour certains patients. » P14*

Ils sont cependant **plus froids** :

*« La façon d'être. Plutôt froid. » P3*

Ils sont **plus sollicités** en cas d'urgence :

*« Si par exemple un patient qu'on va trier, en orange donc c'est un patient qu'il faut voir rapidement effectivement je vais peut-être plus facilement m'adresser à un médecin sénior. »*

P3

*« Mais oui peut être après des situations ^plus particulières ou je sens que ça va être du déchoquage ça va être tout de suite un sénior. » P3*

La **thèse** des médecins séniors : le sésame avec le grade de Docteur :

*« Il est pas encore thésé. Enfin il est pas encore Docteur en médecine. Voilà. » P11*

*« Voilà c'est certain mais ensuite bon ben on sait que selon que l'on est thésé ou pas on peut signer ou non des choses mais après... » P8*

*« Puisque la différence c'est que l'Interne n'est pas thésé et donc n'a pas le droit de signer tous les documents contrairement à son collègue senior thésé. » P9*

Les médecins **connus** en tant **qu'interne** sont plus **proches** :

*« Enfin moi les sénior à part ceux que j'ai connu interne que je vais tutoyer. Mais... Par exemple le professeur \*\*\* que j'ai jamais connu interne, bah lui je le vouvoie. » P16*

*« Non parce que vu qu'on l'aura éduqué à... coucouné, porté bah non. Tu vois \*\*\* qui était interne et là chef, je l'ai embêté pleins de fois parce ce que je sais que c'est une fille gentille en fait. » P3*

#### III.2.1.4.4 Les séniors : les moins

Les séniors sont **moins présents** :

*« Après quand t'es en poste d'accueil par exemple et que t'appel au \*\*\* c'est pas souvent que t'as le sénior qui répond. » P3*

*« Il va venir de façon même un peu itérative, comme ça, des fois on prend notre pause ensemble, il me dit tiens voilà pour Mme un tel euh... qu'est ce que t'en penses euh, et puis bah moi je lui donne mon impression aussi, sur des fois, sur des patients ou des difficultés qu'on peut avoir. On fait un petit point comme ça vite fait mais c'est informel. » P6*

*« Mais les médecins Sénior... On les voit pas enfin on les voit pas souvent. » P11*

Ils sont **moins proches** du patient :

*« Voilà ils sont chefs donc qui souvent et je trouve que c'est la... Pas la majorité on va dire mais un peu plus de la moitié qui a perdu cette proximité-là. » P18*

Ils **voient surtout leurs propres patients** :

*« Et les médecins seniors... alors bon nous on a souvent un médecin senior qui fait la visite donc c'est... Mais c'est vrai que les seniors accompagnent plus facilement leurs patients ça peut, ils accompagnent plus particulièrement leurs patients, il y en a, il y en a dans certains secteurs qui ne voient que leurs patients. » P8*

Ils **se mettent moins au niveau des équipes** :

*« Ouai... Alors après ça dépend des médecins. On est bien d'accord mais... Après moi je trouve que ouais peut-être qu'il y a certains médecins seniors qui se mettent moins à notre niveau. » P17*

Sont parfois **inhumains** :

*« Un patient qui est tombé le le médecin, chef de service. Enfin chef de de clinique ou de la tournée. Il est passé par-dessus le patient en disant ce n'est pas mon patient. » P19*

### III.2.1.4.5 Une absence de différence

Pour certains participants il n'y avait **pas de différence** entre internes et chefs en fonction des situations :

*« Après ça dépend... clairement ça dépend qui je trouve en premier. Ça dépend. » P1*

*« Pour moi je le mets sur le même rang que le médecin. » P4*

*« Mais sur le plan connaissance et sur le plan on va dire, égalitaire, vous êtes pareils. » P4*

*« Pour moi il y a pas fondamentalement de différence. » P9*

*« Voilà moi c'est l'échange que j'ai en fait général même avec un médecin Déjà diplômé. J'ai la même relation en fait avec les internes qu'avec les médecins. » P17*

*« Ah oui moi je m'en fou du statut ça peut être un chirurgien de très bonnes de très bonne renommée super sympa et super professionnel ou un interne » P19*

Il n'y aurait **pas** non plus **de différence au niveau de la façon de communiquer** :

*« Après pour moi il y a pas de différence et des internes, même des premiers semestres ont une communication avec les patients et les familles qui est extra. Et les médecins qui bossent depuis 20 ans comme des infirmières qui sont là depuis 20 ans et avec qui c'est...  
On doit gérer du conflit derrière. » P7*

*« À l'heure actuelle on a des faisant fonctions internes... c'est pareil, enfin pour moi ce sont des externes qui ont déjà un parcours très abouti et qui sont en capacité de pouvoir aller plus loin. Et enfin, peu importe auquel je m'adresse, je ne fais pas de différence. » P9*

*« Pour moi la personne qui est en face de moi, enfin je vais communiquer de la même façon. » P12*

*« La façon de parler ? Non pas du tout c'est pareil. » P17*

*« Non aucune différence. Aucune. » P18*

### III.2.1.5 Les paramédicaux sont différents des internes

Au cours des entretiens, les paramédicaux ont évoqués beaucoup de compétences qui leur étaient propres et définis leurs rôles. Ils n'ont toutefois pas réalisé de comparaisons directes avec les internes.

#### III.2.1.5.1 : les compétences techniques

Nous avons mis en évidence des compétences techniques comme **l'accès au dossier médical et sa gestion** ;

*« Je regardais souvent les dossiers et après j'allais voir les médecins ou alors quand ils prescrivaient je leur demandais ce qu'il y avait. » P11*

*« On a accès à \*\*\* donc on a les données, des fois on a les avis de consultation mais les courriers ils sont pas donnés hein des fois. » P6*

*« On échange entre nous entre... sur les avis des patients, avec les, prendre contact avec les infirmiers euuuh, le suivi des patients, les dossiers. » P5*

Ils **anticipent les prescriptions** ;

*« Moi ce week end je savais que c'était ouvert. Je savais qu'il fallait des antibiotiques. C'était pas prescrit, je les ai donnés et je l'ai dit après à l'interne. En disant il y a pas d'antibiotiques je les ai donnés. » P16*

*« Moi je regarde les prescriptions et c'est le radiologue qui protocole en lien donc il met le protocole d'examen qu'il souhaite en lien avec l'indication d'examen. Du coup. Et moi je commence à avoir un peu d'expérience donc des fois s'il y a besoin par exemple pour les internes notamment je leur dis. » P18*

Ils **réalisent des actes** de leurs services et de leurs spécialités :

Comme **les bilans cognitifs** ;

*« Moi je fais toujours passer des bilans cognitifs et la rééducation cognitive. » P17*

Ils gèrent l'alimentation :

« Là c'est pour tout ce qui est au niveau mise en place de CNO au niveau de régime de sortie ou après de discussions avec eux s'il y a des pertes de poids. » P11

Ils font le tri dans l'urgence ;

« Je trie mais je ne gère pas donc euh quand c'est une urgence pour un patient de leur médecin, enfin de leur référent, je leur pose des questions ou je leur passe directement les appelle. » P5

Ils font la visite ;

« Bah Après tous les jours, tous les jours on travaille avec des internes le matin à la visite le soir à la contre-visite. » P16

« C'est faire la visite. Moi je fais la visite tous les jours avec donc que ce soit interne chef de clinique. » P8

Ils font les plâtres ;

« Les plâtres, si vous pouvez les faire quand vous voyez que les infirmières sont surchargées. » P3

Ils font les règlements ;

« Pour faire passer les règlements » P4

Ils gèrent les hypoglycémie et les hypothermies ;

« Et moi je l'ai contrôlé, alors c'était pas une grosse hypothermie, il avait 36.4 mais n'empêche qu'au lieu de descendre le berceau chauffant bha j'ai dû le remonter. » P1

« Le problème c'est qu'une hypothermie ça va aussi impliquer une hypoglycémie, aussi. »  
P1

Perfusent ;

« Les infirmières sont surchargées à perfuser » P3

**Prennent en charge** les patients ;

*« On travaille sur des prises en charge de patients en secteur d'hospitalisation conventionnelle » P14*

**Lisent les biologiques** et les **communiquent** ;

*« Pour donner les résultats de bilan sanguin si parce que du coup on regarde les bilans le matin pour voir s'il y a des problèmes d'hémoglobine. » P 16*

*« Je pense que nos internes comme notre, comme nos chirurgiens comptent aussi beaucoup sur nous. Parce que clairement les bilans sanguins sont pas prescrits. On va les faire papier mais on va faire le bilan. » P16*

### **III.2.1.5.2 : les compétences organisationnelles**

**Gèrent le planning** ;

*« Non je gère leur petit planning quand même, les SASPAS avec eux quand même parce que du coup entre les pauses qu'ils veulent faire, combien de temps ils veulent par patient, s'ils font de la gynéco, s'ils font des visites à domicile. » P4*

**Participent aux staffs** ;

*« Quand les internes m'interpellent sur des situations, lors des staffs. » P10*

*« Il y a des staffs surtout pour tout ce qui va être SSR radiologique. » P11*

Ils sont **décisionnaires** ;

*« Je peux décider seul. » P17*

### III.2.5.3 Les compétences communicationnelles

Ils ont aussi un rôle **d'alerte** :

« Et ça se trouve j'ai pointé un truc et je vais peut-être y retourner et aller creuser et après on vous alerte. » P3

Ils font de la **distraktion** :

« Tout ce qu'on sait faire de distraction. » P3

### III.2.5.4 Les compétences relationnelles

Certains volontaires estiment **être plus humain que les personnels médicaux** qui sont très concentrés sur la technique :

« *Comment faire il va te dire la technique le truc c'est comme ça tu désinfecte tu repères tes reliefs et tout, nous on va avoir ce à côté je trouve plus, d'encadrement, de rassurer tout le monde.* » P3

« *Bah la ton gamin il vient d'avoir un cruro-pédieux ça lui bouleverse tout il a pas d'ascenseur, il va falloir le porter il a 8 ans. Bah nous on est là derrière pour donner les conseils un peu plus poussés sur la douche, faut faire comme ça, puis pour le couchage, puis l'habillage* » P3

Ils sont **empathiques, plus que les médecins** :

« *Je pense qu'il n'est pas réservé qu'aux paramédicaux. C'est vrai que nous on nous dit pendant les cours faut faire preuve d'empathie mais pas trop transposer.* » P3

« *L'empathie c'est pas je veux dire donner je veux dire qu'aux paramédicaux.* » P19

Ils ont une meilleure **lecture du non verbal** que les médecins :

*« Parce que... Parce qu'il va avoir repérer... peut être que vous avez pas ce, moins, ce détail qu'on peut avoir des fois de tiens, il a, il a écrit réagit de tel manière ce monsieur quand j'ai dit tel mot. » P3*

*« Et ça se trouve j'ai pointé un truc et je vais peut-être y retourner et aller creuser et après on vous alerte. » P3*

Ils sont **curieux** :

*« Je trouve que l'être humain est hyper intéressant, hyper riche. Les cultures les religions et moi j'adore discuter avec... moi je me régale de ça et c'est, c'est du soin en fait. » P3*

Ils sont plus **humains** :

*« Je sais que mes collègues elles ont été leur dire : « est ce que tu peux pas avoir plus d'humanité, t'as un patient derrière c'est un être humain » c'est nous qui le ramassons à la petite cuillère quoi, après l'annonce. » P12*

Ils ont aussi besoin de **comprendre ce qu'ils font** :

*« Je trouve que ce qu'il y a d'important pour les paramédicaux, c'est de pouvoir comprendre ce qu'ils font. » P9*

*« Moi j'aime bien qu'il y ait une communication de personnes à personne qui fait que renforcer en fait. Euh la prescription médicale mais qui peut aussi qui nous permet aussi de communiquer au niveau de pourquoi du comment. » P12*

*« Ça peut être aussi l'équipe qui pour X ou Y raisons n'arrive pas à comprendre. » P14*

### **III.2.1.6 Des spécialités différentes, des internes différents**

Lors des différents entretiens, des profils d'internes différents se sont établis en fonction des spécialités.

### III.2.1.6.1 Tableau d'un interne d'urgence

Les internes d'urgences :

**Aiment être dans l'action :**

*« Comment ça se passe parce que là t'es gentil, tu, tu tu tu stress de rien, tu dégages pas de, de, d'attitude en tout cas, je lui dit : comment tu t'y retrouves est ce que tu te fais pas bouffer par les autres. Il me dit non mais j'aime trop ça en fait j'aime quand on est dans l'action du truc. » P3*

**Sont des cowboys :**

*« Bha je m'en cache pas, je l'ai même dit l'autre jour les urgentistes ils ont un coté quand même un peu cowboy. » P3*

*« Fin j'ai deux trois qui resteront des cowboys et des mecs, c'est leur personnalité, peut-être.. Cons » P3*

**Seraient moins gentils :**

*« Toi t'as pas le profil pour être urgentiste, t'es trop gentil. » P3*

**Auraient un égo important :**

*« Parce que derrière il a vraiment, ou sauver notre intégrité physique ou notre vie donc euh je pense que, je sais pas, c'est des... espèces de cultures non dites dans ces formations là qui fait qu'ils se sentent comme ça. » P3*

**Sont repérables à leur tenue :**

*« Quand ils arrivent, avec un peu le pantalon avec la bande fluorescente. » P3*

### III. 2.1.6.2 Tableau d'un interne de pédiatrie

A l'inverse l'interne de pédiatrie est :

**Douce et gentille**, il s'agit donc d'une **filles** dans l'idée première du participant

*« Mais moi ma petite interne de pédiatrie j'ai vu tout de suite que c'était elle. J'ai dit t'as le look, fin t'as le look, tu dégages tellement de gentillesse que je savais que c'était toi l'interne de pédiatrie. » P3*

Ils travaillent dans un **monde de bisounours** :

*« Parfois on nous prend pour des bisounours on nous dit aaah il est mignon en pédiatrie. » P3*

### III. 2.1.6.3 Tableau d'un interne de chirurgie

L'interne de chirurgie est :

**Concentré uniquement sur la chirurgie** :

*« Il y a des très bon chirurgiens des fois qui ne vont pas du tout sur le terrain des suites et euh... alors ça a beau être de très bon chirurgiens. » P6*

Il est **toujours au bloc opératoire** :

*« Après on les voit enfin on les a plus souvent au téléphone que, que on les voit dans le service parce que forcément quand on est dans un service de chirurgie. Ils sont plus souvent au bloc que, en soit dans le service. » P16*

Il a plus **l'habitude de ses services** car il y reste :

*« Après j'imagine que la chir ; il revient souvent en ortho et il retrouve, même si c'est pas par exemple le même hôpital, il va retrouver une certaine culture et il sait certainement que les chefs attendent certains choses d'eux etc. » P3*

Il **respecte peu** les paramédicaux :

*« Une attitude vis-à-vis des paramédicaux aussi, à moins bien nous considérer. » P3*

*« Moi ça m'est arrivé de rencontrer des chirurgiens qui parlent un petit peu, qui toisent et qui... ou ils disent... fin on sent que la communication en gros elle est très claire. Je suis le détenteur du savoir. » P6*

Il aurait un **égo énorme** :

*« Puis après le proto chir, puisque chir t'as je pense une espèce de melon. » P3*

*« Mais voilà qui prennent pas de haut. » P15*

Cependant il s'avère que **les mentalités évoluent** :

*« Mais maintenant peut être qu'un peu moins, parce que je pense les mentalités évoluent les générations évoluent et, dans ces services d'orthopédie, je pense hein souvent ce sont des internes de chir d'ortho. » P3*

*« Quand même je trouve que... Il y a moins de moins de frontières on va dire entre les internes et les paramédicaux. » P12*

#### **III. 2.1.6.4 Tableau d'un interne de radiologie**

Un **technicien** :

*« Et après, technicien de l'image. » P18*

#### **III.2.1.6.5 La médecine générale, une spécialité pas si spécialisée**

Au cours des entretiens une véritable **scission entre spécialité et médecine générale** a été retrouvée :

*« Du coup on ne sait pas s'ils sont, s'ils font une spécialité ou s'ils font de la médecine G. »*

P1

*« Un interne c'est quelqu'un qui a passé la 6<sup>ème</sup> année, qui a passé le concours et donc soit il fait médecine générale et donc enfin ici en chirurgie c'est, il y en a pas ou c'est rare. Sinon c'est quelqu'un qui est en train d'entamer une spécialité. » P8*

### **III.2.1.7 Le cursus médical vu par les paramédicaux**

De nombreux volontaires ont donné leur avis sur notre cursus, pointant les bons et les mauvais côtés.

L'idée ressort que nos **études** sont **méconnues** :

*« Je sais pas en fait s'ils ont eu beaucoup de cours avant de venir, sur ce coup la je.. ouai.  
Je sais pas. » P1*

*« Après je sais pas il y a peut être des choses que vous avez pas le droit d'effectuer je sais pas. » P2*

Certains estiment qu'il devrait y avoir des **stages obligatoires** :

*« j'ai trouvé dommage qu'il y ait un peu cette, cette perte de... de l'obligation du parcours par la réadaptation. » P6*

**Communication** et **stages obligatoires** comme piste d'amélioration :

*« Ce qui pourrait être amélioré c'est au cours des études de médecine, c'est de travailler sur la communication interprofessionnelle. » P7*

*« Ça c'est important et surtout tout ce qui est situation palliatives parce que ce sont souvent des situations qui sont compliquées. Sur un plan médical à proprement parler, mais aussi d'un point de vue émotionnel etc. Parce qu'avant toute chose nous on est tous des êtres humains quoi. » P12*

Les internes seraient **trop nombreux** :

*« Là vous étiez 10 c'est beaucoup, on a commencé à 1 interne, puis 3, et maintenant 10 et je trouve que c'est beaucoup plus difficile pour nous de réussir à faire passer ce message à*

*tous dans la globalité quand on doit faire ces soins-là. Ouai ça c'est une vraie complexité de nombre. » P3*

Les internes **changent trop souvent et se mettent en danger** :

*« Ça change régulièrement d'interne, je ne sais pas trop leurs roulements peut être un mois et demi deux mois je ne sais pas exactement. » P1*

*« Quand on commence à vous connaître, à avoir cette culture ensemble et tout bah... bah bye bye et c'est là où il faut se remettre en danger ailleurs. » P3*

*« Donc l'interne en stage par rapport à ça c'est aussi...Voilà cette capacité à pouvoir, lui sur six mois parce que c'est court en même temps de pouvoir prendre connaissance du service, de l'équipe médicale, de l'équipe paramédicale de l'organisation du service sur 6 mois. » P7*

Ce qui entraîne une **difficulté à connaître les internes** :

*« Mais du coup nous on a plus de mal à les connaître. » P3*

Les internes sont aussi **essentiels et rares** dans certains services : 7

*« On a pas toujours des internes, il y a des périodes comme ça ou on a pas d'internes. C'est rare mais c'est, c'est rare. C'est redevenu rare, il y a une période où on a quasiment, on a très très peu d'internes. » P6*

*« On compte beaucoup sur les internes parce que, parce que c'est vrai que même la contre-visite c'est eux qui voient tous les patients le soir même si c'est pas eux qui les ont opérés. »*

P16

## **III.2.2 Les Compétences des internes**

### **III.2.2.1 Les compétences médicales de l'interne d'après le personnel paramédical**

De nombreuses compétences ont été citées pendant les entretiens. Un interne est donc :

Un **acteur de soin** de façon générale :

*« Il fait les actes de médecine » P2*

C'est un **clinicien** avec ses 3 caractéristiques :

Il sait **regarder un dossier médical** :

*« En général ils regardent le dossier. » P1*

Il sait **réaliser un examen** :

*« Puisqu'eux font les examens du nouveau-né. » P1*

C'est un **diagnosticien** :

*« Il pose un diagnostic médical » P2*

Il sait aussi **gérer l'urgence** :

*« Quand c'est une urgence ? ils savent gérer. Normalement ahah. » P5*

C'est un **technicien** :

*« Les plâtres, si vous pouvez les faire quand vous voyez que les infirmières sont surchargées à perfuser. » P3*

*« Bah il a contrôlé une température. » P1*

Il **réalise les missions** demandées :

*« Non je viens les embêter aussi, sur les petites ordonnances à refaire, les gens qui ont perdus des ordonnances ou pour des conseils que j'appel. Je les appelle aussi. » P5*

Il a un rôle de **décideur** :

*« Parce qu'après... donc il... l'interne c'est lui qui... quand le médecin délègue totalement, c'est lui qui va décider des fois. » P6*

*« Un pouvoir décisionnel au niveau de ses patients. » P14*

Ainsi que de **prescripteur** :

*« Pour moi un interne c'est celui qui effectue euuuh les ordonnances. » P2*

*« Donc à ce titre-là, beh nous aussi on est, c'est le médecin qui nous délègue, donc c'est lui le prescripteur. » P6*

*« Parce que pour moi il prescrit. » P17*

Il doit donc **mobiliser des connaissances** :

*« Qui doit remobiliser de nouvelles connaissances, compétences... une espèce de... de truc ressource. » P3*

*« Un peu les connaissances globales. » P6*

*« Il a plein de compétences, de connaissances. » P11*

L'interne fait preuve de **professionnalisme** :

Il est le **garant médical**, le **responsable** :

*« L'autre moitié justement c'est le garant aussi hein, parce que il va aller sur ce terrain-là, le garant médical comme euh, le médecin euh... titulaire qui lui bah évidemment est le garant, comme il est euh... ça lui est délégué. » P6*

*« Une responsabilité qui lui est demandée qui peut être importante. » P7*

*« Non Il prend des responsabilités aussi. » P11*

Il est **responsable des entrées et des sorties** :

*« Peut-être pas au début mais au bout d'un certain temps c'est aussi les internes qui gèrent les entrées et les sorties. » P6*

### III.2.2.2 Les compétences biopsychosociales

L'interne possède des compétences de **communication** :

Il est capable de **nouer des relations avec les équipes** :

*« Nouer des relations entre vous, avec les supérieurs. » P3*

De **faire des annonces** de mauvaises nouvelles

*« On lui annonce un cancer. » P2*

Il **s'adapte au milieu et aux patients**

*« Parce qu'il sait vraiment comment fonctionne tel type de patient ou comment l'aborder etc. » P3*

*« De l'Interne de sa capacité à... À s'adapter... L'adaptabilité de l'interne est importante. » P7*

L'interne possède aussi des **compétences de suivi** :

Il fait des **suivis complets** en participant aux **RCP** :

*« Aux RCP quand vous venez. » P4*

*« C'est l'interne qui va faire le staff. » P6*

*« Quand les internes m'interpellent sur des situations, lors des staffs. » P10*

Ils **communiquent des informations aux paramédicaux** :

*« Et eux me donnent des informations que moi j'ai pas sur plan médical et social et qui peuvent me servir. » P10*

*« Enfin on peut parler et puis c'est lui qui est en poste quand on a quand on a besoin de voir en fonction d'un patient dont il s'occupe. » P11*

*« C'est échange sur les sorties. » P15*

### III.2.2.3 Tableau d'un bon interne

Lors de nos entretiens un profil du bon interne s'est établi.

#### III.2.2.3.1 Le bon interne médical

Un bon interne serait donc, au niveau de l'aspect purement médical :

**Un médecin de qualité :**

*« La compétence. » P3*

*« On va attendre quelqu'un de compétent. » P8*

*« Évidemment faut qu'il ait les compétences médicales. » P15*

**Il connaît les protocoles :**

*« Beh connaître nos protocoles je pense quand on arrive dans un service, c'est important. »*

P1

**Il connaît les dossiers :**

*« Bah qui regarde un dossier, qui connaît le prénom, oui rho le prénom de l'enfant vaut mieux quand même, qui regarde le dossier. » P1*

**Il connaît la clinique :**

*« Diagnostiquer donner un traitement. » P2*

*« C'est la clinique qui est vraiment extrêmement importante. » P12*

**C'est un travailleur sérieux :**

*« Ah oui oui oui franchement à chaque fois ils sont super bien. Travailleur sérieux. » P15*

Que ce soit un **bon prescripteur** :

*« Que les prescriptions soient bien faites que voilà. » P18*

*« Diagnostiquer donner un traitement. » P2*

Qu'il soit **efficace** :

*« Ça s'apprend alors après certains vont être très brillants parce qu'il y a des gens qui vont être. Voilà! Mais après ça s'apprend et je pense que quelqu'un qui bosse et qui est, il va être capable d'être efficace. » P8*

Qu'il **sache dire qu'il ne sait pas** :

*« Qui apporte pas de réponse euuh dans le sens ou, qui va fermer... Oui qui apporte une réponse même qui accepte de dire quand il sait pas, il y a pas de soucis » P4*

Qui a **conscience de ses limites** :

*« Alors si on accepte de ne pas savoir et qu'on le dit, ça je crois que c'est pareil dans tous métiers pour tout le monde tout le temps, bha le patient sait que... Bha que la personne en face de lui est honnête et à ce compte-là faut répondre au manque de connaissance sur le sujet en dirigeant vers quelqu'un qui sait. » P4*

### **III.2.2.3.2 Le bon interne est présent pour l'équipe, le service et ses patients**

Un interne **présent pour l'équipe** :

*« Mais qui est aussi là pour l'équipe et qui est aussi là pour les patients et les familles. » P16*

Il est **disponible** :

*« Quand on a besoin on les appelle. » P16*

*« Disponible. » P18*

*Ben non parce que il y a des gens qui bossent, il y a des gens qui ont besoin de savoir. Il y a besoin que donc il prend la peine. Tant pis si ça lui plaît pas il fallait peut-être faire autre chose quoi voilà. Pour moi c'est ça un bon médecin. » P19*

**Il partage, explique à l'équipe :**

*« C'est ça, ouai et puis qui partage. » P5*

*« Il faut se mettre au niveau de l'équipe que si voilà il y a quelque chose qui est on comprend pas dans un jargon. Voilà qu'il se mette à notre portée qu'il nous explique. » P17*

**Il répond aux questions :**

*« Même nous quand on a besoin de poser des questions, euuuh sur des choses qu'on ne connaît pas, ils nous répondent aucun problème. » P1*

*« Ouai je pose des questions aux internes euuuh en général » P4*

*« Euuuh après on échange entre nous entre... sur les avis des patients. » P5*

**Il prend le temps :**

*« Et vous prenez le temps avec les patients, beaucoup. » P4*

*« Ce qui s'était passé un peu avec vous le fait que vous preniez le temps même quand, pour que ce soit pour des mobilisations ou genre le trucs d'aller voir les patients. » P13*

*« Donc voilà, il est là pour les équipes. Et après pour les patients bien sûr. Voilà prendre le temps avec les patients, les écouter. » P16*

*« Voilà c'est celui qui va prendre le temps d'expliquer aux gens. » P19*

**Il a de l'intérêt pour son stage et ses patients :**

*« Qui n'est pas là que pour faire de la médecine. » P2*

« Oui c'est peut-être pas le stage qu'il a envie mais en fait je vais apprendre pleins de choses. La curiosité d'aller vers l'autre, vers ses pairs ou en tout cas vers les paramédicaux. C'est vrai qu'on a moins ces relations un peu personnelles à part certains... » P3

« Il est là 6 mois et en fait faut qu'il se mette dedans quoi. » P4

**Il écoute, se remet en question** et est réflexif :

« *Et qui va être à l'écoute des remarques parce qu'effectivement on peut avoir, une prise en charge... médicale mais des fois on peut ne pas voir aussi une partie sociale familiale et savoir écouter les remarques pour pouvoir se réajuster.* » P9

« *Quelqu'un qui écoute.* » P12

« *Un bon interne, c'est un interne qui est à l'écoute des patients.* » P14

« *Quelqu'un qui va du coup nous écouter, l'équipe paramédicale qui va prendre en compte ce qu'on lui dit.* » P16

**Il veut apprendre :**

« *S'il est là pour faire son stage parce qu'il sait déjà tout et connaît tout etc. Bon ben ok ben moi ça va pas m'intéresser.* » P19

**Il est curieux :**

« *La curiosité... mais je sais pas si je l'ai peut être dit un peu à demi-mot mais la curiosité de s'intéresser.* » P3

« *Je dirai quand même, que pour moi je pense quand même que la curiosité intellectuelle.* » P6

« *Qui va avoir une grande curiosité d'esprit, une ouverture d'esprit.* » P9

« *Curieux.* » P18

**Il fait confiance à l'équipe**

« *Mais Je pense que quand on interne en chirurgie faut avoir énormément confiance à l'équipe.* » P16

### **Il communique :**

*« Qu'il discute, qu'il est sociable, qu'il passe bien auprès des patients. » P5*

*« Il y a des choses, c'est toutes ces situations cliniques là, nous il faut qu'on ait... ouai il faut qu'on est quelqu'un qui communique quoi. » P6*

*« Tout est basé sur de la communication. Un interne qui accepte de communiquer. » P9*

*« Bah communiquer avec l'équipe après. Non Voilà. » P17*

*« Plus dans la communication. Plus dans échange. » P18*

### **III.2.2.3.3 Un bon interne a une posture et des qualités humaines particulières**

Au fur et à mesure des entretiens, un tableau précis des qualités humaines du bon interne s'est dessiné :

#### **Il est autonome :**

*« Parce que l'interne a sur ses épaules... En fonction du secteur où il se trouve, une autonomie qui lui est demandé. » P6*

#### **Calme et raisonné :**

*« Un bon interne qui soit défini en étant plus calme plus raisonné et peut-être du coup moins dans la précipitation. » P18*

#### **Volontaire :**

*« Il est volontaire, moi c'est ce que j'observe chez vous. Euh... vous êtes très volontaire, vous avez envie de bien faire. » P4*

**Dynamique :**

*« Le dynamisme et le côté volontaire et le côté de vouloir vraiment créer une relation avec le patient. » P4*

*« Un interne qui va être dynamique. » P9*

**Agréable :**

*« Agréable. » P15*

**Sympathique :**

*« Alors quand on leur demande de le faire, très clairement ils sont super sympas ils le font, avec plaisir. » P1*

**Observateur :**

*« L'observation, le sens de l'observation qui est très très très très important. » P12*

**Poli :**

*« En revanche ils sont polis, ils disent bonjour. » P1*

*« La politesse. La politesse et... » P4*

*« Un bonjour, dès le matin. Un Pardon, s'il vous plaît mais comme tout à chacun comme tout professionnel et pour moi déjà c'est un bon départ. » P7*

*« Déjà le bonjour au revoir déjà ne serait-ce que ça la politesse de base. » P13*

*« Poli. » P15*

**Avenant :**

*« Ils sont avenants, on n'a pas de problème de ce côté-là. » P1*

*« Bah il y en a qui sont plus ouverts que d'autre. » P5*

*« Et l'envie d'aller vers l'autre quel qu'il soit que ce soit le patient que ce soit la famille mais également les équipes. » P7*

**Rassurant :**

*« Qui est là pour rassurer ses patients. » P2*

**Respectueux :**

*« Ils sont respectueux avec les équipes. » P1*

*« De s'adresser à la personne malade, pas comme un teuteu mais vraiment pas en disant alors il fait quoi. » P3*

*« Qui les respecte. » P13*

**Le bon interne assume ses responsabilités :**

*« Voilà une personne qui assume ses erreurs vraiment fondamentales. Je pense que vu les métiers qu'on fait tous autant que nous sommes on en fait tous et la conscience professionnelle elle passe beaucoup et j'ai presque envie de dire d'abord et avant toute chose. Par le fait de reconnaître ses erreurs. Voilà ! Première chose ! » P12*

*« Voilà une personne qui assume ses erreurs vraiment fondamentales. Je pense que vu les métiers qu'on fait tous autant que nous sommes on en fait tous et la conscience professionnelle elle passe beaucoup et j'ai presque envie de dire d'abord et avant toute chose. Par le fait de reconnaître ses erreurs. Voilà ! Première chose ! » P19*

**Qui se présente aux équipes :**

*« Qu'ils se présentent. » P1*

*« Le fait de venir se présenter de dire bah moi je suis interne, je suis le nouvel interne et beh déjà ça veut dire, je pense que j'aurai besoin de vous à un moment donné et euh. Je sais maintenant à peu près qui vous êtes ou en tout cas je vais faire l'effort, de retenir vos prénoms pour venir vers vous. » P3*

**Qui présente bien :**

*« Bha déjà faut être présentable quoi. » P5*

**Qui s'intègre :**

*« Qui viennent au moins discuter, même si c'est pas forcément que travail mais tout, et qui. T'as l'impression de faire partie, qu'ils font partie des murs et pas d'autre. » P5*

*« À prendre en charge... Voilà les patients avec une organisation, les demandes des seniors plus... Les problématiques de service qu'il faut gérer. » P7*

*« Qui soit inséré dans l'équipe. » P8*

*« Qui fait vraiment partie aussi de tout le service et toute l'équipe pluridisciplinaire. Du service du chirurgie quoi. » P16*

*« Et comment il va faire comment il va interagir avec les équipes. » P1*

**Qui est à sa place :**

*« Un bon interne c'est vraiment celui qui va avoir cette posture ouverte face aux gens et... et qui va prouver aussi qu'il est à sa place. » P4*

*« Une capacité d'avoir une communication positive. De positionnement. Dès le départ même pour un interne. Autour d'une table, tout le monde a droit à la parole. » P7*

*« Voilà mais sinon Il a sa place et il a aussi la place qu'il se donne. » P8*

*« Je répondrai la même chose que, en ce qui me concerne la légitimité et celle qu'on veut bien se donner soi-même. C'est pas fondamentalement une question de diplôme pour moi. »*

P9

**Qui travaille en équipe :**

*« On essaye de faire les choses ensemble. » P1*

*« Non. Pour moi je pense que le travail pluridisciplinaire est la clé. C'est une bonne prise en charge. » P9*

*« Mais c'est aussi effectivement le fait d'être en capacité de travailler en équipe. » P12*

*« Et ensuite quelqu'un qui collabore avec l'ensemble de l'équipe. » P14*

**Qui pense à l'Humain :**

*« Et le relationnel avec les patients, quand il fait une mauvaise annonce je pense que c'est important de passer un long moment avec lui pour rassurer, pour voir s'il a bien compris les choses. » P2*

*« Et surtout quelqu'un qui n'oublie pas qu'un patient c'est un être humain. » P8*

*« Il voit que pour eux vous êtes enfin ils sont pas qu'un numéro de dossier et c'est ce côté humain en fait ou... » P13*

**Empathique :**

*« L'empathie je pense c'est un bon mot. Je pense qu'il n'est pas réservé qu'aux paramédicaux. » P3*

*« Et moi je trouve que vous appréhendez bien le rôle patient. » P4*

*« Un professionnel de santé et en intégrant du coup l'interne la question étant sur l'interne mais je généralise professionnel de santé c'est une personne qui a de l'empathie. » P7*

*« Dans l'empathie. » P15*

*« L'empathie c'est pas je veux dire donner je veux dire qu'aux paramédicaux. » P19*

Enfin le bon interne **prend en compte le patient**, il est **proche** de lui :

*« Qui est proche de son patient. » P2*

*« Le côté de vouloir vraiment créer une relation avec le patient. » P4*

*« Il faut pas oublier que c'est pas qu'une prothèse de hanche. C'est pas qu'une intervention chirurgicale derrière il y a un patient. » P16*

*« Et qui a encore cette proximité avec le patient. » P18*

## Il respecte le corps des patients

*« Le respect du corps humain de l'autre. » P3*

Il doit aussi **prendre en compte les familles** :

*« Aussi je trouve qu'ils prennent, c'est ça qui est bien c'est que l'après-midi il y a les familles. » P16*

*« Donc quand il y a besoin on l'appelle et il vient que ce soit n'importe quel interne il va venir pour donner plus d'informations à la famille. » P16*

*« Qu'est ce qui fait que lui c'est quand même un bon médecin. C'est celui qui va prendre le temps de rester avec nous, de peut-être s'asseoir à hauteur, de nous considérer, considérer l'accompagnant, la personne ressource. » P3*

Enfin le bon interne doit **accepter de travailler partout** :

*« Et l'hyper ruralité, en fait complètement parti, surtout en ce moment et je pense qu'un mauvais interne ça pourrait être ça aussi par exemple. Dans cette approche... ouai un fond de... vouloir faire de la médecine, un peu partout. Pour moi ça fait partie aussi d'être un bon interne en fait. Voir son métier comme... Comme... fin... Aimer faire son métier partout. » P4*

Et au passage s'il peut **offrir un cadeau**... :

*« M'offrir des cadeaux. Plus souvent. » P5*

*« On est content d'avoir des cadeaux, une bouteille de champagne, on a eu des gâteaux, et il y en a qui se sont barrés sans dire au revoir. » P5*

### III.2.2.4 Tableau d'un mauvais interne

A l'inverse du tableau évoqué précédemment une image du mauvais interne s'est aussi dégagé des entretiens.

### III.2.2.4.1 Le mauvais interne médical

Sur le plan médical, un mauvais interne serait donc :

Un interne **incompétent** qui **ne se remet pas en question** :

« *Qui n'a pas qu'il n'a d'abord pas les connaissances et qu'il n'en a pas conscience ou qui ne veut pas se l'avouer.* » P14

« *Celui qui est passé entre les gouttes et qui est vraiment mauvais en termes de risque pour la santé des gens.* » P3

« *Mais Le pire c'est quelqu'un d'incompétent.* » P8

Qui **ne connaît pas les protocoles** :

« *Et donc tu as fait quoi ? tu l'as rhabillé ? fin je veux dire, je sais pas en fait s'ils ont connaissance de nos protocoles en fait clairement quand ils viennent en maternité, parce que nous c'est quand même assez protocolaire ici et du coup on perd du temps.* » P1

« *Peut-être les protocoles, faudrait qu'ils se mettent à la page de nos protocoles du coup.* »

P1

Qui **ne lit pas les dossiers** :

« *Déjà un qui regarde pas le dossier avant de rentrer dans la chambre du patient, déjà.* » P1

Qui manque **d'initiative** :

« *Mais par contre de prendre l'initiative de le faire, non, ce qui fait qu'après on se retrouve avec notre bébé en hypothermie.* » P1

Qui est **trop dépendant du sénior** :

« *Je pense qu'ils s'appellent avec le médecin parce que je sais que quand j'ai passé un appel la dernière fois elle m'a dit : je me renseigne auprès de \*\*\* donc je sais qu'elle a appelé pour un avis ais j'en sais pas plus. Bah s'il est à chaque fois à appeler.* » P5

**Qui fait des erreurs :**

*« Mais du coup bah il y a des erreurs qui sont faites, mais qui ne sont vus qu'après et euuh. » P1*

*« Si ça peut être des prescriptions dangereuses parce qu'on peut avoir des fois à force savoir que tel médicament c'est plutôt tel dosage en fonction du poids etc et c'est essayer de dire attention, c'est pas comme ça. » P3*

**Qui ne fait pas les examens en entier :**

*« Il y a très longtemps j'avais aussi vu que l'examen était pas fait en entier. » P1*

**Un interne **uniquement concentré sur le médical** :**

*« Qui est vraiment là pour euuh diagnostiquer une maladie. » P2*

*« Ou qui ne les prend pas en compte qui va, qui va s'occuper que du problème médical. » P8*

**Un interne « **cowboy** » :**

*« Celui qui va en avoir rien à faire de la prise en charge de la douleur de l'enfant, par exemple pour les soins qui va faire son truc en cowboy et donc forcément derrière il y a des parents qui sont outrés mais qui osent pas et nous on essaye de, rattraper comme on peut. »*

P3

*« Quelqu'un qui force tête baissée quitte à faire une bêtise. » P9*

*« Qui est en toute puissance par rapport à la prise en charge de son patient. » P10*

**III.2.2.4.2 Le mauvais interne relationnel**

**Un interne qui n'est **pas joignable, indisponible** :**

*« Parce qu'il faut aller les chercher, ils sont pas toujours disponibles. » P1*

*« T'en a on les voit jamais, ils sortent jamais. Ils font leur taff et ils s'en vont. » P5*

*« Qui n'est pas disponible qui voilà ça. » P8*

*« Ou quand on demande quelque chose en fait... pas qu'il fait pas mais... Mais nous si on a un problème qui nous dit je suis au bloc je réglerai ça dans deux heures. » P16*

Qui se **désintéresse** du stage :

*« Qui est là juste pour faire ses cours de médecine. » P2*

*« Un mauvais interne euh... Un mauvais interne ça va être aussi celui qui va critiquer un peu peut être au bout d'un moment, le fait d'être en hyper ruralité. » P4*

*« C'est ça, un interne qui s'investit pas non plus pendant ses 6 mois et qui reste dans son coin et qui demande rien et qui... » P5*

Qui est **feignant** :

*« Et oui et puis qui se la coule douce tu vois... Pas vraiment là pour bosser. » P15*

Qui n'est **pas à l'écoute** :

*« Quelqu'un qui n'est pas à l'écoute de son patient. » P2*

*« Bah quelqu'un qui communique pas qui écoute pas. » P11*

*« Déjà qui nous écoute pas. » P16*

Qui ne **communique pas** :

*« Ils vont le changer il y aura premières urines premier méco, bha ils ne vont pas forcément le noter dans le dossier. » P1*

*« Comme là nous on est en MSP, quelqu'un qui serait fermé, et qui manquerait de communication. » P4*

*« Oui sur le plan de la communication bah l'absence déjà. » P6*

*« Le problème c'est que vous avez des gens qui peuvent être excellents et très brillants mais qui alors sont des autistes de la communication. » P8*

*« Quelqu'un qui communique pas. » P10*

Un mauvais interne est aussi un interne **qui travaille seul** :

« *Qui se coordonne pas avec nous.* » P1

« *Qui a pas du tout envie de travailler avec les autres en fait.* » P10

« *Qui va enfin on a eu le cas, on avait une interne elle remplissait les feuilles d'autonomie à notre place sans demander.* » P13

Qui a **trop d'égo** :

« *Pour lui il est là pour sauver des vies, pour soigner, il se prend un peu trop le melon.* » P2

« *Si vous avez quelqu'un qui a le syndrome de l'hypertrophie du moi là excusez-moi, Il va être dans la toute-puissance et puis point quoi.* » P8

« *Quelqu'un qui a la grosse tête.* » P10

« *C'est pas le mec qui ce qui a une super connaissance qui a une tête comme ça.* » (à noter le non verbal décrivant l'expansion du crâne avec les mains de part et d'autre de la tête du participant) P18

Qui est **antipathique** :

« *Quelqu'un d'antipathique.* » P3

« *Un mauvais interne. C'est à l'inverse de ce que je viens de dire c'est comme tout professionnel c'est celui ou celle qui aura pas cette empathie.* » P7

« *Puis après quelqu'un qui va être très désagréable avec les patients.* » P8

Qui **manque de sensibilité et d'humanité** :

« *Qui n'est pas humain.* » P2

« *Vous avez un cancer il ferme la porte.* » P2

« *Mais oui quelqu'un qui va manquer de sensibilité.* » P3

*« L'être humain quand tu annonces lui dire et je l'ai vu. J'ai vu quand, je veux dire ben non votre femme bah elle a un cancer dans le couloir je suis désolé c'est pas ça c'est pour moi c'est pas... » P19*

**Qui est irresponsable :**

*« Mauvais interne c'est déjà quelqu'un qui n'est pas en capacité de prendre ses responsabilités quand il fait une erreur. » P12*

**Qui fait perdre du temps :**

*« Je sais pas en fait s'ils ont connaissance de nos protocoles en fait clairement quand ils viennent en maternité, parce que nous c'est quand même assez protocolaire ici et du coup on perd du temps. » P1*

**Qui n'est pas pédagogue :**

*« Le manque de pédagogie envers un patient aussi. » P4*

**Qui n'est pas rassurant :**

*« Qui n'est pas de le relationnel qui est pas là pour rassurer les patients. » P2*

*« Qui est juste là pour dire regarde on a trouver ça c'est ça ça ça et qui derrière il rassure pas quoi. » P2*

**Qui ne prend pas en compte le patient :**

*« Qui prend pas compte que les patients sont fatigués, qu'elles viennent d'accoucher, elles ont eu une césarienne ou pas d'ailleurs parce que, il y a césarienne mais il y a voie basse. Un périnée complet compliqué fin ça peut être » P1*

*« Qui passe voir le patient mais qui s'en fiche que pour lui c'est qu'une prothèse. Voilà qui prennent pas en considération tous les à-côtés de la chirurgie. » P16*

Qui est **irrespectueux envers les patients** :

*« Il nous parle mal il parle mal aux gens. » P3*

*« Quelqu'un qui va être un peu irrévérencieux, ouai mais comme tout le monde hein. » P6*

**Irrespectueux avec les équipes** :

*« Et pour lui les infirmiers et les AS ça sert à rien. » P2*

*« Du coup toi, la fois ou je m'étais un peu fâchée contre \*\*\* j'adore \*\*\* mais c'est, il me balance une press. Non mais Bonjour t'es qui, fin moi, j'ai pas aimé ça le contact. » P3*

*« il nous parle mal il parle mal aux gens. » P3*

*« Quelqu'un qui va être un peu irrévérencieux, ouai mais comme tout le monde hein. » P6*

Un interne **grossier** :

*« Puis il était très... il vivait... il parle aux patients comme il parle tous les jours je pense. « ah merde excusez-moi » j'ai zappé j'ai oublié de marquer ça. Tu vois devant les patients je suis pas sûr que... un médecin parle avec des gros mots. » P5*

Une **apparence négligée**

*« Non mais parce que je me suis fait avoir, j'ai dit au début, l'apparence. Parce qu'on en a eu ou l'apparence euh, tu te dis... merde il a pas la gueule d'un médecin. » P2*

*« Si t'arrives t'es habillé comme un pouilleux qui... tu ressembles à rien t'es pas peigné t'es pas coiffé euh... fin t'arrives avec un sac en papier en guise de cabas pour ton repas le midi, franchement. Normalement... Ah, et les internes qui arrivent habillés avec le ventre à l'air et les claquettes c'est moyen ! » P2*

Enfin un interne qui ne fait pas **attention au non verbal** :

*« peut-être que vous avez pas ce, moins, ce détail qu'on peut avoir des fois de tiens, il a, il a écrit réagit de tel manière ce monsieur quand j'ai dit tel mot. Et ça se trouve j'ai pointé un truc et je vais peut-être y retourner et aller creuser et après on vous alerte. Ouai il vous manquerait ça. Mais je sais pas en fait. C'est pas dans ce qu'on vous... nous on apprend. »*

P3

Un volontaire estime qu'il n'y avait au départ, **pas de mauvais internes** :

*« Il n'y a pas de mauvais interne pour moi. » P2*

### **III.2.3 Les Relations internes/paramédicaux, le fer de lance de toutes les prises en soin**

#### **III.2.3.1 La hiérarchie au cœur des discordes**

##### **III.2.3.1.1 Une hiérarchie intra paramédicale**

Les entretiens ont permis de montrer **l'importance de la hiérarchie** dans certains services :

*« Il faut passer par chaque grade, l'AS à l'infirmière, l'infirmière au médecin, qui faut respecter sa hiérarchie. » P2*

*« Bien entendu, il faut que tout le monde connaisse sa hiérarchie. » P9*

*« Je ne sais pas peut-être je sais pas peut-être une rivalité ou une compétition ou je veux dire je sais pas. » P19*

A l'inverse pour certains cette **hiérarchie n'existe pas** :

*« On n'a pas on n'a pas de on a pas de il y a pas de hiérarchie. » P19*

##### **III.2.3.1.2 Une hiérarchie médicale/paramédicale**

Pour certains paramédicaux, les internes, et de surcroit les **médecins** sont leurs **supérieurs hiérarchiques** :

*« L'interne... C'est quand même mon supérieur hiérarchique. » P1*

*« C'est que les ouais c'est pas une rivalité mais le fait qu'il y ait je veux dire l'interne qui donne un acte à faire. Forcément il y a une pseudo je veux dire hiérarchie qui s'installe même si elle n'est pas reconnue. » P19*

Elle **empêche** parfois les **paramédicaux de faire des remarques aux internes** :

*« J'en ai parlé à la sage-femme parce que moi ça m'avait perturbé. Et du coup euuuh moi ça m'embête en tant qu'auxiliaire de puériculture de... de faire ce genre de remontrance à un interne. C'est quand même mon supérieur hiérarchique. » P1*

*« Donc c'est vrai, en fait au final, on râle beaucoup mais on ose pas forcément, pour des remontrances, si je peux appeler ça des remontrances, aller vers eux parce que mine de rien, on est quand même en dessous. » P1*

*« Moi non je dis rien, ce sont les infirmières qui le font. » P2*

Cette **hiérarchie** peut être **source de conflit** :

*« Et pour mettre pris la tête avec l'un d'entre eux au précédent semestre, « je suis médecin tu me dois le respect » bah oui en même temps je lui ai parlé à la hauteur de ce qu'il m'a parlé aussi. » P3*

*« C'est que les ouais c'est pas une rivalité mais le fait qu'il y ait je veux dire l'interne qui donne un acte à faire. » P19*

Certains font les **remontrances eux même** :

*« Je sais que mes collègues elles ont été leur dire : « est ce que tu peux pas avoir plus d'humanité, t'as un patient derrière c'est un être humain » c'est nous qui le ramassons à la petite cuillère quoi, après l'annonce. » P2*

*« Dire non tu ne peux pas faire comme ça, mais pas devant la famille ou devant l'enfant, c'est une fois que le soin est fini on essaye de peut être un peu euuuh... arrondir les angles et de suggérer derrière il faudrait que tu fasse comme ci comme ça pur qu'à la fin il faut plus du tout que ça se passe comme ça parce que il s'est passé ça, ça et ça et voilà pourquoi il faut qu'on fasse le soin dans telle approche la prochaine fois. » P3*

D'autres estiment que **c'est aux médecins de reprendre l'interne** :

*« Je pense qu'il faut soit son chef soit en tout cas une sage-femme qui.... Qui n'a pas les mêmes compétences mais à défaut en a plus que moi en tout cas. Je ne sais pas comment il l'aurait pris. » P1*

« *Donc après faut qu'on passe au sénior dire : bah voilà il a... la prescription était mal faite et on m'a pas écouté.* » P3

« *J'ai eu des expériences où nous en avons référé au sénior présent ce jour-là en disant que nous ne ferons pas, la prescription demandée.* » P9

Cette idée de hiérarchie est renforcée par les **internes** qui **choisissent leurs interlocuteurs** :

« *Par ce qu'après quand ils ont des problèmes ils voient plus les sages femmes.* » P1

**Les médecins donnent des ordres :**

« *On des gens à qui on donne des ordres à exécuter.* » P3

« *L'interne qui donne un acte à faire..* » P19

**La hiérarchie ne doit pas empêcher le respect :**

« *Sans jugement d'à priori en disant elle je lui parle pas parce que Voyez je trouve qu'on rentre dans un service... on dit bonjour à tout le monde. Que ce soit l'ASH que ce soit... Et pas uniquement dire bonjour aux gens dont on a besoin. Donc ça c'est important.* » P8

« *Le fait de pas se voir supérieur parce que t'es médecin et que tu as 6 7, 8 ou 9 années d'expérience de plus que les gens qui sont sous toi parce que des fois on sait des choses que toi tu ne sais pas.* » P19

Il est intéressant de noter, qu'hormis la notion de médecin sénior qui doit reprendre l'interne, la hiérarchie médicale n'a pas été évoquée par les participants dans les entretiens.

### III.2.3.2 – Paramédicaux leur poste et leur place, dans le service et dans l'équipe.

#### III.2.3.2.1 : Une équipe importante, ancrée dans le service

Les participants considèrent leur place comme fondamentale dans les services :

Ils sont **déjà là, déjà en place** :

*« L'équipe... Elle est toujours là elle est en place. Elle ne bouge pas. Donc l'équipe... c'est deux mondes qui se rencontrent entre les internes évidemment parce que c'est les internes, les étudiants hospitaliers plus les équipes paramédicales qui elles sont déjà en place. » P7*

**Le service leur appartient** :

*« Bah vous venez chez... bah oui vous venez chez nous très clairement... » P3*

Ils sont **essentiels au service**, ils sont **le centre du monde** :

*« C'est ça je suis le centre du monde ahah » (à noter pour ce code le contexte enjoué avec un pointe d'humour.) P5*

*« Oui, bah du coup nous comme on est en pédiatrie je pense que rapidement ils se rendent compte que sans nous qui avons l'habitude de l'approche, ils ne vont pas réussir à examiner l'enfant comme ils veulent ou à faire le soin. » P3*

*« Enfin sans l'équipe paramédicale le service il tourne pas c'est pas parce que nous on va les opérer enfin derrière il faut toute l'équipe paramédicale quoi. » P16*

Ils **connaissent le service, les équipes et les méthodes d'exercice** ;

*« On connaît le service. On connaît les organisations. On connaît les équipes médicales. On connaît les fonctionnements du service. Voilà les habitudes. » P7*

### III. 2.3.2.2 La perception de leur métier par eux-mêmes et par les autres

Ils exercent un métier **difficile** :

*« ouai je trouve. Quand même. Je fais un métier dur » P5*

Ils sont **plus souvent au contact du patient** :

*« Enfin voilà un moment enfin on les patients on les voit tous les jours on est avec eux toute la journée. Je pars du principe que le médecin il va le voir 10 minutes dans la journée » P13*

C'est aussi une **profession qui évolue, qui réfléchit, se questionne** :

*« C'est qu'on réfléchit, nous aussi maintenant on fait de la recherche, on fait plus bêtement entre guillemet des actes. On y réfléchi depuis déjà des années. C'est pour ça qu'on a des beaux projets de recherche aussi, c'est parce qu'on dit pourquoi telle méthode elle marcherait plus qu'une autre ou pourquoi ce produit ferait moins mal pour enlever tel adhésif. Pourquoi pas créer une échelle de la peur pour les enfants. » P3*

Ils se **remettent en question** :

*« De se dire, là qu'est-ce que j'aurai pu améliorer, qu'est-ce qu'on aurait pu faire différemment pour ne pas en arriver à la contention d'enfant » P3*

A l'inverse certains estiment qu'ils sont aussi parfois considérés comme **exécuteurs** de tâches :

*« Je sais pas derrière ça je ne sais pas, est ce que c'est un manque de... je sais pas pour certains peut être encore dans la culture médicale, les paramédicaux sont... des gens qui font des tâches » P3*

*« Voilà il faudrait que tu prescribes et tu fais » P19*

Certains se sentent **rabaissés au travers de leur poste** :

*« On nous voit plus comme des aides-soignants, c'est celles qui torchent le cul quoi. On n'a pas confiance en nous » P2*

*« Je sais pas pour certains peut être encore dans la culture médicale, les paramédicaux sont... des gens qui font des taches... à qui on donne des ordres à exécuter. » P3*

Parfois même malgré leurs **connaissances** :

*Les gens qui sont sous toi [...] parce que des fois on sait des choses que toi tu ne sais pas.*

P13

Ils estiment parfois **être frustrés** de ne pas avoir assez de responsabilités, d'être capable de faire des gestes techniques :

*« Voilà moi j'étais frustré de pas faire les ECG parce que j'avais fait les soins au patient, le patient était mobilisé... Enfin, voilà avant de le mobiliser 50 fois autant faire l'ECG au moment où il est au repos au moment où il est calme, je mobilise plutôt que de faire l'ECG, une heure après parce que c'est le rôle de l'interne. » P7*

Nous avons ensuite mis en évidence que les paramédicaux estimaient **ne pas être dans le jugement**, et pensaient être **dérangeables autant que les internes** :

*« On n'est pas là pour juger les compétences de l'un et de l'autre » P7*

*« Peut-être parce que vous êtes là pour être dérangé. C'est... je sais pas, mais comme nous on est là pour être dérangés » P3*

### III.2.3.2.3 La place ressentie des paramédicaux envers les internes

Lors des entretiens les volontaires se sont aussi positionnés quant aux rôles qu'ils estiment avoir envers les internes :

#### III.2.3.2.3.1 Des internes attendus et appréciés

La première chose mise en évidence est **l'intérêt pour les internes** :

*« J'adore en fait vous faire aimer mon univers. » P3*

*« Faut que les internes continuent à venir chez nous. (Gros rire). On aime bien vous avoir.  
On aime bien vous avoir. » P4*

*« Je sais pas si c'est toujours le cas, c'était un lieu de stage et moi je trouvais ça génial. » P*

19

### **III.2.3.2.3.1 Les rôles perçus envers l'interne**

Lors de nos entretiens différents rôles ont fait surface :

Les paramédicaux participent à l'**accueil** des internes :

*« Puis bon, après moi je trouve qu'on les a très bien accueillis, c'est euh... voilà comment ça se passe chez nous » P3*

*« L'interne qui arrive faut l'accueillir comme tout professionnel qui arrive. Il faut l'accueillir. Il faut faire du compagnonnage pendant un temps. Quitte à se répéter » P7*

Pour réaliser cet accueil ils doivent être **accueillants** :

*« Bah vous venez chez... bah oui vous venez chez nous très clairement euh mais en même temps c'est à nous aussi de vous montrer l'ouverture » P3*

*« Ça c'est sûr mais un effort doit être fait de l'équipe déjà existante déjà en place pour intégrer celui ou celle qui arrive. » P7*

De cette notion d'accueil a découlé un rôle d'**apprentissage envers l'interne** :

*« L'arrivée d'un interne l'arrivée d'un professionnel, ça se prépare en amont et on peut pas réagir comme ça et dès les études professionnelles il faut déjà qu'on apprenne à travailler ensemble » P7*

Le fait d'être **pourvoyeur d'information** est beaucoup revenue :

*« On se voit entre les patients, parfois vous sortez de consultation pour me demander quelques infos » P4*

« Ils me demandent plein de choses ! » P5

« Mais, bon sur le, le, la masse de données qu'il a à gérer, souvent nous, c'est plutôt nous qui donnons les infos. » P6

« Pour l'interne quand on n'a pas toutes les clés de communication qui s'acquièrent soit avec la proximité des équipes paramédicales soit avec des seniors qui sont vraiment présents. »

P7

« C'est à dire qu'en médecine gériatrique que c'est dans les deux sens c'est à dire que pendant les staff moi je donne des informations sur les patients. » P10

Certains estiment même être la **seule ressource disponible** de l'interne :

« Et puis j'ai l'impression oui du coup au final vous vous dites bah ma seule, fin ma seule ressource, ma vraie bonne ressource c'est peut-être bien mes paramédicaux qui vont pouvoir m'aider parce que peut être disponible plus que les seniors. » P3

Certains **donnent des cours** aux internes :

« Nous au départ qui avons suggéré de faire les cours aux internes à chaque début de semestre. On avait F. K. des auxiliaires de puéricultures et infirmiers pour leur dire voilà, préparation des biberons, si un parent pose de questions que vous soyez pas à, être un peu empêtré, pas savoir quoi répondre et être gênés. » P3

Ils ont pour objectif de **faire aimer leur lieu de travail** :

« C'est un peu notre rôle, implicite, de leur faire aimer. » P3

« J'adore en fait vous faire aimer mon univers. » P3

Vis-à-vis de l'interne, ils ont un rôle de **réassurance** :

« Dans mon histoire je vais intégrer un truc positif pour faire comprendre à l'interne que c'est bien ce qu'il a fait etc. » P3

« Mais je pense, c'est comme ça que moi je fonctionne, après on le fait pas de la même manière mais on a quand même cette envie de les rassurer. » P3

Ils **apprennent des choses à l'interne** :

« Et puis nous on leur apprend des choses aussi donc c'est peut-être pour ça qu'on est plus... qu'on a plus tendance à aller les voir. » P1

« Et c'est vrai que du coup quand ils étaient trois ou quatre c'est plus facile de dire : bha écoute attend, je vais t'expliquer, là les soins vraiment en pédiatrie, t'y vas jamais tout seul en suture. » P3

« Mais je trouve qu'en fait très souvent. C'est les infirmières, beaucoup, les paramédicaux infirmières et aides-soignantes attention qui qui participent vraiment de manière active à l'apprentissage des internes. » P12

Il arrive aussi que les paramédicaux **donnent des missions** à l'interne :

« *L'interne qui sort : « bon bah j'ai contrôlé une température » parce qu'on lui a demandé de la contrôler. » P1*

« *Alors quand on leur demande de le faire, très clairement ils sont super sympas ils le font, avec plaisir. » P1*

Ils sont aussi le **soutien moral** de l'interne, **contrairement au sénior** :

« *Détends-toi ça va aller, souffle. Par exemple pour une PL c'était \*\*\*\* et beh il était en train de projeter : c'est le même âge que ma petite nièce. Donc du coup j'ai dit attend, souffle, détends-toi, concentre-toi sur ton geste technique et dis-toi que nous on est là pour le « à côté » pour l'installation pour la douleur, pour tous les autres trucs. » P3*

Ils **recupèrent les erreurs** de l'interne :

« *Nous on essaye de, rattraper comme on peut. » P3*

« *Donc nous on repasse derrière on réexplique on reprend quand on a le temps. » P3*

### III.2.3.2.3.3 Une difficulté à juger les internes

Il est important de noter, que lors des questions, le premier réflexe de certains était de se sentir illégitime :

Sur le fait de **juger un interne** :

*« Après moi je suis pas capable de juger les compétences médicales. » P15*

*« Alors outre je veux dire les compétences professionnelles qui peut avoir parce que je ne suis pas. Je ne j'ai pas de compétences dans le fait je connais rien donc je peux pas me permettre de dire lui il est bon lui il est pas bon. » P19*

### III.2.3.3 : Les relations médicales vues par les paramédicaux

En ce qui concerne les séniors

Ils sont **décideurs** :

*« Bon après s'il y a certaines décisions à prendre. J'irai peut-être plus vers le médecin du service parce que le médecin du service c'est voilà et où le responsable ou voilà. » P17*

Ils sont **responsables pour l'interne** :

*« Il est sous sa responsabilité, s'il fait une connerie c'est le senior qui prend. » P2*

*« L'interne qui est sous la responsabilité d'un senior. » P14*

*« Bon après s'il y a certaines décisions à prendre. J'irai peut-être plus vers le médecin du service parce que le médecin du service c'est voilà et où le responsable ou voilà. » P17*

De ce fait les **internes** sont **supervisés** par leurs séniors qui sont une **ressource** :

*« Pour la plupart de vos situations, vous vous faites seniorisés. » P3*

*« Non parce que je trouve que globalement, les diagnostics que vous faites sont souvent validés par le médecin. Donc je trouve que vous êtes complètement à votre place là-dedans quoi. » P4*

*« Ils vont interpellier le médecin titulaire, ils vont vérifier des choses. » P6*

*« Et quand on a un doute on peut toujours demander à ses pairs et voilà ! » P8*

Les internes **apprennent des séniors** :

*« Bah oui c'est beaucoup mais c'est important. Je crois qu'il faut jamais oublier qu'en fait, bien sûr que les médecins seniors apprennent beaucoup de choses aux internes. » P12*

Et leur **parcours** est **influencé** par le **sénior** qui le suit :

*« Donc un interne qui va se retrouver avec \*\* alors oui, lui il va vite être dans le bain, il va devoir très vite assumer, bah pas mal de choses euh... y compris sur le plan décisionnel hein d'ailleurs. Donc euh, donc oui à ce moment-là, j'ai beaucoup affaire à lui. Tandis que quelqu'un qui a \*\*\* il sera toujours là don à un moment, il va dire, bon bah tiens tu peux gérer cette personne, il aura plus un panel de personnes, mais sous l'encadrement de \*\*\*. C'est deux types, finalement, d'encadrement. Donc ça change pas mal de choses. » P6*

*« Je dirai que c'est plus son comportement qui définit, que, et puis plus aussi la façon dont le chef de service et l'encadrement médical, chef j'entends, positionne aussi l'interne parce que je vais vous dire là on est dans un service X Il y a des établissements ou dans ce même service un interne ne va jamais toucher. Ne va jamais opérer alors qu'ici ils sont tutorisés accompagnés et quand ils achèvent leur internat, ils sont quasi capables de poser une prothèse. » P8*

### **III.2.3.4 Les attentes des paramédicaux**

Les attentes clairement exprimées concernés plusieurs points.

Il était nécessaire pour eux d'abandonner le clivage paramédicaux/médicaux :

*« On se doit d'abandonner ce clivage qui existe depuis fort longtemps entre médical et paramédical. J'ai eu la chance d'avoir fait cette spécialité d'anesthésie ou du coup ce clivage*

*n'existe pas parce qu'on travaille en étroite collaboration anesthésie réanimation, l'un ne peut pas travailler sans l'autre donc là c'est l'exemple frappant où on est en travail vraiment ensemble » P7*

Nous devrions être **partenaire de soin** :

*« Dans le sens où, ouai c'est non seulement un partenaire parce que j'en ai besoin pour mes soins. » P3*

Dans ce même registre il était important de faire **évoluer les mentalités** envers les paramédicaux :

*« Je trouve que cette considération du paramédicale doit évoluer un peu aussi je trouve. » P3*

La dernière attente isolée concernait les études en santé où il s'avèrerait nécessaire **de rajouter de la communication et des temps pluridisciplinaires** :

*« Dès les études il faut qu'il y ait un moment donné. Un tronc commun même sur la communication. Elle est très enseignée de manière différente de façon différente. Je peux en parler par connaissance en tout cas sur certains modules mais ça aussi ce qui est fait dans une et dans l'autre des formations peut être fait en tronc commun. » P7*

*« Ça c'est important et surtout tout ce qui est situation palliatives parce que ce sont souvent des situations qui sont compliquées. Sur un plan médical à proprement parler, mais aussi d'un point de vue émotionnel etc. Parce qu'avant toute chose nous on est tous des êtres humains quoi. » P12*

*« Donc peut-être que la formation qu'a eu nos médecins qui ont peut-être 20 ans de carrière ou plus... Ce n'est peut-être pas la même que maintenant et du coup je sais pas. Peut-être qu'on vous apprend peut-être à être un peu plus proche des équipes. Moi je sais pas se mettre un peu plus à la portée des équipes. » P17*

### III.2.3.5 Les regrets des paramédicaux

Plusieurs regrets ont été clairement exprimés pendant ces entretiens :

**L'absence de considération** de leur travail par les médecins :

*« Il y a des services où voilà ils prennent pas trop en considération ce qu'on leur raconte. Ils nous appellent pour des situations et en fait... Ce qu'ils veulent c'est juste faire sortir le patient donc en fait notre travail on peut rien faire donc la considération aussi je pense serait parfois un axe de travail pour eux. » P10*

**L'absence de travail en binôme** est aussi un élément retrouvé :

*« Mais (hésitation longue) on ne travaille pas en binôme. C'est regrettable... (rictus gêné) pour le coup. » P1*

*« Il n'y a aucune collaboration entre interne et aide-soignant. » P2*

**L'absence de confiance** :

*« Il y a un manque de confiance de la part des internes, qu'on nous voit plus comme des aides-soignants, c'est celles qui torchent le cul quoi. » P2*

### III.2.3.6 La communication, le maître mot de tous les volontaires

#### III.2.3.6.1 Une communication qui passe par la présentation

Lors des entretiens, la présentation des internes était une donnée très importante.

Il fallait que l'équipe en place et l'interne **apprennent à se connaître** :

*« Qu'on apprenne à se connaître. Moi je trouve là vraiment vu qu'ils sont très nombreux, ça c'est plus que primordial. » P3*

*« Il faut déjà commencer par apprendre qui on est avec qui on travaille ?  
Quelles sont les personnes qui existent à l'hôpital quel est leur rôle ? Quelles sont leurs*

*compétences ? Quel est leur exercice professionnel ? A partir de là quand on se connaîtra les uns les autres déjà ça se passera beaucoup mieux » P7*

*« Et puis... Et puis après ben en fait une fois qu'on se connaît, ça se passe mieux. » P14*

Pour cela il fallait que **l'interne se présente** :

*« Certains se présentent, beaucoup se présentent pas... Mais c'est vrai que s'ils se présentaient... » P1*

*« Parce que malheureusement à part se présenter le premier jour... » P2*

*« Le fait de venir se présenter de dire bah moi je suis interne, je suis le nouvel interne et beh déjà ça veut dire, je pense que j'aurai besoin de vous à un moment donné. » P3*

### **III.2.3.6.2 La symbolique du prénom**

Il est devenu évident qu'une **grande place** était accordée au **prénom** :

*« Ouai je m'appelle nanana je suis interne en médecine G, je suis interne en médecine... Voilà en spécifique mais qu'on sache leurs prénoms parce que j'ai déjà vu une sage-femme : » euh toi là, toi l'interne là euuuuh » bof, je trouve ça bof. » P1*

*« Ils savent pas notre prénom on sait pas leur prénom. » P2*

*« Je sais maintenant à peu près qui vous êtes ou en tout cas je vais faire l'effort, de retenir vos prénoms pour venir vers vous. » P3*

### **III.2.3.6.3 L'importance de la communication**

*« Tout est basé sur de la communication un interne qui accepte de communiquer. Je veux dire dans plus de 90% des cas ça se passera bien. » P9*

*« Mais globalement je pense que pour qu'il y a un bon médecin à terme il faut qu'il y ait de la communication quoi. » P10*

*« Moi j'aime bien qu'il y ait une communication de personnes à personne qui fait que renforcer en fait. » P12*

*« La communication. Et après je pense qu'avec ça, tout va, parce que c'est en communiquant qu'on apprend » P18*

Ces **relations**, une fois établi, **durent plus longtemps** qu'un simple stage :

*« Voilà je suis allé à la thèse de \*\*\* beh des trois d'ailleurs. » P3*

*« Donc ça peut être ça peut être énormément de choses ça peut ça peut toucher...  
L'aspect purement médical mais l'aspect social l'aspect humain. Et puis il y a de la relation  
humaine aussi entre nous. » P8*

*« Et sinon on papote mais pas de travail. » P15*

#### **III.2.3.6.4 Les freins à la communication**

##### **III.2.3.6.4.1 les problèmes liés aux équipes paramédicales**

Les **premiers pas** sont **difficiles** des deux côtés :

*« Moi c'est ce que j'essaye de faire, je pense que je suis peut-être une des seules à aller  
vers les internes pour essayer de travailler en binôme. » P1*

*« Parce que moi au départ évidemment, on a, on tâtonne un peu plus, on est plus hésitants.  
On passe plus par des intermédiaires, après avec l'expérience, euh, oui ça vient assez  
facilement ouai. » P6*

*« Ça peut aussi mal se passer avec l'équipe parce que, parce que manque de  
communication mais des deux côtés c'est pas forcément que l'interne qui est en faute. » P14*

**Trop nombreuses équipes :**

*« Après on est beaucoup on est une grosse équipe, c'est vrai qu'on est beaucoup d'Auxi,  
beaucoup d'aides-soignantes, on, on, tous les jours ça change de personnes donc je peux  
comprendre que ce soit compliqué. » P1*

#### III.2.3.6.4.2 Les problèmes liés aux équipes médicales

Des médecins **peu accessibles** :

*« J'ai eu un interne garçon très très très renfermé, qui me vouvoyait n plus. J'ai eu du mal. Mais après, mais non il a jamais pu me tutoyer, et après il y a eu une interne ou.... Chaud. »*

P5

*« Dans d'autres services c'est... parce que j'interviens aussi en réanimation et là la réanimation... j'ai pas trop de contact même pas du tout en fait parce que les situations sociales en fait ne permettent pas, voilà, un lien. » P10*

*« Après si il en a rien à cirer... bah voilà quoi il a pas à apprendre, enfin il a pas à apprendre de moi, où j'ai pas perdre mon temps quoi. » P19*

Des internes **peu avenants** :

*« Si on ne vient pas forcément vers eux, peu viennent vers nous. » P1*

*« C'est compliqué pour l'interne si... il a pas cette capacité ou cette facilité à aller vers l'autre. » P7*

**Les ordinateurs coupent le lien :**

*« C'est vrai que j'aime bien les interpellé parce que avec, depuis qu'il y a l'utilisation de l'informatique, je trouve que trop souvent en fait ils se fient au fait qu'ils ont fait la prescription au niveau informatique sauf que nous on n'est pas toujours devant les ordinateurs. » P12*

#### III.2.3.6.5 Un besoin de travail coordonné

Il est ressorti des entretiens qu'une des attentes fondamentales des paramédicaux était de **travailler ensemble** :

*« Je pense qu'on est un peu dans la même barque c'est ce qui fait que moi je suis dans la merde mais du coup toi aussi tu l'es avec moi. » P3*

*« On travaille en permanence avec les internes en chirurgie en particulier, mais je pense dans tous les services, on travaille en permanence avec eux. C'est assez un travail d'équipe. » P8*

*« Les internes de médecine interne on travaille en collaboration avec eux... » P13*

*« Et donc le rapport était assez. C'est assez fusionnel parce qu'en fait on travaillait vraiment en équipe quoi on voyait. » P19*

### **III.2.3.6.6 Des personnalités différentes**

Hormis les éléments retrouvés, une **part indissociable à chaque être humain** est retrouvée :

*« Le relationnel est dépendant aussi de l'interne et de l'équipe. Je pense que c'est aussi propre à l'individu. On a des capacités de communication. » P7*

*« Il y a toujours des gens avec qui c'est toujours très fluide, très facile, vous avez des gens et puis après selon son tempérament, moi je suis quelqu'un d'assez méthodique et carré et donc c'est vrai que mais bon. » P8*

*« Mais je pense que c'est interne dépendant, ça dépend de la personnalité aussi de la personne. » P10*

# IV. Discussion

## IV.1 Exposition du modèle explicatif



La méthode d'analyse phénoménologique interprétative nous autorise à partir de la compréhension du vécu des participantes à proposer un paradigme.

Cette analyse a permis l'émergence de 3 thèmes centraux, super ordonnés pour décrire les attentes et les représentations des paramédicaux envers les internes en médecine. Ces thèmes sont :

- La définition de l'interne
- Les compétences de l'interne
- Les relations entre internes et paramédicaux

Ces thèmes permettent de décrire la représentation globale que peuvent avoir les paramédicaux sur les internes, telle qu'elle est révélée dans le discours des participants.

Plus précisément, notre analyse et ces résultats révèlent que ce phénomène se construit sur une définition particulière de l'interne (thème 1), qui possède des compétences spécifiques et nécessaires (thème 2), et avec lequel une relation doit être créée (thème 3).

Nous pouvons retenir plusieurs points essentiels de cette étude.

En premier lieu, les paramédicaux semblent avoir une vision très claire de l'interne en tant qu'étudiant en apprentissage constant. Cette vision leur permettrait d'avoir des attentes particulières et un rapport à ses prises en soin différent. Il apparaît que l'interne en tant que médecin est aussi très bien perçu dans la représentation paramédicale. Lorsqu'un besoin se fait ressentir, l'interne médecin revient alors au centre des attentes et l'aspect étudiant semble s'atténuer.

Le parcours de ces internes paraît préoccuper fortement le personnel paramédical. Il est important de noter que l'interne semble naviguer à vue dans les différents stages, solitaire et maître de responsabilités qu'il ne maîtriserait pas totalement, tout en ayant la confiance du service sur les épaules. La distinction avec les médecins seniors devient alors claire, créant une fracture identifiable entre les internes et les praticiens thésés. Une étape intermédiaire existe aujourd'hui, celle du Docteur Junior, étudiant n'ayant pas encore fini son DES, et étant toujours étudiant, mais ayant réussi le rite de passage que représente la soutenance de thèse. Il a donc le grade de Docteur, qui semble si important dans les représentations paramédicales.

Il apparait aussi une différence fondamentale entre les internes de spécialité différente. Chaque spécialité aurait son interne type, aux qualités et défauts ancrés dans l'inconscient collectif. Cette représentation semble très présente. Il est à noter l'aspect encore à part de la Médecine Générale, qui au fil des années, garde cet aspect de non-spécialité.

En deuxième lieu, l'interne se voit attribuer de nombreuses compétences par les équipes paramédicales. Les compétences médicales sont décrites, bien loin des listes exhaustives des maîtres de stage ou des attentes facultaires, mais revêtent un aspect plus terre à terre de prise en soin de service ou de médecine libérale. Les compétences humaines, elles, sont plus développées, elles paraissent plus importantes dans les représentations des participants. Si nous revenons sur la marguerite des compétences, évoquées précédemment, on s'aperçoit que les paramédicaux, même s'ils ne semblent pas la connaître, arrivent à les citer en grande partie. On peut retrouver, l'approche centrée patient, la communication, la coordination des soins, l'urgence, le professionnalisme. Les éléments non retrouvés sont l'éducation et la prévention envers le patient.

Ces compétences, alliées aux défauts des internes, permettent de dresser un tableau presque caricatural du bon et du mauvais interne. Il serait intéressant pour chaque interne et chaque personnel paramédical de se rendre compte des attentes qui pèsent sur l'interne. Cette prise de conscience permettrait à la fois pour l'interne de remettre en question des attitudes parfois inconscientes, et perçues différemment de ce qu'elles sont réellement par les équipes, et permettrait aux équipes de comprendre les attentes parfois implicites qu'ils ont envers les internes qu'ils fréquentent.

En troisième et dernier lieu, l'aspect relationnel entre l'interne et les équipes paramédicales est décrit comme l'élément essentiel par les participants.

La question de la hiérarchie semble être un frein majeur à ces relations. Positions d'autorité réelle ou autoproclamée, les échanges sont fortement influencés par l'image hiérarchique des intervenants, empêchant fréquemment les remarques constructives, la bonne entente générale, voire la collaboration dans les prises en soin. Qu'elle soit paramédicale ou médicale, cette hiérarchie se doit d'être connue, mais il est important pour le parcours de tous les patients, que la conversation reste ouverte, et dans le respect, quelle que soit cette position hiérarchique, quand toute fois elle existe.

Le personnel paramédical se présente alors comme les fondations des structures, ceux sans qui les prises en soin sont impossibles, et, interne et médecin, comme les détenteurs du savoir à qui on ne pourrait pas faire de remarques. Dans les représentations paramédicales, ces cases sont très différentes et il semble que cette séparation soit un regret important des participants. Il semble nécessaire de connaître ces ressentis afin de permettre à chaque

nouveau soignant de trouver sa place, dans la communication et le respect, afin de fournir une prise en soin adaptée à chaque patient.

La communication devient alors l'attente prioritaire des paramédicaux, reflet à la fois de la considération des internes envers eux, mais aussi de leurs compétences. La symbolique du prénom est très importante et un besoin concret de connaître son équipe ressort. Cette relation est soumise à de nombreux freins, qui méritent d'être connus afin de les limiter et de favoriser une meilleure entente globale. L'attente qui en découle est celle de la coopération et du travail coordonné. Il apparaît alors que le regret le plus fréquent est cette absence de coordination entre professionnels médicaux et paramédicaux.

## **IV.2 Comparaison avec la littérature**

À l'heure actuelle, à notre connaissance, il n'y a pas d'étude qualitative phénoménologique qui ont été réalisées sur les attentes ou les représentations des paramédicaux envers les internes en médecine.

Certains travaux se rapprochent néanmoins de la notion de collaboration entre professionnels médicaux et paramédicaux.

On peut citer une étude qualitative de 2017 : « interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting » (38) qui recherche les axes d'amélioration possibles pour améliorer la collaboration interprofessionnelle. Les résultats mettent en lumière un besoin de collaboration important, rendu difficile par la charge de travail et les difficultés d'organisation. Les solutions évoquées sont alors de développer des stratégies d'apprentissage, d'éducation et d'organisation adaptées pour favoriser cette collaboration.

Dans le même ordre d'idée, une étude qualitative de 2011 intitulée : « Interprofessional collaboration among juniors doctors and nurses in the hospital setting » (39) recherche la nature des interactions entre les professionnels de santé ainsi que les difficultés rencontrées afin d'améliorer la collaboration. Les résultats montrent que la communication semble essentielle pour tous les professionnels mais que l'environnement de travail et les perspectives différentes liées au métier de chacun rendent la communication difficile.

Ces deux études, bien que différentes, mettent en avant des résultats similaires à notre étude. Le besoin de collaboration et l'importance de la communication semblent être des éléments centraux des attentes des paramédicaux.

## **IV.3 Les forces et limites**

### **IV.3.1 Les forces**

Cette étude est originale par son thème et son approche par IPA. Pour dégager une connaissance intime de vécus, le choix de cette méthode qualitative était pertinent.

La position d'étudiant-chercheur s'intéressant à l'individu dans sa globalité et surtout à leur profession a été source de commentaires positifs de la part des participants. Les critères de la grille COREQ (annexe 6) (40) ont servi de fil conducteur pour renforcer la qualité méthodologique de notre étude.

La réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés avec un guide souple, a favorisé la spontanéité et la singularité des réponses.

Le fait d'être investigateur et interne en médecine générale a permis une bonne compréhension des problématiques d'attentes et de représentations, et a facilité l'écoute empathique indispensable en IPA. La réalisation du premier entretien avec un chercheur plus expérimenté a amélioré la qualité du guide et l'aisance par la suite pour réaliser les autres entretiens.

En IPA, la richesse et l'approfondissement de l'expérience de chaque cas prévaut sur le nombre de participants, l'objectif étant de développer une compréhension en profondeur d'un phénomène.

Conformément aux critères de qualité des IPA, l'analyse a été interprétative avec une mise en relief des convergences et divergences.

La fiabilité de cette étude a été recherchée lors du partage des données avec la vérification des codes par un second chercheur, la directrice, beaucoup plus expérimentée. La triangulation des données avec la directrice de thèse a permis d'assurer une validité interne à cette étude.

Un seul mode de collecte de données a été choisi, à savoir l'entretien. La durée volontairement longue du travail (2 ans) a permis d'optimiser la qualité du travail d'analyse en s'imprégnant de la méthodologie de manière progressive et solide.

L'acceptation interne semble acquise : les participants ont accepté la signature d'un consentement et manifesté un intérêt pour l'étude avec une durée moyenne d'entretien de 22 minutes. Le chercheur a tenté de faire amplement réfléchir le participant, de lui faire décrire précisément ses ressentis.

Signe d'une bonne cohérence interne, les données pourraient être exploitables par d'autres : la méthode explicitée et les entretiens retranscrits mot à mot.

### IV.3.2 Les limites

L'Analyse interprétative Phénoménologique s'applique à des échantillons présentant une certaine homogénéité. Or, elle est ici discutable. Les participants de l'étude ayant été sélectionnés sur la base du volontariat, un biais de sélection apparaît inévitablement. En effet, il s'agit de participants ayant eu envie de partager leur expérience leur ressenti et leur manière de penser, sans aucun sentiment d'obligation. Dans cette étude, il n'y a cependant pas l'entière diversité des professions paramédicales, et il se pourrait que certaines professions aient des attentes ou des représentations différentes.

Pour limiter les biais de sélection, ont été exclues volontairement :

- Les paramédicaux ayant côtoyé des internes moins d'un an pour éviter les considérations basées sur des, on dit, plus que sur de l'expérience
- Les étudiants paramédicaux pour les mêmes raisons
- Les personnes de moins de 18 ans ont été exclues, question pratique, car l'autorisation des parents ou du tuteur est obligatoire

Un biais de recrutement existe puisque le recrutement a été dépendant des relations de l'investigateur et du-bouche-à-oreille pour certains participants.

On peut citer aussi des biais d'investigation. Au vu de notre objectif, réaliser des entretiens semi-dirigés nous semblait le plus adapté. Les entretiens ont eu lieu pour la plupart (18/19) dans le service des participants. Des bruits ou des sollicitations extérieures ont pu interrompre les entretiens.

En se présentant comme étudiant en médecine, le statut de médecin a pu primer sur celui de chercheur aux yeux des participants. Ils ont pu moduler leur discours pour être conforme aux attentes qu'ils pouvaient imaginer. L'existence d'enregistrements puis d'une retranscription a pu induire une retenue dans le discours.

Dans cette étude qualitative, le biais de subjectivité a été évité au maximum, mais il est apparu parfois difficile de faire l'analyse en toute objectivité, en effet l'IPA laisse de nombreux

aspects à l'appréciation du chercheur et peut conduire à la production d'interprétations propres à l'analyste (biais d'interprétation). La qualité du recueil et de l'analyse dépend des compétences et de l'expérience des chercheurs : or, malgré la lecture de la méthodologie à plusieurs reprises, l'étudiant reste novice. Certaines données d'entretiens auraient pu être probablement plus finement exploitées.

Pourtant décrite classiquement comme un critère de qualité, il n'y a pas eu de recherche de saturation de données. Elle n'est pas appropriée à l'IPA dont l'objectif est d'analyser un phénomène en profondeur sans objectif de généralisation. Pour autant, les données recueillies semblent assez riches.

Cette étude a été menée auprès d'un échantillon important, le potentiel de transférabilité, c'est-à-dire d'étendre les conclusions à d'autres professions paramédicales semble important mais pas total. La population a néanmoins été décrite. Les participants ayant été sélectionnés sur leurs professions et leur expérience, la généralisation des conclusions à l'ensemble des paramédicaux est impossible. Les participants représentent une perspective plutôt qu'une population.

Enfin le recrutement des paramédicaux hospitalier en hôpital universitaire peut entraîner un biais. La culture du « travailler ensemble » est plus ancrée dans ces services, habitués à ces pratiques depuis de nombreuses années. A cela vient s'ajouter la réticence à participer des paramédicaux libéraux, qui ont un exercice pluriprofessionnel beaucoup plus récent, avec une dynamique nouvelle ces dernières années. Ils ont dans ces circonstances moins de contact avec les internes qui exercent autour d'eux.

## **IV.4 Les perspectives**

### **IV.4.1 Les pistes d'amélioration**

#### **IV.4.1.1 Un accueil plus travaillé des internes dans chaque service**

Un accueil plus formel, avec une présentation du personnel, des nouveaux internes et une explication des attentes semblent être la façon la plus simple de résoudre les freins à la communication. Ces accueils existent déjà dans certains services, mais restent encore trop peu fréquents. Il est souvent laissé au bon vouloir de chaque interne, de prendre le temps de le faire de son côté, quand il aura le temps.

Cette mise en situation concrète, au début de chaque stage, permettrait à la fois d'engager une communication saine, de casser les frontières, parfois difficiles à gérer pour certains individus, entre les soignants et permettrait aux internes de gagner plus vite en assurance.

En médecine libérale, cette présentation pourrait être réalisée avec le MSU les premiers jours, en cas d'autonomie immédiate, l'interne pourrait être incité à se présenter spontanément aux équipes lors de son arrivée afin de permettre une meilleure collaboration des équipes.

#### **IV.4.1.2 Une connaissance des attentes paramédicales**

Au vu des résultats, il apparaît intéressant que chaque interne puisse être conscient des attentes des équipes qu'il côtoie. Parfois noyé dans un nouvel univers, il est compliqué pour l'interne d'aller chercher ce genre d'informations et de savoir ce que les équipes peuvent penser de son travail. À l'inverse, il semble peu concevable pour de nombreux paramédicaux d'aller exprimer leurs ressentis à l'interne. Que ce soit par des moyens écrits ou oraux, connaître ces différentes attentes et représentations, permettraient probablement d'améliorer les relations, facilement, par simplification de la communication à ce sujet.

#### **IV.4.1.3 Les enseignements en communication**

Il est important de souligner que la maquette de médecine générale offre déjà deux enseignements complets sur la communication en début de 3<sup>ème</sup> cycle : Pour le DES 1 de médecine générale 4 heures de cours sont dédiées aux « Principes généraux de communication : connaître les freins et les facteurs favorisant une bonne relation, savoir se comporter lors d'une situation difficile : demande abusive, situations complexes, savoir dire non » et 4 heures sont consacrées à « La relation médecin malade : élaborer un projet d'intervention négocié avec le patient ». Au cours du second cycle, il existe un enseignement optionnel intitulé « relation médecin patient » composé de 3 heures sur la communication avec le patient, et 3 heures de médecine narrative avec pour objectif de travailler sur l'écoute active et l'empathie.

Il ressort néanmoins que les internes sont déjà de mauvais communicants avec de mauvaises habitudes en tant qu'interne. Il y aurait donc probablement des choses à améliorer de ce côté-là. Les enseignements de communication pourraient être proposés de façon obligatoire dès le second cycle afin de pallier ce problème, et l'importance de cet

enseignement pourrait être remise au premier plan. Une partie dédiée à la communication pluriprofessionnelle pourrait voir le jour, les enseignements aujourd'hui étant totalement centrés sur le patient. On pourrait alors proposer lors de la phase de consolidation de créer des groupes d'échanges interprofessionnels, en intégrant les paramédicaux dans les enseignements de communication.

Cette pratique devrait être aussi mise en place dans les autres spécialités. Ce changement permettrait de réduire les clichés retrouvés sur chaque spécialité, qui définissent déjà l'interne comme un bon ou un mauvais communicant avant même de le connaître.

#### **IV.4.1.4 Un temps de rencontre pluridisciplinaire au cours des études :**

Le manque de connaissance du parcours et des compétences de chaque profession semble aussi être un facteur de séparation important. Il pourrait être envisagé, au cours des études médicales et paramédicales, de trouver un temps commun, accès sur la découverte des professions avec lesquels chaque soignant travaillera au quotidien. Une meilleure approche des autres soignants, et une connaissance des attentes respectives permettraient un meilleur contact et un travail coordonné facilité, tout en cassant ces barrières hiérarchiques souvent autosuggérées.

Ce clivage entre interne et paramédicaux peut voir des répercussions sur le travail coordonné. À l'heure actuelle, les offres de soin s'organisent autour de nouvelles structures, CPTS et MSP émergent sur les territoires afin de faciliter ces prises en soin pluridisciplinaires. Il paraît alors difficile de faire vivre des équipes pluridisciplinaires s'il existe une frontière franche entre professions médicales et paramédicales.

Il est à noter qu'une initiative allant déjà dans ce sens existe maintenant en 1<sup>er</sup> cycle de médecine : le Service Sanitaire(41). L'instauration d'un service sanitaire pour les étudiants en santé s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé dont le premier axe est de mettre en place une politique de prévention et de promotion de la santé.

Le service sanitaire permet de faire participer les étudiants en santé, partout sur le territoire, à des interventions de promotion de la santé.

Les objectifs du service sanitaire des étudiants en santé sont :

- Initier tous les futurs professionnels de santé aux enjeux de la prévention primaire et de la promotion de la santé ; développer leur compétence à mener des actions auprès de tous les publics
- Assurer des actions de prévention et de promotion de la santé auprès de publics divers
- Développer l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité des étudiants en santé par la réalisation de projets communs à plusieurs filières de formation. Ce point est donc une initiative intéressante pour notre étude. Il conviendra d'étudier à distance les effets potentiels de cette mesure, mise en place en 2018.
- À terme, mieux intégrer la prévention dans les pratiques des professionnels de santé

Le service sanitaire pour les étudiants en santé est constitué de trois étapes, réparties selon une durée totale de six semaines (42) :

- Un temps de formation théorique et pratique,
- Un temps d'intervention concrète auprès de publics prédéfinis,
- Un temps d'évaluation de l'action.

Les étudiants des différentes filières en santé travaillent alors ensemble pour réaliser des projets communs. Cette prise de contact permet une meilleure compréhension des compétences de chacun et permet une première approche pluridisciplinaire.

#### **IV.4.2 Les pistes à explorer**

Il serait intéressant de continuer à explorer le ressenti de chaque acteur de santé afin de comprendre les freins à une meilleure collaboration des équipes, en milieu hospitalier comme en libéral.

Une étude similaire à la nôtre, avec un recrutement en hôpital périphérique pourrait peut-être trouver des résultats différents. La proximité des équipes est parfois très différente avec des équipes moins nombreuses ainsi qu'un nombre d'internes parfois restreints.

Plusieurs thèses apparaissent sur ces sujets, certains se sont intéressés à la satisfaction et aux ressentis des patients ayant consulté un interne (43). D'autres se sont plus focalisés sur l'interne, à la fois pour comprendre comment ils gèrent leur statut particulier (3), mais aussi leur sentiment de compétence au début de leur activité (44).

Toutes ces études donnent un point de départ à notre réflexion mais n'englobent pas l'entièreté du personnel soignant qui font partie intégrante de la prise en charge des patients.

Nous pourrions ainsi rechercher les représentations des internes par les médecins seniors, bien au-delà d'une validation théorique habituelle, afin de comprendre les ressentis fondamentaux de cet exercice. Il serait envisageable de demander aux internes quelles seraient leurs attentes envers les personnels paramédicaux qu'ils rencontrent. Quelles seraient l'accueil idéal pour les internes en début de chaque stage ? Ces nouvelles préoccupations pluridisciplinaires ouvrent le champ des recherches de façon importante et de nombreuses études restent à réaliser.

## Conclusion

---

L'objectif de ce travail était de connaître les attentes et les représentations que le personnel paramédical pouvait avoir envers les internes en médecine. L'engouement des paramédicaux a été au-delà de nos espérances, avec des participants toujours plus nombreux, et heureux que la parole leur revienne afin d'expliquer leurs ressentis et leur vision de ce travail pluridisciplinaire trop peu exploré. Une multitude de métiers paramédicaux et des profils très différents ont permis à la fois d'avoir des échanges très variés tant dans le contenu que dans la durée, et des réponses très similaires. Ce travail souligne le besoin et la nécessité de comprendre le point de vue de chaque participant aux prises en soin des patients, afin de comprendre et améliorer le vécu des patients comme celui de soignants, ressource rare dans la conjoncture actuelle.

Cette étude pourrait permettre aux internes d'anticiper les éléments qui seraient un facilitateur ou un frein à leur intégration dans les services comme dans les cabinets libéraux. Cette compréhension des attentes pourrait réduire à la fois le potentiel stress ressenti au début des stages mais aussi faciliter les prises en charge et ainsi diminuer la charge mentale potentielle de ces changements semestriels.

Le facteur commun à toutes les attentes reste la communication. Il est important d'appréhender ce facteur d'une meilleure façon, que ce soit en repensant complètement les apprentissages des internes sur le sujet ou en intégrant de façon plus concrète les internes dans chaque équipe en début de stage. Ces modifications pourraient permettre un gain de temps important et un meilleur ressenti des conditions de travail pour toute l'équipe, améliorant de ce fait chaque prise en soin des patients.

Mais qu'attendent les internes lors de leur arrivée dans un nouveau terrain de stage ?

## Références bibliographiques

---

1. Geadah RR. Regards sur l'évolution des soins. Aspects historique et éthique des relations entre professionnels de santé et patients. Recherche en soins infirmiers. 2012;109(2):16-32.
2. Garrigue B. L'histoire des soignants dans l'urgence, de Napoléon à nos jours. 2010;
3. Alison PD, Barthelemy PC, Bougnoux PP, Cosnay PP, Danquechin-Dorval PE. PROFESSEURS EMERITES.
4. AAIHP - Histoire de l'Internat [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.aaihp.fr/Histoire.php>
5. AAIHP - Chronologie de deux siècles d'Internat [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.aaihp.fr/HistoireChronologie.php>
6. cnomrepartitionmg.pdf [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse\\_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf)
7. Hardy-Dubernet AC, Arliaud M, Horellou-Lafarge C, Roy FL, Blanc MA. La réforme de l'internat de médecine de 1982 et ses effets sur les choix professionnels des médecins.
8. Code de la santé publique - Section 1 : Statut des internes en médecine, en odontologie et en pharmacie [Internet]. [cité 31 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/toc-etablissements-services-sante-etablissements-sante-personne-96d4bbb>
9. Article R6153-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006918795/2005-07-26](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006918795/2005-07-26)
10. Article R6153-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006918796/2005-07-26](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006918796/2005-07-26)
11. Article R6153-6 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006918799/2005-07-26](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006918799/2005-07-26)
12. Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665)
13. 09r03\_reco\_delivrance\_information\_personne\_etat\_sante.pdf [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03\\_reco\\_delivrance\\_information\\_personne\\_etat\\_sante.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/09r03_reco_delivrance_information_personne_etat_sante.pdf)
14. Larousse É. Définitions : attente - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attente/6244>
15. Larousse É. Définitions : représentation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/repr%C3%A9sentation/68483>

16. DES de médecine générale [Internet]. ISNAR-IMG. [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
17. Médecine générale [Internet]. Futur Interne. 2020 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <http://www.futur-interne.com/guide/medecine-generale/>
18. Maquette de l'internat de Médecine Générale – SRP-IMG [Internet]. 2023 [cité 5 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.srp-img.com/mgparis/maquette>
19. Chartier S, Ferrat E, Djassibel M, Bercier S, Compagnon L, Mollereau-Salviato ML, et al. Présentation d'un module d'enseignement dédié à l'appropriation de cette méthode pédagogique. 23.
20. Vannotti M. MODELE BIO-MEDICAL ET MODELE BIO-PSYCHO-SOCIAL.
21. Modèle biomédical. In: Wikipédia [Internet]. 2023 [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: [https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le\\_biom%C3%A9dical&oldid=200580658](https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mod%C3%A8le_biom%C3%A9dical&oldid=200580658)
22. Bolton D, Ferry-Danini J. Le modèle biopsychosocial et le nouvel humanisme médical. Archives de Philosophie. 2020;Tome 83(4):13-40.
23. Borrell-Carrio F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. The Annals of Family Medicine. 1 nov 2004;2(6):576-82.
24. irssttt. Annexe 4.A – Modèle biopsychosocial [Internet]. L'incapacité et le retour au travail. 2021 [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://retourautravail.irsst.qc.ca/uncategorized/annexe-4-a-modele-biopsychosocial/>
25. World Organization of Family Doctors (WONCA) [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.globalfamilydoctor.com/>
26. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 6 déc 2023]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
27. CNGE [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/>
28. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. 24.
29. Les 6 compétences génériques | Département Médecine Générale - Université Paris Cité [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://dmg-u-paris.fr/p/les-6-competences>
30. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>
31. DES de Médecine Générale – CNGE [Internet]. [cité 17 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.cnge.fr/la-pedagogie/le-cursus-de-medecine-generale/des-de-medecine-generale/>

32. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2024 [cité 17 janv 2024]. Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires). Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/financement-des-etablissements-de-sante-glossaire/article/loi-hpst-hopital-patients-sante-territoires>
33. Druais PPL. RÉFÉRENTIEL MÉTIER ET COMPÉTENCES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.
34. Reglement-des-etudes-2021.pdf [Internet]. [cité 14 janv 2024]. Disponible sur: [https://www.unilim.fr/internat\\_limousin/wp-content/uploads/sites/4/2021/11/Reglement-des-etudes-2021.pdf](https://www.unilim.fr/internat_limousin/wp-content/uploads/sites/4/2021/11/Reglement-des-etudes-2021.pdf)
35. 44. LJP Aubin Auger I, Cadwallader J S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé, CNGE. Paris; 2021. 192 p.
36. Agathe P. L INTERNE ET SA SANTE Etude qualitative aupres d internes de medecine generale de la subdivision de Lyon.
37. Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé [Internet]. [cité 16 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/declaration/methodologie-de-referance-04-recherches-nimpliquant-pas-la-personne-humaine-etudes-et-evaluations-dans-le-domaine-de-la-sante>
38. Tang CJ, Zhou WT, Chan SWC, Liaw SY. Interprofessional collaboration between junior doctors and nurses in the general ward setting: A qualitative exploratory study. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(1):11-8.
39. Weller JM, Barrow M, Gasquoine S. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. *Medical Education*. 2011;45(5):478-87.
40. A T, P S, J C. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* [Internet]. déc 2007 [cité 10 mars 2024];19(6). Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17872937/>
41. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 20 avr 2024]. Le service sanitaire. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/le-service-sanitaire>
42. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2023 [cité 20 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
43. 4542\_CUVELIER\_these.pdf [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Disponible sur: [http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4542\\_CUVELIER\\_these.pdf](http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4542_CUVELIER_these.pdf)
44. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. *Pédagogie Médicale*. nov 2011;12(4):199-212.

## Annexes

---

Annexe 1. Validation de l'analyse de risque (MR-004) .....	126
Annexe 2. Note d'information .....	145
Annexe 3. Fiche d'identification .....	146
Annexe 4. Le guide d'entretien .....	147
Annexe 5. Autorisation de réalisation et d'utilisation enregistrements sonores .....	148
Annexe 6 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ.....	150
Annexe 7. Retranscription entretien patiente 3 .....	153

## Annexe 1 : Validation de l'analyse de risque (MR-004)



---

### Analyse de risque MR-004

Traitements similaires : thèses d'exercice en santé (notamment en médecine générale)

---



#### À retenir :

La méthodologie de référence MR-004 encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il s'agit plus précisément des études ne répondant pas à la définition d'une recherche impliquant la personne humaine, en particulier les études portant sur **la réutilisation de données**.

Lorsqu'une recherche entre dans le cadre de la méthodologie de référence MR-004, le responsable de traitement doit réaliser plusieurs démarches de conformité à la réglementation sur la protection des données :

- un engagement de conformité à la MR-004 auprès de la CNIL. Cet engagement est à réaliser par l'établissement une seule fois pour l'ensemble des recherches. **Cette démarche auprès de la CNIL n'est pas à réaliser par le chercheur ;**
- la recherche doit faire l'objet d'une inscription au sein du registre des activités de traitement auprès de Délégué à la protection des données de votre établissement ;
- la réalisation **d'une analyse d'impact relative à la protection des données (AIPD)**, qui doit couvrir en particulier les risques sur les droits et libertés des personnes concernées.

**ATTENTION :** La recherche doit être enregistrée auprès du [Répertoire public](#) tenu par le Health Data Hub.

## **Analyse d'Impact sur la Protection des Données (AIPD) sur les thèses d'exercice en santé relevant de la MR 004**

XXX => à remplir par l'étudiant

XXX => à remplir par la Déléguée à la protection des données (DPO) et le RSSI

Nom du PIA	représentations et attentes du personnel paramédical envers les internes en médecine
Nom du demandeur	Département de médecine générale
Nom du rédacteur	Gomez Franck
Nom de l'évaluateur (DPO)	Caroline BOYER-CAPELLE, Déléguée à la protection des données
Nom de l'évaluateur (RSSI)	Hubert CHOMETTE, Responsable Sécurité des systèmes d'information
Date de création	4/02/2023

# I - Description des traitements de données et mesures de protection des données

## 1 - Contexte

Vue d'ensemble	
<p>Quel est le traitement qui fait l'objet de l'étude ?</p>	<p><i>Les thèses d'exercice (notamment en Médecine Générale) constituant en des recherches, études et évaluations dans le domaine de la santé n'impliquant pas la personne humaine et présentant un caractère d'intérêt public, qui sont conformes à la MR-004.</i></p> <p><i>Deux types de recherche sont concernés par cette méthodologie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>les recherches dans lesquelles la personne participe et pour lesquelles des données spécifiques liées à la recherche sont collectées sans répondre à la définition juridique de « recherche impliquant la personne humaine » et notamment à la finalité précisée dans le code de la santé publique (articles L.1121-1 &amp; R. 1121-1 du code de la santé publique)</i></li> </ul> <p>+ détailler, en quelques lignes, l'objet de la thèse d'exercice ;</p> <p><b>Représentations et attentes du personnel paramédical envers les internes en médecine</b></p> <p>Lors de notre cursus nous sommes amenés à travailler avec plusieurs professionnels paramédicaux : infirmier(e)s, aides soignant(e)s, kinésithérapeutes, diététicien(ne)s, etc. Que ce soit en cabinet ou à l'hôpital, des questions, des actes ou des missions sont échangées entre les internes et le personnel soignant. Cependant, lors de mes recherches, très peu d'études ont été réalisées pour connaître la vision des compétences des internes par le personnel paramédical. La focalisation étant principalement sur les compétences médicales de l'interne, jugées par ses pairs, il me paraît important de connaître l'avis de tous ces soignants, avec qui nous passons la majorité de notre temps dans les structures de soin, souvent même bien plus qu'avec d'autres médecins.</p> <p>Habitué à travailler avec les médecins des services ou praticiens libéraux, quels sont les à priori ou les représentations de ces soignants envers des internes nouvellement diplômés et en cours de formation ? Les interactions sont-elles différentes de celles avec des médecins séniors ? Les demandes et attentes sont-elles les mêmes ou sont-elles modifiées devant ce statut d'interne ? Les actes demandés sont-ils les mêmes, les actes plus vérifiés, les discours adaptés ?</p> <p>Pour cela une méthode QUALITATIVE sera réalisée. Un focus groupe avec des questions OUVERTES seront proposées afin de recueillir un maximum d'idées des participants. Ces focus groupe seront retranscrits sous forme de Verbatim qui seront ensuite codés.</p> <p>j+ fournir, en PJ :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le protocole de recherche</li> <li>- La notice d'information des personnes (v. plus loin)</li> <li>- Le formulaire de consentement (le cas échéant)</li> <li>- L'avis d'un comité d'éthique (le cas échéant).</li> </ul> <p>Contact avec le Dr TERRIER qui m'a renvoyé vers la DRI. La DRI m'a informé que, ne collectant</p>

	pas de données de santé personnelles les démarches envers eux n'étaient pas utiles.
Quelles sont les responsabilités liées au traitement ?	<p><b>Responsable de traitement</b> = Mme I. Klock-Fontanille, Présidente de l'Université de Limoges</p> <p><b>Mise en œuvre du Traitement</b> = Département de médecine générale, directeur de thèse : Coralie Bureau Yniesta, étudiant : Gomez Franck</p> <p><b>Sous-traitants</b> = pas de sous-traitant</p> <p><b>Co-responsable(s) de traitement</b> = pas de co responsables</p>
Quels sont les référentiels applicables ?	Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004)

Données, processus et supports	
Quelles sont les données traitées ?	<p>⇒ Identifier les données à caractère personnel faisant l'objet de votre traitement dans la liste ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les données relatives aux personnes concernées proviendront uniquement des intéressés eux-mêmes</li> <li>- données à caractère personnel : âge, sexe, profession ... (cf questionnaire données socio-démographiques)</li> <li>- enregistrement sonore des personnes participant au focus groupe</li> </ul> <p><b>Les seules catégories de données à caractère personnel relatives aux personnes incluses dans la recherche pouvant faire l'objet du traitement sont les suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Identification : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>âge</b> ou date de naissance (mois et année de naissance, voire jour de naissance si ce dernier est nécessaire à la réalisation d'une recherche impliquant des personnes âgées de moins de deux ans), lieu de naissance, sexe, pays et département de résidence ; numéro d'ordre ou code alphanumérique à l'exclusion des nom(s), prénom(s) et du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ; Lorsque le code alphanumérique se compose de lettres correspondant aux nom et prénom des personnes <b>concernées</b> par la recherche, il peut correspondre aux deux premières lettres du nom et à la première lettre du prénom. Il est toutefois recommandé de se limiter aux seules initiales, c'est-à-dire à la première lettre du nom et à la première lettre du prénom (ces initiales peuvent être complétées d'un numéro d'inclusion et/ou d'un numéro de centre participant).</li> </ul> </li> <li>○ catégorie socioprofessionnelle (par exemple, les catégories INSEE) ;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>vie professionnelle (par exemple : profession actuelle, historique, chômage, trajets et déplacements professionnels, expositions professionnelles) ;</i></li> </ul> <p><b>Les seules catégories de données à caractère personnel relatives aux professionnels intervenant dans la recherche pouvant faire l'objet du traitement sont les suivantes :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Identité : nom, prénom(s), sexe, adresse, coordonnées professionnelles postales, électroniques et téléphoniques, coordonnées bancaires</i></li> <li>○ <i>Formation, diplôme(s), vie professionnelle</i></li> </ul> <p><b>ATTENTION</b>, il est nécessaire de s'engager à ne collecter que les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées ;</p> <p>Nous nous engageons à ne collecter que les données pertinentes, adéquates et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités de l'étude</p> <p><b>Durée de de conservation des données collectées</b> Les données Seront conservées jusqu'à soutenance de la thèse.</p> <p>⇒</p> <p><i>Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée conforme à la réglementation en vigueur.</i></p> <p>⇒ <b>Identifier les destinataires des données à caractère personnel collectées</b></p> <p><i>Les personnes qui ont accès aux données traitées sont soumises au secret professionnel dans les conditions définies par les articles <a href="#">226-13</a> et <a href="#">226-14</a> du code pénal.</i></p> <p><i>Destinataires de <b>données indirectement identifiantes</b> relatives aux personnes concernées par la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>le responsable de traitement ; Bureau-Yniesta Coralie,</i></li> <li>- <i>l'étudiant : Gomez Franck</i></li> </ul> <p><i>Destinataires de <b>données directement identifiantes</b> relatives aux personnes concernées par la recherche :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>les professionnels intervenant dans la recherche et les personnels agissant sous leur responsabilité ou leur autorité, concernant les personnes dont ils assurent la prise en charge ;</i></li> <li>- <i>la déléguée à la protection des données du responsable de traitement, tel que prévu à l'article 37 du RGPD, uniquement dans le cas où la personne concernée entrerait volontairement en contact avec lui.</i></li> </ul>
<p>Comment le cycle de vie des données se déroule-t-il (description fonctionnelle) ?</p>	<p>⇒ Enregistrement oral des groupes d'échanges sur dictaphone. Écoute des enregistrements à domicile et retranscription ( sous forme de verbatim) sur un seul ordinateur portable avec stockage des enregistrements sur une seule clé USB dédiée. Effacement des enregistrements dès la fin du verbatim.</p>

	⇒ Informations âge, profession, années de travail avec des internes sur papier et retranscrites dans un tableau Excel. Conservés dans une pochette unique et détruit à la fin du verbatim
Quels sont les supports des données ?	⇒ Feuille papier recueillant les données socio-démographiques anonymes, clé usb, dictaphone. Les verbatims seront stockés hors ligne sur un disque dur externe

## 2 - Principes fondamentaux

<b>Proportionnalité et nécessité</b>	
Les finalités du traitement sont-elles déterminées, explicites et légitimes ?	<p>⇒ <b>Décrire la/les finalité(s)/objectif(s) de votre thèse</b></p> <p>Titre de la thèse : <b>Représentations et attentes du personnel paramédical envers les internes en médecine</b></p> <p>L'objectif principal est donc : Décrire les représentations des équipes paramédicales sur la fonction d'interne en médecine et les attentes qu'ils en ont, notamment les internes de médecine générale.</p> <p>Les objectifs secondaires sont : Existe-t-il des différences de compétences entre les internes ? en fonction de leur spécialité ou de leurs années d'étude ? Les équipes paramédicales ont-elles des demandes divergentes en fonction du statut de leur interlocuteur ? quelles sont les compétences attendues d'un interne ?</p>
Quel(s) est(sont) les fondement(s) qui rend(ent) votre traitement licite ? (base légale)	<p>⇒ Exécution d'une mission d'intérêt public</p> <p>⇒ Réalisation d'une thèse d'exercice en vue de l'obtention du titre de Docteur en médecine, spécialité médecine générale</p>
Les données collectées sont-elles adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données) ?	<p>⇒ <b>PRINCIPE DE MINIMISATION DES DONNÉES</b></p> <p><b>ATTENTION</b>, ne doivent être collectées que les données à caractère personnel strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs de la recherche. Ce qui implique que chacune des catégories de données ne peut être traitée que si leur traitement est justifié scientifiquement dans le protocole de recherche.</p>
Les données sont-elles exactes et tenues à jour ?	<p>⇒ <b>ATTENTION</b>, les données à caractère personnel collectées doivent être exactes et, si nécessaire, tenues à jour.</p> <p>⇒ Toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données à caractère personnel qui sont inexactes, eu égard aux finalités pour lesquelles elles sont traitées, soient effacées ou rectifiées sans tarder.</p>

<p>Quelle est la durée de conservation des données ?</p>	<p>⇒ Respect de la durée de conservation indiquée dans la MR-004 : 2 ans.          ⇒ (Les données à caractère personnel relatives aux personnes concernées par une recherche et traitées à cette fin ne peuvent être conservées par l'étudiant.e intervenant dans la recherche <b>que jusqu'à deux ans</b> après la dernière publication des résultats de la recherche ou, en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche).</p>
<p>Mesures protectrices des droits</p>	
<p>Comment les personnes concernées sont-elles informées à propos du traitement ?</p>	<p>⇒ Une <b>information générale</b> concernant les activités de recherche dans l'établissement doit être assurée auprès des personnes concernées (affichage dans les locaux, mention dans le livret d'accueil, etc.) ;          ⇒ Une <b>information individuelle</b> du patient inclus dans les recherches. Elle doit être réalisée pour chaque projet auquel le patient participe ou pour lequel les données du patient feront l'objet du traitement.</p> <p>Des données et/ou des échantillons biologiques recueillis non spécifiquement pour la recherche peuvent faire l'objet d'une réutilisation sans qu'il soit procédé à une nouvelle information individuelle des personnes concernées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lorsque la personne concernée dispose déjà des informations prévues aux articles 13 ou 14 du RGPD ; ceci pourrait, par exemple, concerner plusieurs projets de recherche, menés par un même responsable de traitement avec des finalités identiques, des catégories de données identiques et des destinataires identiques ;</li> <li>- Ou lorsque l'information délivrée lors de la collecte des données et / ou des échantillons biologiques prévoit la possibilité de réutiliser les données et/ou les échantillons, et renvoie à un dispositif spécifique d'information auquel les personnes concernées pourront se reporter préalablement à la mise en œuvre de chaque nouveau traitement de données (<b>par exemple : un site Internet sur lequel serait présenté chaque projet de recherche mené sur les données et/ou échantillons collectés dans le cadre de l'information initiale</b>).</li> </ul> <p><i>L'information individuelle doit préciser :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'identité et les coordonnées du responsable de traitement ;</li> <li>- Les coordonnées du délégué à la protection des données du responsable de traitement ;</li> <li>- La finalité du traitement de données (présentation du projet de recherche) ;</li> <li>- La base juridique du traitement (article 6 du RGPD) ;</li> <li>- La nature des informations qui seront utilisées dans la recherche ;</li> <li>- Les destinataires ou les catégories de destinataires des données ;</li> <li>- Les droits d'accès, de rectification, d'opposition, à l'effacement, à la limitation du traitement ;</li> <li>- Les modalités d'exercice de ces droits ;</li> <li>- Le caractère facultatif de la participation ;</li> <li>- Le cas échéant, le transfert de données à caractère personnel hors de l'Union européenne et la référence aux garanties appropriées et les moyens d'en obtenir une copie ou l'endroit où elles ont été mises à disposition ;</li> <li>- La durée de conservation des données à caractère personnel ou les critères utilisés pour déterminer cette durée ;</li> </ul> <p><i>Dans l'hypothèse du recueil d'informations par questionnaire remis à la personne concernée par</i></p>

	<p>la recherche et/ou à ses représentants légaux, ces informations sont mentionnées sur le questionnaire, la lettre jointe ou la note d'information relative à la recherche. Lorsque les données à caractère personnel sont recueillies oralement, l'étudiant.e intervenant dans la recherche remet ou fait préalablement parvenir aux personnes concernées par la recherche et/ou leurs représentants légaux un document contenant ces informations.</p> <p><b>ATTENTION</b>, doivent également être destinataires de l'information :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la personne concernée est mineure : chacun des titulaires de l'autorité parentale ;</li> <li>- Si la personne concernée est un majeur protégé : le représentant légal ;</li> <li>- Si la personne concernée est hors d'état de recevoir l'information : les membres de la famille ou la personne de confiance. La personne concernée devra toutefois être informée si son état le permet par la suite.</li> </ul> <p><b>Information et droits des personnels intervenant dans la recherche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Par une mention figurant sur une notice d'information spécifique ou sur les conventions qu'ils signent dans le cadre de la réalisation de la recherche.</li> <li>⇒ Le droit d'accès, de rectification, le droit à l'effacement, le droit à la limitation du traitement, le droit à la portabilité des données et le droit d'opposition s'exercent à tout moment auprès du responsable de traitement dans les mêmes conditions que pour les personnes participant à la recherche.</li> <li>⇒ Durée de conservation limitée à un maximum de quinze ans après la fin de la recherche.</li> <li>⇒ Les données font ensuite l'objet d'un archivage pour une durée conforme à la réglementation en vigueur (à préciser) sur support papier ou sur support informatique ((à préciser).</li> </ul>
Si applicable, comment le consentement des personnes concernées est-il obtenu ?	⇒ Pas de consentement
DROITS DES PERSONNES CONCERNÉES	Concernant l'ensemble des droits des personnes concernées par la recherche, conformément à l'article 12 du RGPD, le responsable de traitement s'engage à ce que l'étudiant.e réponde à ces demandes dans un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande. Ce délai peut être prolongé de deux mois, compte tenu de la complexité et du nombre de demandes. Cette prolongation est portée à la connaissance de la personne dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande.
Droit d'accès et droit à la portabilité ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Pas de droit à la portabilité</li> <li>⇒ Le <b>droit d'accès</b>, prévu par l'article 15 du RGPD, peut être exercé à tout moment auprès de l'étudiant.e intervenant dans la recherche, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet par la personne concernée.</li> </ul>
Droit de rectification et droit à l'effacement (droit à l'oubli) ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Conformément aux dispositions de l'article 16 du RGPD, la personne concernée pourra contacter l'étudiant.e pour obtenir, dans les meilleurs délais, la <b>rectification des données à caractère personnel</b> la concernant qui sont inexactes et pour obtenir que les données à caractère personnel incomplètes soient complétées, y compris en fournissant une déclaration complémentaire ;</li> <li>⇒ Le <b>droit à l'effacement</b> prévu par l'article 17 du RGPD s'applique lorsque la personne concernée exerce son droit d'opposition et demande également l'effacement des données la concernant déjà collectées. Sous réserve d'une information préalable appropriée par l'étudiant.e, certaines données préalablement collectées peuvent</li> </ul>

	<p>cependant ne pas être effacées, si cette suppression est susceptible de rendre impossible ou de compromettre gravement la réalisation des objectifs de la recherche.</p>
<p>Droit de limitation et droit d'opposition ?</p>	<p>⇒ Le <b>droit à la limitation</b> du traitement prévu par l'article 18 du RGPD s'exerce conformément aux dispositions de cet article, en contactant l'étudiant.e.</p> <p>⇒ La personne qui entend <b>s'opposer au traitement des données à caractère personnel</b> la concernant à des fins de recherche dans le domaine de la santé peut exprimer, à tout moment et sans avoir à justifier sa décision, son opposition par tout moyen auprès soit du responsable de la recherche ou de l'étudiant.e détenteur de ces données, conformément à la loi informatique et libertés.</p>
<p>Les obligations des sous-traitants sont-elles clairement définies et contractualisées ?</p>	<p><b>ATTENTION</b>, si une sous-traitance est établie, il est nécessaire qu'un contrat de sous-traitance soit réalisé afin de déterminer les responsabilités de chacune des parties</p>
<p>En cas de transfert de données en dehors de l'Union européenne, les données sont-elles protégées de manière équivalente ?</p>	<p><b>ATTENTION</b>, peuvent faire l'objet d'un transfert hors de l'Union européenne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ les données <b>indirectement</b> identifiantes des personnes se prêtant à la recherche ;</li> <li>➤ les données <b>directement (ou indirectement) identifiantes des professionnels</b> intervenant dans la recherche.</li> </ul> <p>Le transfert doit être strictement nécessaire à la mise en œuvre de la recherche ou à l'exploitation de ses résultats, dans les conditions prévues par méthodologie de référence.</p>

## II - Mesures techniques et organisationnelles de protection des données

<p>Mesures existantes ou prévues</p> <p>Parmi cette liste, cocher les mesures mises en œuvre ou prévues en fonction de votre traitement de données</p>	<p>... par l'établissement/par le chargé de mise en œuvre</p>	<p>... par XXX (partenaire / sous-traitant / tutelle)</p> <p>(le cas échéant)</p>	<p>Précisions sur les mesures techniques et organisationnelles (définitions, recommandations, liens utiles, etc.)</p>
Chiffrement	X		<p>Tous les échanges électroniques de messages comprenant des données à caractère personnel des personnes concernées par la recherche doivent s'effectuer de manière sécurisée (par exemple : envoi d'un fichier chiffré ou protégé par un mot de passe, messagerie sécurisée, plate-forme dédiée appliquant des droits d'accès spécifiques, etc.).</p> <p><a href="https://www.cnil.fr/fr/comment-chiffrer-ses-documents-et-ses-repertoires">https://www.cnil.fr/fr/comment-chiffrer-ses-documents-et-ses-repertoires</a></p> <p>Si votre poste personnel, ne dispose pas de cette protection, veuillez-vous rapprocher de la DSI pour le mettre en place (<a href="mailto:svp-dsi@unilim.fr">svp-dsi@unilim.fr</a>).</p>
Anonymisation	X		<p>L'anonymisation suppose qu'il soit impossible de procéder à la ré-identification des personnes objets de l'étude.</p> <p><a href="https://www.cnil.fr/fr/lanonymisation-de-donnees-personnelles">https://www.cnil.fr/fr/lanonymisation-de-donnees-personnelles</a></p> <p><a href="https://www.cnil.fr/fr/le-g29-publie-un-avis-sur-les-techniques-danonymisation">https://www.cnil.fr/fr/le-g29-publie-un-avis-sur-les-techniques-danonymisation</a></p>
Pseudonymisation	X		<p>(Processus moins fort que l'anonymisation)</p> <p>Les données peuvent faire l'objet d'une informatisation ou, le cas échéant, faire l'objet d'une saisie sur support « papier » renseignés par l'étudiant intervenant dans la recherche. Lors de la saisie, <b>les données sont identifiées par un numéro d'ordre ou un code alphanumérique</b>, tel que défini à l'article 2.2.3 de la délibération CNIL</p> <p>Numéro d'ordre ou code alphanumérique à l'exclusion des nom(s), prénom(s) et du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. Lorsque le code alphanumérique se compose de lettres correspondant aux nom et prénom des personnes concernées par la recherche, il peut correspondre aux deux premières lettres du nom et à la première lettre du prénom. Il est toutefois recommandé de se</p>

			limiter aux seules initiales, c'est-à-dire à la première lettre du nom et à la première lettre du prénom. Ces initiales peuvent être complétées d'un numéro d'inclusion et/ou d'un numéro de centre participant.
Minimisation des données	X		<b>ATTENTION</b> , ne recueillir que les données à caractère personnel absolument nécessaire au traitement au regard de la finalité de ce dernier
Cloisonnement	X		⇒ Utiliser le système de stockage proposé par la DSI de l'Université de Limoges ( <a href="mailto:svp-dsi@unilim.fr">svp-dsi@unilim.fr</a> ).
Contrôle des accès logiques	X		⇒ Utiliser le système de stockage proposé par la DSI de l'Université de Limoges ( <a href="mailto:svp-dsi@unilim.fr">svp-dsi@unilim.fr</a> ).
Mot de passe et Authentification			Choix d'un « <b>bon</b> » mot de passe => un bon mot de passe doit comporter au moins douze caractères mêlant minuscules, majuscules, chiffres et symboles. Pas de divulgation du mot de passe à un tiers. Pas d'utilisation des mêmes mots de passe pour les comptes professionnels et personnels.  <a href="https://www.cnil.fr/fr/generer-un-mot-de-passe-solide">https://www.cnil.fr/fr/generer-un-mot-de-passe-solide</a>  Procédure de <b>verrouillage automatique</b> de la session et verrouillage dès que l'on quitte son poste de travail.
Journalisation et traçabilité			⇒ Utiliser le système de stockage proposé par la DSI de l'Université de Limoges ( <a href="mailto:svp-dsi@unilim.fr">svp-dsi@unilim.fr</a> ).
Archivage			Les données brutes devraient être archivées (papier ou numérique), et pourraient être réutilisées pour d'autres recherches => science ouverte.
Gestion des postes de travail	X		⇒ Utiliser de préférence des postes de travail fournis par l'Université et paramétrés par la DSI selon PSSI ⇒ Si utilisation d'un poste de travail personnel, prévoir chiffrement, antivirus à jour, etc.
Protection des sites web			⇒ Attention à la politique de gestion des cookies (collecte et information des personnes) ⇒ Certificats TLS présents et conformes
Lutte contre les logiciels malveillants	X		⇒ Antivirus installé et mis à jour (par l'Université pour les postes de travail fournis par cette dernière / par l'étudiant si utilisation d'un ordinateur personnel)

Sauvegarde des données	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dans le cadre d'ordinateurs (portable ou non) fournis par l'Université, sauvegarde automatique gérée par l'informaticien de proximité ;</li> <li>⇒ Dans le cadre de l'utilisation d'un ordinateur personnel par l'étudiant, la sauvegarde devra être réalisée par ce dernier.</li> </ul>
Maintenance			<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Dans le cadre d'ordinateurs (portable ou non) fournis par l'Université, la maintenance du parc informatique est gérée par l'informaticien de proximité ;</li> <li>⇒ Dans le cadre de l'utilisation d'un ordinateur personnel par l'étudiant, aucune maintenance n'est assurée par l'Université. Elle est de la responsabilité de l'étudiant(e).</li> </ul>
Contrat de sous-traitance			<b>ATTENTION</b> , si une sous-traitance est établie, nécessité d'un contrat de sous-traitance afin de déterminer les responsabilités de chacune des parties.
Sécurisation des documents papier	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Les documents/questionnaires sur support papier sont conservés dans des conditions garantissant leur confidentialité, leur intégrité et leur disponibilité ;</li> <li>⇒ Destruction des documents/questionnaire sur support papier ;</li> <li>⇒ <i>Ex</i> : armoire verrouillée, bureau fermé à clé, utilisation d'un destructeur de documents (broyeur) pour l'élimination des données, éviter de transporter les documents/questionnaires sur support papier, etc.</li> </ul>
Sécurisation de l'exploitation			⇒ Cf. PSSI (dans le cadre d'ordinateurs (portable ou non) fournis par l'Université et d'un espace de stockage dédié)
Sécurisation des canaux informatiques			⇒ Sécurisation du canal de transport : utiliser le VPN pour sécuriser le canal de communication (dans le cadre d'ordinateurs (portable ou non) fournis par l'Université et d'un espace de stockage dédié), pour les sites web passer via HTTPS ce qui permet de chiffrer la communication, etc.
Sécurité physique et sécurisation des matériels	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Ordinateurs (portables ou non) chiffrés ;</li> <li>⇒ Moyens permettant d'empêcher le vol des ordinateurs (portables ou non) ;</li> </ul>
Organiser et gérer la politique de protection de la vie privée +	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Mise en place d'une PSSI</li> <li>⇒ Désignation d'un DPO</li> <li>⇒ Collaboration DPO/RSSI</li> <li>⇒ Tenue d'un registre, inscription des traitements au registre</li> </ul>

<p>Gestion des risques</p> <p>+</p> <p>Intégration la protection de la vie privée dans les projets</p> <p>+</p> <p>Superviser la protection de la vie privé</p>			<p>⇒ Engagement de conformité à la MR004</p> <p>⇒ Charte d'utilisation des ressources informatiques</p>
<p>Gérer les incidents de sécurité et les violations de données</p>	<p>X</p>		<p>En cas de violation avérée ou suspectée de données (destruction, perte, altération ou divulgation non autorisée de données), le DPO et le RSSI de l'Université doivent être alertés.</p>

## III - Evaluation et cartographie des risques

### 1. Risque – Accès illégitime à des données

- Impacts potentiels :
  - Atteinte grave à la vie privée des personnes concernées (données sensibles traitées) => sentiment d'atteinte de sa vie privée fort ;
  - Publicité ciblée ;
  - Hameçonnage ;
- Menaces :
  - Consultation des données par une personne n'étant pas destinataire des données personnelles ;
  - Vol ou perte du matériel (PC portable ou non, disque dur externe, clé USB, etc.) ;
  - Usurpation de compte ;
- Sources de risque (humaine interne/externe) et non humaine) :
  - Étudiant ;
  - Personnels de l'établissement ;
  - Attaquant/Ciblant ;
  - Entourage ;
- Mesures de protection :

### 2. Risque – Modification non désirée de données

- Impacts potentiels :
  - a. Impact sur les résultats de la recherche
  - b. Impact pour les personnes concernées : A évaluer (à priori négligeable)
- Menaces :
  - c. Usurpation de compte ;
- Sources de risque (humaine interne/externe) et non humaine) :
  - d. Personnels de la recherche ;
  - e. Personnels de l'établissement ;
  - f. Sous-traitants ;
  - g. Attaquant ;
  - h. Entourage ;

### 3. Risque – Disparition de données

- ⇒ Pour ces deux derniers risque, l'impact sur la vie privée des personnes concernées est limité, voire négligeable ((re)demande des données qu'elles auraient déjà fournies), puisque le principal impact sera pour le travail de recherche de l'étudiant ;
- ⇒ Sur les menaces : altération des données, suppressions des données, détérioration du matériel informatique ;
- ⇒ Sources : étudiant, personnels de l'établissement, attaquant, incidents/sinistres, entourage ;

⇒ Mesures de protection :

Quelles conséquences associées à mon traitement en cas de violation de données, compte tenu des mesures techniques et organisationnelles mises en œuvre par l'établissement ?

**VRAISEMBLANCE du risque / GRAVITE du risque sur la vie privée des personnes concernées** => analyse à réaliser pour chaque thèse d'exercice présentée.

NATURE DES RISQUES POSSIBLES	
POUVANT CONDUIRE A UNE VIOLATION DE DONNEES PERSONNELLES	

EVENEMENT REDOUTE	IMPACT SUR LES DONNEES	EXEMPLE DE SCENARIO DE RISQUES
Accès illégitime aux données	Atteinte à la confidentialité des données	Accès d'un tiers non autorisé aux données
Modification non désirées des données	Atteinte à l'intégrité des données	Données modifiées sans autorisation de l'institution
Disparition des données	Atteinte à la disponibilité des données	Perte d'un service numérique qui rend impossible son utilisation par ses usagers légitimes

EVENEMENTS REDOUTES	NIVEAU DE VRAISEMBLANCE / GRAVITE DU RISQUE			
	NEGLIGEABLE	LIMITEE	IMPORTANTE	MAXIMALE
<b>Accès illégitime à des données</b>				
VRAISEMBLANCE			X	
GRAVITE		X	⇒	
<b>Modification non désirée de données</b>				
VRAISEMBLANCE		X		
GRAVITE	X			
<b>Disparition de données</b>				
VRAISEMBLANCE		X		
GRAVITE	X			

<b>IV - Validation de l'étude</b>	Evaluation
Evaluation : <b>Acceptable</b> ou <b>Améliorable</b> (évaluation par la DPO et le RSSI)	
<b>Mesures garantissant la proportionnalité et la nécessité du traitement</b>	
Finalités du traitement déterminées, explicites et légitimes	Acceptable
Licéité du traitement	Acceptable
Minimisation des données	Acceptable
Qualité des données	Acceptable
Durée(s) de conservation	Acceptable
<b>Mesures protectrices des droits des personnes des personnes concernées</b>	
Information des personnes concernées	Acceptable
Recueil du consentement (si applicable)	Acceptable
Exercice des droits d'accès et à la portabilité	Acceptable
Exercice des droits de rectification et d'effacement	Acceptable
Exercice des droits de limitation et d'opposition	Acceptable
Sous-traitance : identifiée et contractualisée	Acceptable
Transfert hors UE	Acceptable
<b>Mesures portant spécifiquement sur les données du traitement</b>	
Chiffrement	Acceptable
Anonymisation	Acceptable
Cloisonnement des données par rapport au reste du système d'information	Acceptable
Contrôle des accès logique des utilisateurs	Acceptable
Traçabilité (journalisation)	Acceptable
Contrôle d'intégrité	Acceptable
Archivage	Acceptable
Sécurité des données papier	Acceptable
<b>Mesures générales de sécurité du système dans lequel le traitement est mis en œuvre</b>	
Sécurité de l'exploitation	Acceptable
Lutte contre les logiciels malveillants	Acceptable
Gestion des postes de travail	Acceptable
Sécurité des sites web	Acceptable
Sauvegardes	Acceptable
Maintenance	Acceptable

Sécurité des canaux informatiques	Acceptable
Surveillance	Acceptable
Contrôle d'accès physique	Acceptable
Sécurité des matériels	Acceptable
Eloignement des sources de risque	Acceptable
Mesures organisationnelles (gouvernance)	
Organisation	Acceptable
Politique de gestion de la vie privée	Acceptable
Gestion des risques	Acceptable
Gestion de projets	Acceptable
Gestion des incidents et des violation de données	Acceptable
Gestion des personnels	Acceptable
Relation avec les tiers	Acceptable
Supervision	Acceptable

## V– Plan d'action (si justifié)

### ⇒ Synthèse des risques mis en évidence par l'AIPD :

Le risque principal pour les personnes concernées est l'accès illégitime aux données personnelles.

**PB** en cas d'utilisation de matériel informatique propre à l'étudiant + clés USB + cloud non institutionnel

### ⇒ Préconisations de l'établissement par typologie de risques

Favoriser les outils institutionnels pour la réalisation de ces thèses (ordinateurs du parc informatique de l'établissement, cloud institutionnel, vraie politique de sécurisation des documents papier et numériques, respect des durées de conservation et de sort final des données, etc.).

Des mesures complémentaires de protection des données (mesures techniques ou organisationnelles) devront être mises en œuvre pour les risques dont la gravité et la vraisemblance sont élevées.

## VI – Appréciation motivée du DPO

Le 4/02/2023, la Déléguée à la protection des données de l'Université de Limoges a rendu l'avis suivant concernant la conformité du traitement et le PIA mené : L'analyse menée montre que la protection de la vie privée des personnes est garantie de manière acceptable.

Signature



## VII– Appréciation motivée du RSSI

Le [10/03/2023], le RSSI de l'Université de Limoges a rendu l'avis suivant concernant la conformité du traitement et le PIA mené : L'analyse menée ne révèle pas de risque à l'atteinte de la SSI de l'Université de Limoges

Signature



Université  
de Limoges  
D.S.I  
123 avenue Albert Thomas  
87000 LIMOGES Cedex  
Tel : 05 57 08 06 00 - Fax : 05 55 45 75 05

## VIII- Validation du responsable de traitement

Le [jj/mm/aaaa], la Présidente de l'Université de Limoges valide le PIA du traitement, au vu du PIA mené, en sa qualité de responsable du traitement.

Le traitement a pour finalité de réaliser une thèse de médecine sur les représentations et attentes du personnel paramédical envers les internes en médecine.

Les mesures prévues pour respecter les principes fondamentaux de la protection de la vie privée et pour traiter les risques sur la vie privée des personnes concernées sont en effet jugées acceptables au regard de cet enjeu. La mise en œuvre des mesures complémentaires devra toutefois être démontrée, ainsi que l'amélioration continue du PIA.

Signature



Signé électroniquement par : Isabelle Klock-Fontanille  
Date de signature : 21/03/2023  
Qualité : Présidente de l'Université de Limoges





# RECRUTEMENT THESE

## Titre : Quelles sont les représentations et les attentes des personnels paramédicaux envers les internes en médecine

Bonjour,

Afin de réaliser ma thèse de médecine, je suis à la recherche de volontaires !

Des entretiens individuels seront organisés afin de recueillir vos réponses sur des questions données, aucune préparation n'est nécessaire, votre participation sera anonyme, nous avons juste besoin de vous !

Si vous souhaitez faire partie de cette expérience, **vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :**

[Franck.gomez.these@gmail.com](mailto:Franck.gomez.these@gmail.com)<sup>1</sup>

Merci d'avance de votre participation !

<sup>1</sup> Ces données seront utilisées par Franck Gomez afin qu'il puisse prendre contact avec vous et seront conservées pour une durée de deux ans maximum à compter de la date de soutenance de thèse. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit à la portabilité. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données par voie électronique : [dpd@unilim.fr](mailto:dpd@unilim.fr), ou par courrier postal à l'adresse de l'Université de Limoges.

## Formulaire pré entretien

Quelle est votre tranche d'âge :

20/30 30/40 40/50 50/60 60+

Etes-vous :

Une Femme un Homme Autre

Quelle est votre profession :

Infirmier(e) secrétaire aide-soignant(e) kinésithérapeute diététicien(ne) sage-femme pharmacien(ne)  
brancardier(e) diététicien(ne) manipulateur radio autre

Quel est votre secteur d'activité :

Hospitalier Ambulatoire

Quel est votre nombre d'années d'expérience avec les internes :

1 an 2 à 5 ans + de 5 ans

## Guide d'entretien :

- 1- Dans quelles situations travaillez-vous avec des internes ?
- 2- Comment décririez-vous un interne en stage ?
- 3- En quoi la communication concernant un patient est-elle différente entre un interne et un médecin senior ?
- 4- Pour vous qu'est-ce qu'un « mauvais interne » ?
- 5- A l'inverse, qu'est-ce qu'un « bon interne » ?

## Université de Limoges

### Autorisation de réalisation et d'utilisation enregistrements sonores

Ce document est destiné à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de la captation, l'exploitation et l'utilisation d'enregistrement sonores de personnes majeures, quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre des finalités spécifiés ci-dessous

#### 1- Finalités de la réalisation et de l'utilisation d'enregistrements sonores :

Réalisation d'une thèse d'exercice.

Transcription sous forme de Verbatim puis codage des données.

#### 2- Mode d'exploitation

Précisez dans le tableau ci-dessous quels seront les supports d'enregistrement et/ou de diffusion (le cas échéant), la durée de conservation (à déterminer en fonction de la finalité) et l'étendue de la diffusion (quels en seront les destinataires).

Autorisation*	Support	Durée de conservation	Étendue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Téléphone portable	Jusqu'à soutenance de la thèse	Aucune diffusion : usage personnel étudiant et maitre de thèse
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

#### \*Autorisation

Je soussigné(e) (Nom / Prénoms) :

Autorise la captation de ma voix et l'utilisation qui en sera faite

Date :

Signature :

J'ai compris quelles sont les finalités et l'étendue de cette diffusion. Je reconnais être entièrement investi(e) de mes droits personnels. Je reconnais expressément n'être lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de ma voix. Cette cession de droit ne me permettra de prétendre à aucune rémunération. **Cette autorisation exclut toute autre utilisation et diffusion de l'enregistrement sonore.**

### **Pour exercer vos droits**

*Les données personnelles collectées sont utilisées à des fins de réalisation de thèse d'exercice. Elles sont utilisées par l'Université de Limoges et seront conservées jusqu'à soutenance de la thèse. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit d'opposition, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit à la portabilité.*

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données par voie électronique : [dpd@unilim.fr](mailto:dpd@unilim.fr), ou par courrier postal à l'adresse de l'Université de Limoges.*

## Annexe 6 : Grille d'analyse méthodologique selon les lignes directrices COREQ

### Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ?	Franck Gomez
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	IMG ayant réalisé 5 semestres d'internat
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne en stage de santé de la femme
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Un homme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

### Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Oui, pour certains
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien, parfois déjà travaillé ensemble
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

### Domaine 2 : conception de l'étude

#### Cadre théorique :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu

#### Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions / description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Bouche à oreille, en diversifiant les métiers
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par affiche de recrutement, ou par mail
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	19 participants

13	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun abandon
----	-------------------	---	---------------

**Contexte :**

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions / description</i>	<i>Réponse</i>
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Selon la préférence et la disponibilité des interviewés
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont présentées dans le tableau récapitulatif au chapitre « Résultats »

**Recueil des données :**

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions / description</i>	<i>Réponse</i>
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien fourni, testé sur un soignant proche puis au premier entretien.
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 22 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Pas de seuil de saturation recherché au vu de l'étude
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

### Domaine 3 : analyse et résultats

#### Analyse des données :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions / description</i>	<i>Réponse</i>
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule personne : l'enquêteur
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	N'VIVO ®
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

#### Rédaction :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions / description</i>	<i>Réponse</i>
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

## Annexe 7 : Retranscription entretien volontaire numéro 3

### Verbatim 3

M : Dans quelle situation travailles-tu avec des internes ?

S3 : dans quelles situations ? Bah dans mon exercice professionnel aux urgences pédiatriques depuis 16 ans

M : d'accord

S3 : interne de pédiatrie, de médecine générale et de chirurgie. Moi j'ai vu tous profils. Il y a différents niveaux de formation aussi. De petit tout jeune, petits piou piou tombés du nid et euh baroudeurs euh cowboy. En fonction des spécialités.

M : c'est-à-dire ?

S3 : Bha je m'en cache pas, je l'ai même dit l'autre jour les urgentistes ils ont un côté quand même un peu cowboy quand ils arrivent, avec un peu le pantalon avec la bande fluorescente, bon, mais après en fonction de comment, voilà, le stage évolue, ce côté cowboy passe. Fin j'ai deux trois qui resteront des cowboys et des mecs, c'est leur personnalité, peut-être... Cons. Non mais le dit pas ça par contre.

Ok euh voilà

Puis après le proto chir, puisque chir t'as je pense une espèce de melon, en tout cas, cette puissance de je sauve des vies ou, j'ai le pouvoir de réparer l'humain et du coup c'est vrai que certaines fois...

Mais maintenant peut être qu'un peu moins, parce que je pense les mentalités évoluent les générations évoluent et, dans ces services d'orthopédie, je pense hein souvent ce sont des internes de chir d'ortho et ils arrivent avec une aura qui se, autoproclamée peut être aussi et une attitude vis-à-vis des paramédicaux aussi, à moins bien nous considérer que ce qu'on peut observer maintenant. Je trouve que cette considération du paramédicale évolue un peu aussi je trouve.

M : Sur cette spécialité là ou...

S3 : Non je pense que c'est plutôt global et eux deux, urgentistes et chirurgiens. Mais après c'est normal hein c'est des mecs effectivement ils sauvent vraiment des vies euh sur le... tout de suite, sur la voie publique ou, le chirurgien oui faut qu'il, tout de suite réponde à l'urgence de, il y a un bras cassé, ou une amputation, quelque chose et, bha oui on peut le considérer comme un dieu. Parce que derrière il a vraiment, ou sauver notre intégrité physique ou notre vie donc euh je pense que, je sais pas, c'est des... espèces de cultures non dites dans ces formations-là qui fait qu'ils se sentent comme ça mais je pense que ça vient aussi peut être de la personnalité de la personne aussi, tu vois j'ai deux exemples a qui j'ai dit à ce semestre qui vient de se finir : toi t'as pas le profil pour être urgentiste, t'es trop gentil.

Dans sa manière de se présenter à nous dans sa manière d'échanger, de s'intéresser à ce qu'on faisait et tout ça et ouai, du coup c'est bien aussi de voir les profils qui évoluent et c'est pas que le mec un peu sûr de lui, je ne veux pas dire péjorativement mais qui a plus d'assurance que les deux profils auquel je pense.

M : d'accord, et du coup dans les deux autres spécialités qui ont été abordées, med G et pédiatrie ?

S3 : mais moi ma petite interne de pédiatrie j'ai vu tout de suite que c'était elle. J'ai dit t'as le look, fin t'as le look, tu dégages tellement de gentillesse que je savais que c'était toi l'interne de pédiatrie. Mais je pense parce que oui, il y a des spécialités qui nous collent à la peau et qui correspondent à notre, fin à leur peau, à ce qu'ils..., tu vois ce que je veux dire ?

M : ce serait plutôt l'humain qui va vers la spé, ou la spé qui transforme l'humain ?

S3 : j'en ai aucune idée, les deux peut-être ça dépend. Là j'ai pas de théories je me suis pas penché dessus. Je me suis pas penché dessus. Je sais pas parce que du coup le fameux interne auquel je pense. Je lui ai dit : comment ça se passe parce que là t'es gentil, tu, tu tu tu stress de rien, tu dégages pas de, de, d'attitude en tout cas, je lui dit : comment tu t'y retrouves est ce que tu te fais pas bouffer par les autres. Il me dit non mais j'aime trop ça en fait j'aime quand on est dans l'action du truc. Alors est ce que, je sais pas est ce que, non je pense que c'est à double sens. L'un attire l'autre.

M : et du coup au niveau professionnel, à quel moment, dans quelles situations on a ce travail avec les internes ? parce que le pro reste quand même assez vaste, à quel moment ?

S3 : oui, bah du coup nous comme on est en pédiatrie je pense que rapidement ils se rendent compte que sans nous qui avons l'habitude de l'approche, ils ne vont pas réussir à examiner l'enfant comme ils veulent ou ç faire le soin. Une suture si on est pas là pour cadrer avec tout ce qu'on sait faire de distraction, de connaissances de nos protocoles douleur, ils nous disent hein, ouai mais sans toi franchement heureusement que vous étiez là parce que, je ne savais pas faire, parce que bah oui effectivement heureusement que vous avez mis cette distraction en place et que j'ai pu faire mon point, s'il avait plus trop l'habitude d'en faire et la pédiatrie c'est Quand même hyper particulier, un visage tu, tu fais pas les sutures sur un visage d'une personne âgée ou adulte que sur un petit enfant de 18 mois parce que, avec tout ce qu'on veut derrière de séquelles esthétiques, donc euh. Je dis, je pense que ça peut se faire ou explicitement. Certains vont me dire d'emblée, j'ai peur j'aime pas la pédiatrie, parce que ça me fait peur, et à ce moment-là il faut que la relation elle parte directement en honnêteté donc nous derrière ou préfère ça que celui derrière qui va... bah faire, je sais faire et j'adapte le monde des adultes et puis du coup c'est la catastrophe donc euh... ou c'est fait explicitement d'emblée, ou on peut sentir le deviner ou après s'il y a une situation qui se passe mal et on va l'imposer. Dire non tu ne peux pas faire comme ça, mais pas devant la famille ou devant l'enfant, c'est une fois que le soin est fini on essaye de peut-être un peu euuuh... arrondir les angles et de suggérer derrière il faudrait que tu fasses comme ci comme ça pur qu'à la fin il faut plus du tout que ça se passe comme ça parce que il s'est passé ça, ça et ça et voilà pourquoi il faut qu'on fasse le soin dans telle approche la prochaine fois.

M : et ça c'est spécifique à toi ou tu penses que tes collègues ...

S3 : Non on est... moi j'ai effectivement cette fibre-là absolument mais on a cette culture-là dans ce service.

M : Ok, donc plus service dépendant que paramédical dépendant ?

S3 : ah oui mais parce qu'enfait euuuh, on a, c'était nous au départ qui avons suggéré de faire les cours aux internes à chaque début de semestre. On avait F. K. des auxiliaires de puéricultures et infirmiers pour leur dire voilà, préparation des biberons, si un parent pose de questions que vous soyez pas à, être un peu empêtré, pas savoir quoi répondre et être gênés. Il y avait le lavage des mains, il y avait, bah du coup, distraction euh comment est-ce que nous on fait vraiment cette approche du soin pour que, d'emblées vous vous preniez dans cette culture là, vous voyez que c'est nécessaire de le faire pour avoir la qualité du soin derrière.

Ça c'est vraiment né de nous, je dirai ça fait plus de 10 ans qu'on l'a fait. On l'a organisé un peu comme ça, puis après les chefs, infirmiers en ont eu vent, ont voulu mettre la main dessus donc c'est quand même organisé toujours, mais pour tous les internes de tout l'HME. Et c'est vrai que pour peu qu'il y en a qui soit en descente de garde, ils viennent pas, ils manquent l'info, ils ont pas compris l'importance de venir et du coup bah ça, ça manque un petit peu derrière, et puis maintenant ils sont quand même très nombreux. Là vous étiez 10 c'est beaucoup, on a commencé à 1 interne, puis 3, et maintenant 10 et je trouve que c'est beaucoup plus difficile pour nous de réussir à faire passer ce message à tous dans la globalité quand on doit faire ces soins-là. Ouai ça c'est une vraie complexité de nombre.

M : donc finalement l'augmentation du nombre d'interne vous ne le considérez pas comme une bonne chose ?

S3 : Je, je j'ai pas de, d'argument négatif parce que j'imagine que ça permet de mieux faire rouler les plannings et plus il y a de, certainement, des choses très positives dans les horaires décalées surtout le soir avec des afflux massifs, mais déjà nous on a plus de mal à les connaître. Pour peu qu'il y ait bah l'alternance avec la mater et chez nous, ou un autre service, ou un autre stage peu importe mais effectivement moitié moitié. Beh tu vois par exemple à la fin du dernier semestre, l'interne qui faisait moitié moitié je lui ai dit, mais ça peut pas être possible qu'à la fin de son stage, même s'il fait que 3 mois, on en arrive à dire, une réduction on va faire que sous Méopa. Tu vois, et pourtant on a insisté tout au long du truc et à un moment donné bah... du coup tu t'épuises parce que tu répètes la chose à 10 personnes, mais si la même première personne ne l'intègre pas, ou n'a pas compris pourquoi il fallait le faire, ouai ça ça complexifie vraiment nous, notre tâche. Parce que je pense qu'on s'en fait un, un devoir pour les enfants, que les internes agissent, dans leurs soins, comme nous on veut la qualité du soin. Je sais pas si ma phrase elle est claire. C'est vrai que...

Mais là être aussi nombreux, euh, encore en plus vous aviez les masques c'était difficile de vous reconnaître facilement, alors trois garçons c'est facile, mais toutes les filles euuuh là on a, c'est pareil, on a des tout nouveaux puis bah les externes maintenant, ils arrivent à la garde à midi et demi jusqu'à minuit donc c'est pleins de nouveaux en même temps donc on sait pas qui est qui. Donc euh... voilà. Est-ce qu'ils osent pas nous demander aussi des fois ? ils pensent qu'ils faut faire comme à l'adulte, je vais faire ma suture tout seul ou... et ... je sais pas. Et c'est vrai que du coup quand ils étaient trois ou quatre c'est plus facile de dire : bha écoute attend, je vais t'expliquer, là les soins vraiment en pédiatrie, t'y vas jamais tout seul en suture. Il faut forcément que t'ai un, ou un binôme en tout cas paramédical avec toi parce que tu verras ce sera nettement mieux. Euh... voilà.

Donc c'est... Je pense que le nombre va, là aux urgences pédiatriques, complexifie ça. Pouvoir déjà vous transmettre des infos, qu'elles restent et qu'elles soient du coup appliquées tout au long du stage.

M : d'accord. Et il y a d'autres moments hormis les prises en charge purement médicales, les gestes etc, ou il y a d'autres moments d'interactions avec l'interne ou des choses... ou ça reste très soin centré.

S3 : il y a eu je pense quand il y a eu moins d'interne je pense.

M : c'est-à-dire ?

S3 : je pense que les horaires n'étaient pas pareil non plus. Je vais par exemple te citer le stage ou il y avait \*\*\* \*\* bah du coup moi je me rappellerai toujours d'eux, je peux même te dire l'année le semestre, parce qu'ils étaient que trois et qu'entre eux il s'est créé aussi ça aussi je pense qu'il manque quand on est 10. Alors ou la sauce elle peut hyper bien prendre et... Ou bien être de parfaits inconnus entre guillemet jusqu' au bout. Et eux la mayo elle a pris hyper facilement entre eux et donc forcément

bha les discussions, autres euh professionnelles et personnelles se sont créées plus facilement. Voilà je suis allé à la thèse de \*\*\* beh des trois d'ailleurs. Donc euh... ouai et je pense que ça... ça a fait... en plus ils étaient tout le temps même horaire. Tu vois il y avait pas le décalé, celui qui fait 18h 23 h ils faisaient 8h 18h tous les jours tous les trois donc forcément ça permettait aussi de créer d'autres choses. Et de poser des questions sur beh comment vous faites, tel soin ou du perso. De discuter d'apprendre à se connaître aussi là, ouai, je, je, moi qui pourtant ait une très bonne mémoire, depuis qu'ils sont, vous vous êtes passés à 10 euh, bah a part oui, ceux qui vont te marquer parce que, ou j'ai un coup de cœur, ou on l'a croisé en tant qu'externe et il m'avait marqué et que d'emblé il vient se présenter et... voilà ça on va en revenir à ce sujet après. Mais je suis hyper hyper attachée... bah du coup ça montre qu'il va vraiment, il sait qu'on va être des partenaires, le fait de venir se présenter de dire bah moi je suis interne, je suis le nouvel interne et beh déjà ça veut dire, je pense que j'aurai besoin de vous à un moment donné et euh. Je sais maintenant à peu près qui vous êtes ou en tout cas je vais faire l'effort, de retenir vos prénoms pour venir vers vous. Donc euh..

M : et c'est pas systématique de...

S3 : alors, du coup, preuve que non. J'étais là mardi le jour de l'arrivée, ou la chef les a tous accueillis en même temps. Elle leur a bien dit vous vous présentez bien, parce qu'elle sait que ça me tient à cœur et pas que mais elle a raison. Vous vous présentez bien à tous les paramédicaux même si c'est 4 fois pendant les 15 prochains jours, c'est important, voilà qu'on apprenne à travailler ensemble, le soutien etc. Et ouai pour l'instant ça a pas été systématique. Du coup toi, la fois ou je m'étais un peu fâchée contre \*\*\* j'adore \*\*\* mais c'est : il me balance une press. Non mais Bonjour t'es qui, fin moi, j'ai pas aimé ça le contact de, je pense qu'il y a du stress de leur côté et c'est pas facile. Bah vous venez chez... bah oui vous venez chez nous très clairement euh mais en même temps c'est à nous aussi de vous montrer l'ouverture. J'ai essayé de faire aussi, sur euh, un précédent semestre et... mais c'est qu'on attend les deux. C'est-à-dire bonjour, UN bonjour, déjà, plutôt que : t'as du doliprane ? C'est ce qui s'est passé avant-hier pour une de mes collègues. Oui j'en ai mais bonjour, et tu es qui ?

Qu'on apprenne à se connaître. Moi je trouve là vraiment vu qu'ils sont très nombreux, ça c'est plus que primordia. Encore ils sont trois on aura le temps allé dans les prochains jours de se poser de rediscuter et tout mais là avec l'activité et le nombre qu'ils sont non. Il faut rapidement... Bha c'est du savoir-vivre je pense aussi. Ou c'est comment eux nous considèrent je ne sais pas. Peut-être... je sais pas. Je sais pas ce que les paramédicaux...

Je sais pas derrière ça je ne sais pas, est ce que c'est un manque de... je sais pas pour certains peut être encore dans la culture médicale, les paramédicaux sont... des gens qui font des tâches... à qui on donne des ordres à exécuter. Et pour mettre pris la tête avec l'un d'entre eux au précédent semestre, « je suis médecin tu me dois le respect » bah oui en même temps je lui ai parlé à la hauteur de ce qu'il m'a parlé aussi. Et du coup non ça peut pas passer le manque de respect dans un sens, bah il y a aucune raison que moi derrière, bah en tout cas je me suis défendu j'ai argumenté je, je, voilà. Moi je vois en tout cas l'évolution j'espère de notre métier commun. C'est qu'on réfléchit, nous aussi maintenant on fait de la recherche, on fait plus bêtement entre guillemet des actes. On y réfléchi depuis déjà des années. C'est pour ça qu'on a des beaux projets de recherche aussi, c'est parce qu'on dit pourquoi telle méthode elle marcherait plus qu'une autre ou pourquoi ce produit ferait moins mal pour enlever tel adhésif. Pourquoi pas créer une échelle de la peur pour les enfants. Et du coup ...

Parce qu'on a cette culture commune, c'est la personne qui est en central. C'est pas mon égo, je fais pas ça pour moi, je le fais pour les enfants, tout comme eux ils ont cet euh... en tout cas vision, j'espère du patient. Et donc c'est ce que j'espère en fait. Que du coup ce... ce point de vue, que certains ont encore peut être sur nous, évolue. Dans le sens ou, ouai c'est non seulement un partenaire parce que

j'en ai besoin pour mes soins parce qu'il sait vraiment comment fonctionne tel type de patient ou comment l'aborder etc. Et en même temps bah ouai mais il a des réflexions hyper intelligentes aussi, il se questionne et ça me questionne moi-même et peut être que dans ma pratique, je suis peut-être aussi des fois je fais de manière un peu automatique, certaines prescriptions ou certains gestes. Donc euh c'est comme ça que moi je le vois. J'espère.

M : c'est un changement assez récent ? et surtout est ce que tous les paramédicaux ont tendance à vouloir évoluer dans ce sens là où c'est quelque chose de très moderne ?

S3 : alors non, tous les paramed ne feront pas, moderne oui, tout le monde ne fera pas de la recherche mais en tout cas tout le monde se questionne sur ses pratiques. De se dire, là qu'est-ce que j'aurai pu améliorer, qu'est-ce qu'on aurait pu faire différemment pour ne pas en arriver à la contention d'enfant. Ou pourquoi là ça a mis tant de temps etc, donc tous les jours on se pose ces questions sur euh... ouai ça c'est vachement, tien ça a bien fonctionné parce qu'on a fait ça ça et ça. Ou là on aurait peut-être pu l'améliorer, on se questionne forcément. Fin je parle pour le service des urgences pédiatriques, mais j'imagine en tout cas qu'en tant que paramédical on a vraiment cette culture-là de la bonne qualité du soin qu'on propose ça notre publique donc forcément on se remet en question un peu tous les jours.

Mais dans cette culture un peu évolutive de la recherche et des IPA. Il y a plein d'autres cordes à notre arc qu'on rajoute et qui font un peu ce petit plus, cette plus-value pour dire, on n'est pas vos égaux mais on est des bons partenaires. Oui j'ai pas le droit de prescrire mais je sais faire la distraction, je sais faire plein d'autres choses qui, qui valent presque tout autant.

M : Et du coup comment tu décrirais un interne en stage ? quelle serait ta définition ?

S3 : Quelqu'un de paumé, qu'on lâche... j'ai l'impression, mon ressenti, que, fin en tout cas, je sais pas je parle vraiment pour le service, je sais pas si c'est pareil ailleurs, c'est peut-être même pire ailleurs. Qu'on vous lâche un peu dans la nature, et débrouillez-vous. Et puis j'ai l'impression oui du coup au final vous vous dites bah ma seule, fin ma seule ressource, ma vraie bonne ressource c'est peut-être bien mes paramédicaux qui vont pouvoir m'aider parce que peut être disponible plus que les seniors, je sais pas. En tout cas c'est vraiment, forcément t'arrive dans un nouveau stage on te dit faut tout recommencer. Nous aussi on recommence avec vous mais on reste sur place. Vous vous devez découvrir, bah les nouveaux professionnels, les locaux, le matériel, le public spécifique. Nouer des relations entre vous, avec les supérieurs et puis, et puis c'est vrai que si je compare avec les élèves infirmier, on les laissera jamais tout seul, c'est différent, mais une première fois, soin jamais fait jamais vu, y aller. On a cette culture de l'accompagnement parce qu'on sait que c'est un enfant, mais même chez les adultes, jamais le premier soin sur un enfant en fait, fin sur un patient. Donc euh ouai, j'ai l'impression que, il doit y avoir des états de stress énorme l'avant-veille et la veille de rentrer dans un nouveau stage. Et peut-être même encore plus fort en pédiatrie qui fait peut-être que du coup on va pas vers l'autre pour se présenter parce qu'on est en mode protection. C'est pour ça que je mets des guillemets sur l'éducation, c'est peut-être juste, il y a tellement ce stress de ; à quelle sauce on va être mangés, est ce qu'ils vont être gentils, comment ça va se passer, j'ai peur des enfants, j'aime pas les enfants et c'est un peu notre rôle, implicite, de leur faire aimer. C'est un peu une mission qui n'est pas écrite en lettre de feu mais que... parce que je te le dis depuis le début mais on a vraiment pour but que ça se passe hyper bien pour l'enfant. Donc autant dès le départ être : détend toi ça va aller, souffle. Par exemple pour une PL c'était \*\*\*\* et beh il était en train de projeter : c'est le même âge que ma petite nièce. Donc du coup j'ai dit attend, souffle, détends-toi, concentre-toi sur ton geste technique et dis-toi que nous on est là pour le « à côté » pour l'installation pour la douleur, pour tous les autres trucs. Donc je lui ai dit met des œillères et fais abstraction de c'est un bébé de tel âge mais plutôt, il

faut que je fasse mon choix technique et je sais qu'autour c'est géré, pour vraiment enlever le côté émotionnel. Mais ça tu l'as pas quand c'est ton senior qui t'explique. Comment faire il va te dire la technique le truc c'est comme ça tu désinfectes tu repères tes reliefs et tout, nous on va avoir ce à côté je trouve plus, d'encadrement, de rassurer tout le monde. Effectivement s'il y en a un qui est stressé dans la triade soignant parent enfant, ça va tout faire dégringoler et au final c'est ce qu'il fait que le soin on se dit : qu'est-ce qu'on aurait pu mieux faire. C'est vrai que souvent voilà, pour des sutures, bah on dit appuis toi sur mon bras pour pas trembler, souffle tout va bien. Dans mon histoire je vais intégrer un truc positif pour faire comprendre à l'interne que c'est bien ce qu'il a fait etc. Mais je pense, c'est comme ça que moi je fonctionne, après on le fait pas de la même manière mais on a quand même cette envie de les rassurer. J'imagine que c'est une trouille atroce d'arriver à chaque fois tous les 6 mois, tu te mets en danger en fait. C'est comme ça que je vois cet interne qui se met en danger tous les 6 mois.

Qui doit remobiliser de nouvelles connaissances, compétences... une espèce de... de truc ressource. Fin je pense que c'est une énergie incroyable à déployer à chaque fois en fait. Donc c'est quelqu'un qui apprend mais qui arrive en insécurité et qui repart, ça me touche pratiquement tout le temps du coup ceux avec qui on travaille plus souvent parce qu'effectivement pour peu que bah moi je suis pas là le jour ou celui qui fait moitié moitié, bah oui il y en a un je l'ai vu je pense 5 fois dans tout le semestre. Et du coup c'est ça qui fait plaisir, c'est de dire : j'ai pas envie de partir je commence à être vraiment bien, et c'est frustrant mais même nous, c'est à chaque fois pareil. Quand on commence à vous connaître, à avoir cette culture ensemble et tout bah... bah bye bye et c'est là où il faut se remettre en danger ailleurs. Donc c'est ça ouai les mots clés.

M : donc quelqu'un en apprentissage complètement perdu ?

S3 : perdu, qui est en danger. Qui a tout à réapprendre à chaque fois. Après j'imagine que la chir ; il revient souvent en ortho et il retrouve, même si c'est pas par exemple le même hôpital, il va retrouver une certaine culture et il sait certainement que les chefs attendent certaines choses d'eux etc mais c'est vrai que quand par exemple la petite \*\*\* qui passe par pleins de services différents euh ouai ça... ouai c'est... c'est des gens... là ils étaient tous les, presque 10 beh on voyait qu'ils étaient pour la plupart très effrayés, impressionnés, c'est normal. Puis bon, après moi je trouve que \*\*\* les a très bien accueillis, c'est euh... voilà comment ça se passe chez nous, pour la plupart de vos situations, vous vous faites senioriser. C'est pas qu'on vous fais pas confiance, ne vous vexez pas, mais on est en pédiatrie, c'est vraiment différent, appuyez-vous les uns sur les autres. Les plâtres, si vous pouvez les faire quand vous voyez que les infirmières sont surchargées à perfuser, mais c'est pareil dans l'autre sens, si elles sont disponibles et beh on se prête main forte l'un l'autre. Je trouve qu'elle a vraiment amené quelque chose de plutôt bienveillant pour les rassurer et euh... c'est la première fois que j'assiste à un accueil commun ou le chef leur dit ce genre de message et j'ai trouvé ça plutôt bien. Après c'est la personnalité de chacun comme je t'ai dit, venir nous dire bonjour ou le stress mais... faut voir.

Mais c'est vrai que du coup ça fait tout de suite quelque chose de plus agressif de notre part quand c'est que mettre une botte de marche, oui bonjour mais d'abord qui es tu pour me demander la botte de marche ?

Tu vois ce que je veux dire ?

Mais je pense que c'est parce que, il faut qu'ils se débrouillent dans d'autre service, il faut toujours se débrouiller un peu tout seul à faire sa suture peut être aux urgs adulte et à gérer ci gérer ça et ils n'osent peut-être pas nous demander. C'est vrai que ce temps qu'on avait en tout début de semestre de leur dire : bah regardez c'est comme ça qu'il faut faire et vraiment vous demandez. Vous n'y allez

pas tout seul vous n'envoyez pas l'externe suturer tout seul. Ça on peut moins parce que... plus nombreux et beaucoup d'activité.

M : pour toi, en quoi la communication concernant un patient est-elle différente entre un interne et un médecin sénior ?

S3 : Ah. Soupir long... tout dépend du moment du stage peut-être. Si par exemple un patient qu'on va trier, en orange donc c'est un patient qu'il faut voir rapidement effectivement je vais peut-être plus facilement m'adresser à un médecin sénior parce que les mots clefs que je vais employer, ou en tout cas spécifique par rapport à si c'est un tout petit bébé, je sais qu'ils vont être perçus hyper rapidement plutôt que l'interne qui va peut-être le comparé avec son référentiel adulte et moins percevoir l'urgence de la chose. Après euh je dirai que j'ai fait pas mal formation avec euh ABC le quick look etc donc je me dis que, j'espère en tout cas, que les mots que j'emploie, doivent parler ou en tout cas les paramètres hémodynamiques doivent parler aussi bien à un interne qu'à un sénior. Après euh, non je sais pas, je pense pas m'adresser hyper différemment. Je pense que si c'est des situations hyper spécifiques euh ou de violence à l'enfant ou de trucs trop délicats je préfère voir directement le sénior qui va me connaître et qui va savoir sans que j'arrive trop à expliquer pourquoi je suis inquiète aussi. Parce que, parce qu'on se connaît depuis des années et que si je lui dis : il me plait pas celui-là, des fois j'ai pas besoin de finir ma phrase que, il va déjà être en train de l'examiner donc euh. Mais... non je pense que peu importer je, parce que je, je pense que j'ai ces signes précis que je leur dis et qui doivent normalement leur parler.

Après si, s'ils savent pas normalement ils vont voir le sénior ensuite. Ils vont commencer à l'examiner et ils savent pas après comment aborder la prise en charge, mais je pense pas les shunter non.

M : le premier interlocuteur est donc dépendant de la situation ?

S3 : ouai, après quand t'es en poste d'accueil par exemple et que t'appel au \*\*\* c'est pas souvent que t'as le sénior qui répond. C'est, il laisse à l'interne donc euh ou on lui dit passe-moi le sénior mais c'est plutôt très rare, sinon je lui explique la situation et il me dit bah attend... la je parle parce qu'on a évolué dans le stage et que, ils ont compris notre fonctionnement et certaines situations plutôt urgentes vraiment à installer à prendre en charge, perçues. Je sais pas, je me suis jamais posé cette question si euh... non je pense que si, que il faut qu'il y ait un médecin de disponible s'il faut aller le voir tout de suite, voilà je t'explique pourquoi je suis inquiète, va le voir. Et après bon beh s'il fallait mettre l'oxygène j'aurai déjà au moins commencé certains trucs et tout, mais s'il sait pas au moins j'ai un interlocuteur médical qui peut avoir déjà un œil différent du mien et plus poussé.

Mais oui peut être après des situations ^plus particulières ou je sens que ça va être du déchoquage ça va être tout de suite un sénior. Mais parce que je pense j'ai cette expérience aussi qui a pu peut-être me permettre... est ce que je le fais inconsciemment...

M : donc ça c'est en termes de communication entre paramed et médecin, est ce qu'entre médecin interne sénior et les patients il y a des différences qui sont vues par les paramed ou des choses qui se font ?

S3 : la question c'est comment est-ce qu'ils s'adressent aux parents ? est ce qu'il y a une différence ?

M : est ce qu'il y a une différence de communication au niveau médecin et patients, quels seraient les différences entre un sénior et un interne dans la relation médecin patient.

S3 : La confiance en ce qu'ils disent. Les conseils aux parents. C'est-à-dire que bah oui mais s'il sait pas trop quel lait faut mettre pour l'épaissir et tout ça beh ton message, je pense passera moins bien et

sera moins perçus comme convaincant par le parent que celui qui est pédiatre qui connaît parfaitement et qui va te dire : bon bah la OK vous avez fait 36 laits différents, on se pose on va repartir de 0, on va commencer par celui-ci parce ça ça et ça qui va faire sur le système digestif de votre bébé etc. Et s'ils ont pas ces petites subtilités là, tu peux être moins convaincant et ils partent des fois avec leurs ordonnances : ok on m'a dit de donner ça et ils sont peut-être un peu perdus les parents malgré tout.

Je pense qu'il y a quand même de la bonne volonté... c'est vrai qu'il faut s'exprimer et à l'enfant et aux parents en pédiatrie c'est vraiment particulier. Parfois on nous prend pour des bisounours on nous dit aaah il est mignon en pédiatrie mais il y a tout ça à gérer en fait, tous ces côtés. Et au final bah certains trucs, peut-être la traumatologie c'est plus facile de dire vous mettez de la vaseline vous désinfectez, on enlève les points mais des trucs vraiment plus de puériculture euh... Mais souvent certains quand même s'adressent à nous pour les laits, ils viennent voir, je pense à \*\*\* parce qu'elle est pointu dessus mais les auxiliaires de puéricultures sont quand même considérées comme personnes-ressources. C'est plutôt dans la conviction du message que je verrai une différence.

M : Est-ce qu'on a des différences d'accessibilités entre interne et médecine sénior, est ce que c'est plus facile d'aller vers l'un ou vers l'autre ?

S3 : ça peut dépendre du sénior. Après nos séniors des urgences sont plutôt très accessibles, c'est vrai que souvent tu vas les déranger pour un certificat médical qui n'a pas été fait 3 jours plus tôt ou pour rajouter euh... le certificat de présence du parent ou truc comme ça bah si l'interne il est présent bah c'est l'interne qui est gentil et qui va me le faire. Si effectivement le sénior il est occupé ailleurs bon... si c'est son patient je vais quand même aller insister mais euh... pfff... j'ai pas cette différence là parce que bah, moi ça fait... je porte les murs de ce service je pense donc ça... j'ai pas de gêne à lui dire fais-moi une ordonnance de ça, faut que t'aille au truc voir les parents peu importe si c'est l'interne ou le, le sénior euh... J'ai perdu le fil de mon...

Vous êtes accessibles. Je trouve.

Bah oui...

M : différemment d'un sénior ?

S3 : bah je vais le citer sans le citer... l'\*\*\*\* c'est compliqué d'aller lui demander un certificat qui ne le concerne pas. Donc oui s'il y a l'\*\*\* en question et que j'ai un petit interne qui a l'air hyper gentil. Est-ce que s'il te plaît tu pourras me faire l'Arrêt de travail pour la maman ? donc oui. Par ce que... parce que je sais pas

M : un peu plus accessible. Ça se ressent sure quels critères ?

S3 : longue réflexion

On peut tout vous demander (rire gêné)

M : c'est-à-dire

S3 : je sais pas

M : qu'est ce qui fait cette différence de, on peut tout demander à un interne mais pas à un sénior ?

S3 : Peut-être parce que vous êtes là pour être dérangé. C'est... je sais pas, mais comme nous on est là pour être dérangés. Euh... pour tout. Je pense qu'on est un peu dans la même barque c'est ce qui fait que moi je suis dans la merde mais du coup toi aussi tu l'es avec moi. Et puis on va se soutenir s'il te

plait, je te fais ça et tu me fais mon ordonnance. Fin c'est du prêté pour du rendu sans se le dire, mais je t'ai rendu service l'autre fois, rends moi service.

M : c'est pas le même jeu avec un médecin sénior ?

S3 : je pense pas non... Et ça dépend, ceux de chez moi ça me fera pas... fin du service j'irai voir \*\* ou \*\*\* fais moi l'ordonnance il y a cette maman qui est dans le couloir est ce que tu veux bien s'il te plait... c'est pas pareil. Des médecins de garde, qui ne sont pas du service, des pédiatres, j'irai moins facilement oui

M : qu'est ce qui fait cette différence, le statut, la façon d'être ?

S3 : la façon d'être. Plutôt froid

M : Donc imaginons un interne qui 6 mois plus tard passe sénior, il y a une différence notable sur l'année ? qu'est ce qui change ?

S3 : Non parce que vu qu'on l'aura éduqué à... coucouné porté bah non. Tu vois \*\*\* qui était interne et là chef, je l'ai embêté pleins de fois parce ce que je sais que c'est une fille gentille en fait. Il y a sa personnalité aussi qui fait que. J'ai peut-être exagéré d'ailleurs sur deux trois petits trucs, est ce que tu peux me faire tel truc est ce que tu peux aller voir tel patient au PAO2 s'il te plait. Parce que... mais parce que aussi justement parce qu'on les a vu grandir les internes de pédiatrie, ça fait 4 ans, ils sont passés en stage, ils sont passés en garde, bon. Il y a cette relation un peu semi professionnelle ou amicale qui fait qu'on peut peut-être aller plus facilement vers eux. Les autres chefs, pédiatres je ne les ai que connus ou j'étais étudiante ou jeune arrivée ils étaient déjà là depuis des années donc j'ai pas cette même facilité peut être d'aller demander un petit service qui va les couper dans ce qu'ils sont en train de faire.

M : donc un sénior de première année qui n'est pas passé en temps qu'interne ce sera plus difficile qu'un sénior plus vieux mais qui est connu ?

S3 ça dépend : Mme \*\*\* je pourrai je pense lui demander n'importe quoi. Le problème c'est que, c'est vraiment plutôt la personne dépendante. Parce que les deux personnes que je pense \*\*\* et \*\*\* euh... parce que tu sais qu'on va te renvoyer chier en fait. C'est leur personnalité ils sont dans cette vieille culture comme je mettais tout à l'heure des anciens urgentistes ou des anciens chir ortho etc, de... j'ai pas envie qu'on me fasse chier pour rien. Pas envie qu'on me dérange pour rien. Et donc du coup c'est peut-être pour ça que... que ouai il y a cette espèce de barrière qu'ils mettent aussi. Moi je veux pas aller spontanément discuter avec eux de tels patients qui est venu l'autre jour et qu'on a diagnostiqué tel truc. Parce que le contact donne pas envie en fait. Donc je pense que là pour le coup c'est plus de la personne individuelle que vraiment ce statut sénior parce que j'ai que ces deux exemples là finalement. Tu vois les chefs de chir euh... on peut maintenant, je trouve qu'ils sont plus accessibles, on peut leur demander... tu vois on a \*\*\* \*\*\* \*\* qui est maintenant professeur vient nous voir pour nous demander ce qu'on en pense, comment il a mal, les antalgiques, la température et tout ça donc il y a, je pense que c'est plus la personnalité. On a les deux séniors pédiatre auquel je pense. Mouai.

M : n'a fait le tour des différences internes sénior ?

S3 : ouai je pense.

M : pour toi du coup au vu de tout ça, qu'est ce qu'un mauvais interne ?

S3 : olalala elle est dure la question... un mauvais interne ?

Longue réflexion

Quelqu'un d'antipathique.

Avec les parents et l'enfant. Parce que c'est toujours ça. Fin les 25 000 fois mais c'est vraiment ça le cœur de notre truc. Ce qui fait qu'on déteste un interne, c'est parce que déjà eux ils nous parlent mal ils nous considèrent mal. On est bonnes qu'à ramasser le drap sal par terre, euh... ou aller faire voilà des petites basses besognes ou euh... celui qui va en avoir rien à faire de la prise en charge de la douleur de l'enfant, par exemple pour les soins qui va faire son truc en cowboy et donc forcément derrière il y a des parents qui sont outrés mais qui osent pas et nous on essaye de, rattraper comme on peut. Lala on chante et pour essayer que ça passe mieux donc euh. Un mauvais interne c'est plutôt euh... Que la communication finalement. Parce qu'après moi qui suis-je pour dire si, si ça peut être des prescriptions dangereuses parce qu'on peut avoir des fois à force savoir que tel médicament c'est plutôt tel dosage en fonction du poids etc et c'est essayer de dire attention, c'est pas comme ça. Mais il suffit qu'on nous écoute pas parce qu'on est mal considéré donc après faut qu'on passe au sénior dire : bah voilà il a... la prescription était mal faite et on m'a pas écouté. Donc il y a mauvais et mauvais dans deux sens. Celui qui est passé entre les gouttes et qui est vraiment mauvais en termes de risque pour la santé des gens, en termes de prescription. Dangereux. Et puis mauvais euh... je te dirai un truc après, et mauvais dans le sens, il nous parle mal il parle mal aux gens et donc j'en reviens à te dire : j'ai discuté avec un interne de \*\*\* qui est passé au comité éthique et je lui ai demandé : qu'est ce qui fait en tant que patient quand on passe de l'autre côté, qu'est ce qui fait que lui c'est quand même un bon médecin. C'est celui qui va prendre le temps de rester avec nous, de peut-être s'asseoir à hauteur, de nous considérer, considérer l'accompagnant, la personne ressource, de s'adresser à la personne malade, pas comme un teuteu mais vraiment pas en disant alors il fait quoi. Bha je parle pour mon \*\*\* souvent on s'adresse à moi parce qu'il est mal voyant comme s'(il était débile. Bha non en fait. Bah là c'est qu'il était hospitalisé et les médecins se sont à chaque fois bien adressés à lui et quand c'était à mon tour qu'il fallait poser des questions on avait chacun notre place. A juste titre et de prendre le temps, voilà il s'est assis à la chaise il s'intéressait vraiment, pas qu'à ses propres symptômes mais racontez moi qui vous êtes, comment est survenu etc etc. Du coup c'est celui que je lui disais, c'est marrant ta question parce que je trouve que c'est comme ça ma philosophie de me dire : il aura certainement, peut-être des compétences qui vont manquer parce qu'il est interne, mais qu'est ce qui va faire que c'est un bon médecin un bon interne ? je vais peut-être le reformuler en sens inverse. J'aime le positif :

M : c'est celle d'après

S3 : bha on répond en même temps.

C'est quelqu'un qui va considérer l'autre. Mais vraiment au sens le plus large possible et pas considérer que c'est la fracture du 8 mais que c'est K. 8 ans qui est cert au box 8 mais qui s'est fracturé son coude et qu'en plus il a très très peur d'aller au bloc opératoire. Et c'est ce qui va faire que les gens vont se rappeler de nous et que la fois d'après quand ils reviennent : ah bha oui vous étiez là et puis il y avait \*\*\* et a bah oui le docteur il était bien gentil aussi parce que c'est pas que vite vite. Je, même si des fois il faut faire vite sur certains trucs, sur certains trucs un peu particuliers il faut prendre le temps avec les gens, surtout dans l'urgence ou parfois il y a des choses comme ça qui te tombent un peu dessus. Prendre le temps de, prendre le temps de considérer l'autre, considération. C'est, ça c'est mon histoire de trouillomètre, c'est de me dire je prends le temps de m'intéresser à son ressenti. Pour moi c'est ce qui fait que c'est un bon médecin en fait.

M : donc un mauvais interne c'est quelqu'un sans considération sans empathie ?

S3 : ouai ! moi je suis hyper empathie donc forcément mon échelle elle est un peu biaisée. Mais oui quelqu'un qui va manquer de sensibilité, qui va en avoir rien à foutre de ce qu'on lui dit, ce qu'on lui conseil pour progresser lui tu vois.

Parce que derrière, oui il y a toujours cet enfant au milieu mais vous apprenez des choses, ça vous enrichit. Alors certes vous n'en reverrez peut-être pas beaucoup d'enfant dans votre carrière mais en médecine générale oui. C'est bien de savoir, de se dire tiens c'est vrai à l'HME on avait des bulles, je vais m'acheter un produit pour mon cabinet médical. Il y a rien de ridicule à ce que mon médecin traitant fasse des bulles. C'est ce qui va faire que mon médecin traitant il est génial. Qu'est-ce qui fait que j'aime \*\*\*\* bha parce que je le trouve génial ce type en fait. Cette approche qu'il a de l'humain c'est ça en fait. Je sais pas s'il est compétent en tant que médecin mais rien que ce côté médiatique, on en parle pas mais le côté hyper humain dans ce qu'il peut raconter euh, de choses, le respect du corps humain de l'autre. Moi j'ai vu deux trois postes mais maintenant je demande l'autorisation de : est-ce que tu m'autorises à soulever ton t shirt pour coller les électrodes pour l'ECG. Bah est ce que tu m'autorises à, bah c'est tout bête on le fait un peu instinctivement mais c'est ça en fait. C'est \*\*\* est un peu une référence pour moi du bon médecin, il est passé interne mais en tout cas de certaines valeurs que moi je partage.

S3 : qu'est-ce qu'un bon interne ?

M : on y a répondu pas mal. Ouai... ouai... C'est, c'est quelqu'un qui ouai qui... l'empathie je pense c'est un bon mot.

Je pense qu'il n'est pas réservé qu'aux paramédicaux. C'est vrai que nous on nous dit pendant les cours faut faire preuve d'empathie mais pas trop transposer. Mais en même temps si des fois t'as envie de prendre dans tes bras le parent qui est entrain de pleurer. Bah oui mais tant que je ramène pas ça trop longtemps chez moi je pense que cette distance c'est à moi de mettre le curseur au moment où il y a besoin en fait. D'être plus proche ou plus distante dans ma situation aussi donc euh... Ouai l'empathie

L'empathie va faire que les gens vont dire : ouai c'est un... il s'est soucié vraiment de ma situation et je n'étais pas un de plus dans sa terrible journée.

M : du coup dans le côté bon ou mauvais interne, la relation patient, la compétence, est ce qu'il y a d'autres aspects qui pourraient mettre un interne dans une de ces deux cases ?

S3 : La curiosité... mais je sais pas si je l'ai peut-être dit un peu à mi-mot mais la curiosité de s'intéresser. Oui c'est peut-être pas le stage qu'il a envie mais en fait je vais apprendre pleins de choses. La curiosité d'aller vers l'autre, vers ses pairs ou en tout cas vers les paramédicaux. C'est vrai qu'on a moins ces relations un peu personnelles à part certains....

On pouvait vraiment échanger sur divers choses parce que le fait d'être trop nombreux, l'activité, on a moins ce truc plus proche. Donc ouai la curiosité de l'autre.

Je trouve que l'être humain est hyper intéressant, hyper riche. Les cultures les religions et moi j'adore discuter avec... moi je me régale de ça et c'est, c'est du soin en fait. Je me dis ça se trouve els gens se disent, la puéricultrice était géniale parce que le gamin a qui on a fait le plâtre au csp, il est fier comme un pou parce qu'il est revenu nous le montrer dédicacé par les basketteurs. Bha c'est du soin, c'est la curiosité de l'autre. C'est à un moment donné, je reste soignant mais en étant un peu plus. Pas des amis, mais en étant humain. Malgré tout je pense que dans ce tourbillon qu'est maintenant la médecine et l'hôpital.

Empathie sympathie il faut les deux. Ouai il était sympathique mais un peu plus quoi. Parce que... Parce qu'il va avoir repérer... peut être que vous avez pas ce, moins, ce détail qu'on peut avoir des fois de tiens, il a, il a écrit réagit de telle manière ce monsieur quand j'ai dit tel mot. Et ça se trouve j'ai pointé un truc et je vais peut-être y retourner et aller creuser et après on vous alerte.

On a ce mini truc qui des fois va faire basculer la différence euh...

Ouai je pense qu'on a ce petit truc en plus mais qui du coup peut vous aider quand vous vous appuyez sur nous. Sur du non-dit, du non verbal, sur de la posture, sur du...

Vous êtes concentrés sur je donne mon ordonnance, j'explique les conseils au plâtre, les biberons. C'est important parce qu'effectivement vous avez ce message à passer, mais des fois ça peut passer vite. Donc nous on repasse derrière on réexplique on reprend quand on a le temps. Et des fois on peut voir qu'il y a un truc qui a chiffonné ou qu'il y a de plus profond que la petite problématique de départ.

Ouai il vous manquerait ça. Mais je sais pas en fait. C'est pas dans ce qu'on vous... nous on apprend. C'est de l'inné un peu en l'apprenant et vous avez... c'est méchant parce que je pense que certains l'ont mais c'est pas peut être aussi fluide ou instinctif que ce qu'on peut avoir ou ressentir.

M : tu parlais de posture, qu'est-ce que tu vois dans la posture d'un interne ?

S3 : je parlais plus de la posture du parent qui va montrer des choses.

La posture d'interne des fois, alors oui on peut en parler, de donner par exemple des conseils au porteur de plâtre en étant de trois quarts pas réellement en face. Et donner toutes les feuilles. Bah la ton gamin il vient d'avoir un cruro-pédieux ça lui bouleverse tout il a pas d'ascenseur, il va falloir le porter il a 8 ans. Bah nous on est là derrière pour donner les conseils un peu plus poussés sur la douche, faut faire comme ça, puis pour le couchage, puis l'habillage. Ce sont des questions qui se posent mais c'est normal que ce soit plutôt à nous qu'on demande mais c'est vrai que vous avez ce rôle un peu de conclusion. Et euh bah je vous donne l'arrêt de sport, je vous donne les conseils, je vous donne ça. Bim. Et ils reçoivent 10 feuilles souvent et je pense qu'ils arrivent à la maison et ils sont perdus et donc forcément il y a des infos qui se noient. Et je sais pas cette posture elle est pas faite sciemment je pense ça fait partie. On retrouve un peu chez tout le monde, c'est pas un interne qui fait plus ça qu'un autre. C'est ma conclusion donc ma conclusion c'est je vous donne tous les papiers de sorti et après c'est fini. Ouai ça va un peu plus loin. Réexpliquer vraiment les médicaments... voilà.

M : des choses à rajouter ?

S3 : c'est bon ?

Moi j'aime bien, je vais peut-être le dire. J'aime bien, quand il s'est présenté à moi, j'adore en fait vous faire aimer mon univers.

Tout comme avec les étudiants infirmiers, ce n'est peut-être pas la fibre de tout le monde mais je trouve ça génial de, de vous voir évoluer et d'être un peu tout fébrile sur la première suture et puis d'être après un peu plus en confiance parce qu'on sait qu'on est partenaire. Et là ce qu'il s'est passé au précédent semestre. Il y a eu pour la première fois les internes de chir qui sont venus au cours qu'on a fait de pédiatrie.

Et donc, pouvoir parler moi de la peur de l'enfant, de la distraction, de tout ce qu'on fait, la communication et beh pour le coup ça a été vraiment efficace parce que... ceux qui étaient ensuite pour faire les réductions des choses comme ça, nous ont vraiment laissé faire cette distraction et j'ai l'impression que c'est presque eux qui ont le mieux compris que peut être certains autres ceux qui

étaient à cheval maternité, chez nous. Ça fait plaisir ça évolue ça montre aussi, Mr \*\*\* les a forcés à y aller mais il a bien fait parce que derrière il y avait de bonnes questions qui s'étaient posées et à un moment ils avaient compris la, l'utilité de ce qu'on allait mettre en place pour lui. Si le gamin est plus détendu forcément sa réduction il la faire dans des bonnes conditions et de douleur et de réduction dans le bon axe. Donc moi j'aime ça de se dire, quand on ressort, à c'était trop bien, t'as vu c'était génial et c'était drôle en plus, ce qu'on a inventé comme histoire et ce partage en fait. Je trouve c'est chouette de se dire, ils vont partir avec ce souvenir-là. En fait c'est chouette la pédiatrie, ils sont vraiment cool aux urgences pédiatriques. Ce n'est pas ce qu'on attend mais t'as envie de partager forcément... voilà mais nous aussi ça chaque fois on recommence on se remet à nu un peu pour... avec vous tous au fur et à mesure donc c'est chouette quand la mayonnaise prend bien. Elle prenait mieux quand ils étaient trois. Mais des fois quand c'était conflictuel c'était très compliqué. Et puis trois c'était difficile quand t'en a deux qui se liguent contre le troisième et que l'autre équipe et plutôt pour celui qui est un peu tout seul c'est... les relations étaient.... Il y a eu un seul semestre, mais il a été loooong et compliqué celui-là.

M : ce sera le mot de la fin ?

S3 compliqué ? NOOON

Moi j'ai de très bons... non mon mot de la fin j'ai eu de très nombreux coups de cœur.

Beaucoup d'urgentiste je peux te les citer : \*\*\*\*\*

Il y a un externe je me rappellerai toujours lui, il est arrivé Bonjour je m'appelle \*\*\* je suis le nouvel externe, et puis comment ça se passe etc. Bah forcément t'as envie de le prendre sous ton épaule, allé viens voir on va faire de super trucs ensembles donc ouai moi je, je, je, des gens qui m'ont marqué ultra positivement parce qu'il y avait ce côté, voilà, humain dans l'approche. Ce côté bon mais saint, en tout cas pour ma définition.

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

## Quelles sont les attentes et les représentations des personnels paramédicaux envers les internes en médecine ?

---

**Introduction** - Alors que notre vision des prises en soin évolue avec le souhait d'une approche pluridisciplinaire de plus en plus mise en avant, le nombre d'étude alliant personnel médical et personnel paramédical reste faible. Afin de mieux comprendre comment améliorer cette collaboration interprofessionnelle il est nécessaire de comprendre qu'elles sont les attentes des différents acteurs afin de mieux appréhender les améliorations potentielles. Que pensent les paramédicaux des internes en médecine ?

**Méthode** - L'objectif de cette étude était de décrire les attentes et les représentations des paramédicaux en contact avec les internes en médecine. Une étude qualitative inspirée de l'approche phénoménologique interprétative a été réalisée. L'échantillonnage au sein de cette population était homogène et ciblé sur l'ensemble des paramédicaux en contact avec les internes. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien.

**Résultats** – 19 entretiens ont été menés. Le phénomène retrouvé montre que les paramédicaux ont une définition claire de l'interne, en totale ambivalence entre son statut d'étudiant et de médecin avec lequel il jongle en permanence. Les compétences de l'interne lui permettent de répondre en partie aux attentes des services, mais il a besoin d'apprendre et d'évoluer pour atteindre le niveau de ses maîtres de stage. Afin d'améliorer les relations interprofessionnelles, les soignants attendent d'un interne une implication dans leur travail, et dans leurs équipes. La communication reste l'élément principal de toutes les attentes. Elle est cependant soumise à de nombreux freins, souvent évitables.

**Discussion et conclusion** – Les internes sont appréciés et attendus dans les services, mais au-delà de leurs compétences médicales et d'un statut ambivalent, les compétences communicationnelles et l'intégration dans les équipes seraient à revoir. Un temps d'échange, au cours des études, entre médicaux et paramédicaux est évoqué pour faciliter cette compréhension de ces deux mondes en étroite collaboration. Notre étude montre les qualités qui sont recherchées et dresse un tableau détaillé des attentes chez un interne qui arrive dans un nouveau terrain de stage. Cette connaissance des attentes pourrait être un premier pas vers une facilitation de l'intégration dans les équipes de soin, souvent déjà en place depuis plusieurs années.

---

Mots-clés : Attentes et représentations, paramédicaux, internes, étude qualitative phénoménologique

**Introduction** - As our vision of the healthcare system evolves with the desire for an increasingly emphasized multidisciplinary approach, the number of studies combining medical and paramedical personnel remains low. To better understand how to improve this interprofessional collaboration, it is necessary to understand what the expectations of the different stakeholders are, so we can grasp potential adjustments. What do paramedics think of medical interns?

**Methodology** - The objective of this study was to describe the expectations and perceptions of paramedics in contact with medical interns. A qualitative study inspired by interpretative phenomenological approach was conducted. The sampling within this population was homogeneous and targeted all paramedics in contact with interns. Semi-structured individual interviews were conducted using an interview guide.

**Results** - 19 interviews were conducted. The phenomenon observed shows that paramedics have a clear definition of the medical intern, in complete ambivalence between their status as a student and as a doctor, with which they constantly juggle. The skills of the intern allow them to partially meet the expectations of the departments, but they need to learn and evolve to reach the level of the supervisors. In order to improve interprofessional relationships, healthcare providers expect from interns to be involved in their work and in their teams. Communication remains the main expectation from them. However, it is subject to numerous roadblocks, often avoidable.

**Discussion and conclusion** - Medical interns are appreciated and expected in the services, but beyond their medical skills and ambivalent status, their communication skills and their integration into their teams could be improved. A moment of exchange between medical and paramedical personnel, during the medical cursus, is mentioned as a solution to facilitate the understanding between these two closely collaborating worlds. Our study highlights the qualities that are being looked for and provides a detailed overview of the expectations for an intern entering a new clinical setting. This understanding of expectations could be a first step towards facilitating integration into healthcare teams, which are often already established for several years.

---

Key-words : expectations and perceptions, paramedics, interns, qualitative phenomenological study