



HAL
open science

Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement : enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine

Thibault Viard

► **To cite this version:**

Thibault Viard. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement : enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01202596

HAL Id: dumas-01202596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01202596v1>

Submitted on 21 Sep 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2015

Thèse n°101

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par VIARD Thibault,
né le 15 septembre 1984 à Paris,
le 10 septembre 2015

**Séniorisation aux urgences, autonomisation des
internes et juste distance d'encadrement :
enquête auprès des internes et des urgentistes
d'Aquitaine.**

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard Gay.....Président
Monsieur le Docteur Laurent Magot.....Rapporteur
Monsieur le Professeur André Quinton.....Juge
Madame la Docteur Magali Labadie.....Juge
Monsieur le Docteur Laurent Maillard.....Juge
Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire.....Juge
Monsieur le Docteur Yann Le Claire.....Juge
Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné.....Juge

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par VIARD Thibault,
né le 15 septembre 1984 à Paris,
le 10 septembre 2015

**Séniorisation aux urgences, autonomisation des
internes et juste distance d'encadrement :
enquête auprès des internes et des urgentistes
d'Aquitaine.**

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bernard Gay.....Président
Monsieur le Docteur Laurent Magot.....Rapporteur
Monsieur le Professeur André Quinton.....Juge
Madame la Docteur Magali Labadie.....Juge
Monsieur le Docteur Laurent Maillard.....Juge
Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire.....Juge
Monsieur le Docteur Yann Le Claire.....Juge
Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné.....Juge

Remerciements

à notre Président, Monsieur le Professeur Bernard Gay,

Professeur des Universités, Université de Bordeaux,

Professeur de Médecine Générale,

Directeur, Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux,

Docteur en Médecine,

Membre, Collège National des Généralistes Enseignants,

Médecin Généraliste à La Réole,

pour nous faire l'honneur de présider ce jury de thèse, et pour l'attention portée à ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

à notre Rapporteur, Monsieur le Docteur Laurent Magot,

Docteur en Médecine,

Maître de Conférence Associé, Département de Médecine Générale de l'Université de Bordeaux,

Membre du Conseil d'Administration, Collège des Généralistes Enseignants d'Aquitaine

Médecin Généraliste à Lons,

pour avoir accepté de juger ce travail et pour vos remarques utiles, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

à notre Directeur, Monsieur le Docteur Cédric Gil-Jardiné,

Docteur en Médecine,

Praticien Hospitalier Contractuel, Unité des Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux-Pellegrin,

pour avoir accepté de diriger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Remerciements

A nos Juges, Monsieur le Professeur André Quinton, Madame la Docteur Magali Labadie, Monsieur le Docteur Laurent Maillard, Monsieur le Docteur Guillaume Valdenaire, et Monsieur le Docteur Yann Le Claire,

Professeur André Quinton,

Professeur des Universités, Université de Bordeaux,
Professeur de Pédagogie Médicale, Université de Bordeaux,
Docteur en Médecine,
Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Docteur Magali Labadie,

Docteur en Médecine,
Chef de service, Centre Antipoison et de Toxicovigilance du Centre Hospitalier
Universitaire de Bordeaux-Pellegrin,
Praticien Hospitalier, Centre Antipoison et de Toxicovigilance du Centre Hospitalier
Universitaire de Bordeaux-Pellegrin,
Présidente, Société de Toxicologie Clinique
Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Docteur Laurent Maillard,

Docteur en Médecine,
Chef de service, Urgences-SAMU-SMUR-Centre 15 du Centre Hospitalier d'Agen,
Responsable de l'Observatoire Régional des Urgences d'Aquitaine,
Praticien Hospitalier, Urgences-SAMU-SMUR-Centre 15 du Centre Hospitalier d'Agen,
Représentant du Lot-et-Garonne, Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Docteur Guillaume Valdenaire,

Docteur en Médecine,
Chef de service, Unité des Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire de
Bordeaux-Pellegrin,
Praticien Hospitalier, Unité des Urgences Adultes du Centre Hospitalier Universitaire
de Bordeaux-Pellegrin,
Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Docteur Yann Le Claire,

Docteur en Médecine,
Médecin Titulaire, SOS Médecins Bordeaux,
Médecin-Coordonnateur, Réseau Respiratoire d'Aquitaine - AquiRespi,
Chargé d'Enseignement, Office National de Recherche et d'Enseignement en
Kinésithérapie – ONREK,
Président, Association Don du souffle,
Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance.

Remerciements

à mes parents, à mes trois frères et plus généralement à toute ma famille maternelle que j'aime de tout mon cœur,

à Laure, qui m'a épaulé durant ces dernières années d'internat, et m'a supporté pendant mes DU, DIU, DES, DESC, congrès, mémoires, thèse...

à mes amis les plus chers, Aude, Jean, Charles, Charly, Raph, Beber, Isma, Yann et tous les autres, pour tous ces bons moments partagés et pour ceux à venir, et à Philippe d'ULM Evasion pour m'avoir donné un peu de hauteur quand il le fallait,

à Sarah, Guillaume, Amaury, Raph, Gauthier, Rodolphe, Alex, pour ces collaborations fructueuses en PCEMI, pendant l'externat, ou pour l'ECN,

à mes frères et sœurs béninois dont la confiance et les prières auront été déterminants dans ma réussite, et qui n'ont jamais quitté mes pensées,

aux SMURistes de St Germain en Laye avec lesquels j'ai passé d'excellents moments, qui m'ont très tôt fait confiance et donné de l'autonomie, et m'ont confirmé dans ma vocation,

aux Drs Zeghoudi et Hartley, dont les bons soins m'ont permis d'aller jusqu'au bout,

à toutes les équipes paramédicales, dont on ne mesure pas assez le dévouement envers les patients, et avec lesquelles je suis heureux et fier d'avoir travaillé,

à tous les médecins qui m'ont fait confiance, épaulé, parfois employé comme aide-opérateur, m'ont transmis leur sagesse, leur savoir, savoir-faire et savoir-être, qui par leurs conseils ou critiques m'ont fait avancer, mais aussi à ceux qui m'ont montré les exemples à ne pas suivre,

aux amis qui m'ont évité de me retrouver à la rue ou ruiné pour assister à mes formations à Bordeaux : Matthieu et Guillaume pour m'avoir permis de participer au DU de Médecine d'Urgence en acceptant d'avoir un colocataire aussi souvent alors qu'on se connaissait à peine ; Liesse et Glue pour leur bonne humeur et leur hospitalité sans faille, et à Yann (puis Lucie) pour avoir même baptisé la chambre d'amis « la chambre de Thib ».

à Coco pour son accueil et sa générosité lors de ce difficile semestre à Lesparre,

à Philippe Cassagne, médecin généraliste au grand cœur, et à son épouse Cati, pour avoir fait partie de leur famille pendant ce semestre à Pau,

à Laurent Maillard et au service des urgences d'Agen, qui me supportent encore...

à Magali Labadie, pour m'avoir sauvé mon DESC !

à Eric pour l'initiation à Rstudio et aux biostats que je croyais un peu trop poussées pour moi !

Abréviations

BO : burn-out, syndrome d'épuisement professionnel

CH : centre hospitalier

CHU : centre hospitalier universitaire

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaire

DMG : département de médecine générale

FG : focus group

HIA : hôpital inter-armées

IADE : infirmier anesthésiste diplômé d'Etat

IMG : interne de médecine générale

LATA : limitation ou arrêt des thérapeutiques actives

MG : médecine générale

MU : médecine d'urgence

LATA : limitation ou arrêt des thérapeutiques actives

NSP : ne se prononcent pas

PH : praticien hospitalier

SAU : service d'accueil des urgences

SAMU : service d'aide médicale urgente

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

TCEM 1, 2, 3 : 1ère, 2ème, 3ème années du troisième cycle d'études médicales

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

Table des Matières

TOME 1 :

A / INTRODUCTION.....	<u>p13</u>
A.I. Le Médecin Généraliste et l'urgence.....	14
A.II. La formation de l'Interne en Médecine Générale.....	14
A.III. La séniorisation aux urgences.....	15
A.IV. Réalité de la supervision aux urgences.....	16
A.V. Contrainte liée à la fréquentation des services d'urgences.....	16
A.VI. Étudier les pratiques et opinions.....	17
A.VII. Trouver la juste distance d'encadrement.....	17
B / MÉTHODES.....	<u>p20</u>
B.I. ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE PAR LA MÉTHODE DU FOCUS GROUP.....	<u>p21</u>
B.I.1 - Population	21
B.I.1.a) Critères d'inclusion.....	21
B.I.1.b) Critères d'exclusion	21
B.I.2 - Modalités du Focus Group.....	21
B.I.3 - Analyse et production des questionnaires.....	21
B.II. ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SÉNIORS.....	<u>p23</u>
B.II.1 - Critères d'inclusion.....	23
B.II.2 - Critères de non-inclusion	23
B.II.3 - Critères de jugement.....	23
B.II.4 - Questionnaire et analyse statistique.....	24
B.II.4.a) Questionnaire des internes.....	24
B.II.4.b) Questionnaire des urgentistes.....	24
C / RÉSULTATS.....	<u>p26</u>
C.I. RÉSULTATS DU FOCUS GROUP.....	<u>p27</u>
C.I.1 - Autonomie et autonomisation.....	27
C.I.2 - Liste des points de séniorisation.....	27
C.I.3 - Facteurs qui influenceraient l'encadrement.....	31
C.I.4 - Qualités de l'urgentiste.....	33
C.I.5 - Des manières différentes de sénioriser.....	34
C.I.6 - La responsabilité médicale.....	35
C.I.7 - Difficultés rencontrées par les internes.....	36
C.I.8 - Outils pédagogiques.....	37
C.I.9 - Synthèse des résultats du Focus Group.....	40
C.II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SENIORS.....	<u>p41</u>
C.II.1 - Description de la population d'étude.....	41
C.II.1.a) Internes.....	41
C.II.1.b) Urgentistes.....	43

C.II.2 - Critère de jugement principal.....	45
C.II.3 - Critères de jugement secondaires.....	45
C.II.4 - Autres résultats.....	49
C.II.4.a) Qualités des urgentistes nécessaires.....	49
C.II.4.b) Facteurs influençant l'encadrement	49
C.II.4.c) La responsabilité médicale.....	50
C.II.4.d) Difficultés rencontrées par les internes.....	52
C.II.4.e) Présence et utilité d'outils pédagogiques.....	52
C.II.5 - Facteurs associés à une vitesse d'autonomisation rapide.....	55
C.II.5.a) Analyse univariée.....	55
C.II.5.b) Analyse multivariée.....	57
D / DISCUSSION.....	<u>p59</u>
D.I. ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE PAR LA MÉTHODE DU FOCUS GROUP.....	<u>p60</u>
D.I.1 - Le choix de la méthode.....	62
D.II. ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SENIORS.....	<u>p63</u>
D.II.1 - Résultats principaux.....	63
D.II.2 - Évaluations des internes et des terrains de stage aux urgences en Aquitaine.....	64
D.II.3 - Place des internes, rôles des séniors, responsabilités.....	65
D.II.3.a) La problématique de la responsabilité.....	65
D.II.3.b) La séniorisation aux urgences.....	66
D.II.3.c) Le rôle de l'interne.....	67
D.II.4 - Pédagogie aux urgences.....	68
D.II.4.a) Cadre pédagogique aux urgences.....	68
D.II.4.b) Formation des superviseurs.....	69
D.II.4.c) Supervision et enseignement clinique.....	70
D.II.4.d) Le feedback, garant d'un apport pédagogique de qualité.....	71
D.II.4.e) La minute du superviseur.....	73
E / CONCLUSION.....	<u>p75</u>
BIBLIOGRAPHIE.....	<u>p77</u>
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	<u>p83</u>
ANNEXES.....	<u>p85</u>
Annexe 1 : guide d'entretien du Focus Group.....	86
Annexe 2 : Questionnaire à destination des internes.....	87
Annexe 3 : Questionnaire à destination des urgentistes.....	89
Annexe 4 : Verbatim du Focus Group.....	92
Annexe 5 : Grille du DMG pour l'évaluation des internes par les services.....	115
Annexe 6 : Grille du DMG pour l'évaluation des stages par les internes.....	116
Annexe 7 : exemple d'évaluations de stage compilées par le SIMGA.....	117
RÉSUMÉ en anglais.....	<u>p118</u>
RÉSUMÉ.....	<u>p120</u>

TOME 2 - CD-ROM : résultats des services d'urgences d'Aquitaine

24 – Dordogne

Résultats du CH Bergerac

Résultats du CH Perigueux

33 – Gironde

Résultats du CH Arcachon

Résultats du CH Blaye

Résultats du CHU Bordeaux Pellegrin

Résultats du CHU Bordeaux Saint-André

Résultats de l'HIA Bordeaux Robert Picqué

Résultats du CH Langon

Résultats de la Clinique de Lesparre

Résultats du CH Libourne

40 – Landes

Résultats du CH Dax

Résultats du CH Mont-de-Marsan

47 – Lot-et-Garonne

Résultats du CH Agen

Résultats du CH Marmande

Résultats du CH Villeneuve-s/Lot

64 – Pyrénées Atlantiques

Résultats du CH Bayonne

Résultats du CH Oloron-Ste-Marie

Résultats du CH Orthez

Résultats du CH Pau

Liste des Figures

Figure 1. Illustration du concept de « distance d'encadrement ». Exemple de profil de compétences de l'interne, et de profils d'encadrement.	17
Figure 2. Carte des services d'urgences d'Aquitaine accueillant des internes.....	22
Figure 3. Diagramme de flux concernant les internes inclus dans l'étude.....	40
Figure 4. Pourcentage de réponses des internes par centre hospitalier (effectif maximal estimé), et sur l'ensemble des réponses (n=207).....	41
Figure 5 : Semestre de réalisation du stage aux urgences (n=207).....	41
Figure 6 : Intérêt des internes pour la Médecine d'Urgence (n=206).....	42
Figure 7. Pourcentage de réponses des urgentistes par centre hospitalier, et sur l'ensemble des réponses (n=144).....	42
Figure 8. Age des urgentistes et durée de leur exercice aux urgences.....	43
Figure 9. Formation spécifique à l'urgence, parmi les urgentistes (n=141).....	43
Figure 10. Exercice différent des urgences, antérieur ou concomitant de l'activité aux urgences, d'après les séniors (n=140).....	44
Figure 11. Vitesse d'autonomisation des internes, perçue par les internes (n=207) et les séniors (n=144).....	44
Figure 12. Distance d'encadrement pour chaque aspect du travail des internes aux urgences.....	45
Figure 13. Présence, écoute et disponibilité des séniors, évaluées par les séniors et les internes.....	48
Figure 14. Les internes comblent-ils le manque d'urgentistes ?.....	49
Figure 15. Différence de séniorisation entre internes de garde et internes en stage aux urgences : avis des internes et des séniors.....	49
Figure 16. Clarté de la responsabilité médicale, d'après les internes et les séniors.....	50
Figure 17. Demandes de séniorisation sous-tendues par la question de la responsabilité médicale, d'après les internes et les séniors.....	50
Figure 18. Présence d'un nom de sénior sur les dossiers des patients, d'après les internes et les séniors.....	50
Figure 19. Avis des internes et des séniors concernant les difficultés rencontrées par les internes.....	51
Figure 20. Présence lors du stage de divers outils pédagogiques, et utilité d'après les internes et des séniors.....	52

Liste des Tableaux

Tableau I. Synthèse des thèmes et sous-thèmes retrouvés dans le FG.....	39
Tableau II. Distance d'encadrement pour chaque aspect du travail des internes aux urgences.....	45
Tableau III. Présence lors du stage de divers outils pédagogiques, et utilité d'après les internes et des séniors.....	52
Tableau IV. Analyse univariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.....	54
Tableau V. Analyse multivariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.....	56

A / INTRODUCTION

A.I. Le Médecin Généraliste et l'urgence

Au Vème siècle avant JC, Hippocrate invitait déjà ses pairs médecins à savoir faire face aux urgences, et leur proposait même d'avoir en permanence avec eux une trousse : « *il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter* ». Les mots d'Hippocrate sont toujours d'actualité. En qualité de médecin de proximité et de premier recours, parfois dans des localités très isolées, le Médecin Généraliste (MG) peut être confronté à des situations d'urgences au cabinet, en visite à domicile, ou même, en cas de péril imminent, en dehors de ses heures de travail, puisque toute personne a obligation de porter assistance et secours (1). Ce rôle extrêmement important est appelé à grandir, notamment avec la mise en place des médecins-correspondants du SAMU lorsque le délai d'intervention du SMUR est trop important (2).

A.II. La formation de l'Interne en Médecine Générale

Du rôle que le MG est appelé à jouer auprès de la population, découle sa formation, et le besoin est réel (3). Depuis 2004, la Médecine Générale est passée au rang de spécialité : après avoir passé l'Examen Classant National, les internes du DES de Médecine Générale suivent un internat de 3 ans associant formation théorique et 6 semestres de stages (4). La finalité de ces stages est de se confronter aux situations les plus diverses afin d'être capable, au terme de l'internat, de prendre en charge un patient quel que soit son motif de consultation. Cela ne veut pas dire que le généraliste doit être capable de gérer n'importe quel problème seul au cabinet, mais qu'il doit savoir orienter ou traiter ses patients correctement selon les problèmes qu'ils présentent et leur gravité.

De façon logique, outre les stages de médecine adulte hospitalière, de pédiatrie ou de gynécologie, et de médecine ambulatoire, chaque interne doit donc effectuer un semestre dans un service d'urgences. Cinq cent soixante-dix-huit internes sont inscrits en Médecine Générale à Bordeaux pour l'année universitaire 2012-2013. Ils devront tous réaliser un semestre aux urgences, et prendre des gardes pendant plusieurs semestres de leur internat. Les internes peuvent effectuer leur semestre aux urgences à n'importe quel moment de leurs 3 années d'internat. Leurs capacités, leur autonomie, leurs besoins et leurs attentes sont sûrement variés et évoluent tout au long de l'internat, mais ne sont pas réellement connus. De son enquête de 2004 en Lorraine, Kubek conclut que « *tout le monde s'accorde sur les bénéfices retirés de ce stage pour la confrontation aux activités d'urgence et la formation à la médecine générale* » (5).

A.III. La séniorisation aux urgences

Au XIXème siècle, alors que venaient de naître les sociétés d'ambulances et les sociétés de secours comme la Croix-Rouge qui transportaient des malades vers les hôpitaux, le Ministre de l'Intérieur déclarait en 1899 que l'admission en urgence « *restait, et devait rester, une exception* ». L'internat des hôpitaux de Paris avait été créé en 1802, et un tour de garde des internes avait été institué. La présence 24h/24 d'un interne permettait alors d'assurer les urgences intérieures, et éventuellement d'accueillir les quelques urgences à l'entrée de l'hôpital, où il disposait d'une trousse de secours. Mais l'interne était seul, sans sénior. C'est sous le gouvernement de Vichy que la présence d'internes jour et nuit au sein d'un poste de secours à l'entrée de chaque hôpital devient obligatoire, avec du matériel de réanimation, des pansements, de l'oxygène et du sang à leur disposition. Mais les internes officiaient toujours seuls.

Le terme « *service d'urgence des hôpitaux* » apparaît pour la première fois dans la circulaire du 13 août 1965. La loi hospitalière de décembre 1970 fait obligation aux hôpitaux d'accueillir les malades de jour comme de nuit, et c'est par la circulaire Veil le 29 janvier 1975 que sont officialisés les Services d'Accueil des Urgences avec à leur tête un chef de service. Les internes y prennent en charge et orientent les patients ; leur supervision, très inconstante, est principalement le fait des chirurgiens ou de réanimateurs.

Le premier rapport du Professeur Steg en 1989 pointait de nombreuses insuffisances des services d'urgences, notamment en terme de gestion, d'organisation ainsi qu'en formation des personnels (6). Une présence médicale constante et qualifiée est imposée par la circulaire du 14 mai 1991 (7), et en 1995, suite au deuxième rapport du professeur Steg (8) un décret rend obligatoire la présence permanente de médecins-séniors aux urgences : « *l'équipe médicale ne peut comprendre que des praticiens hospitaliers, des praticiens des hôpitaux, des assistants, des attachés, des médecins contractuels et des médecins vacataires* », qui sont donc forcément des médecins diplômés et thésés (9). La présence des séniors se concrétise alors petit à petit partout en France, même si les contours de leur rôle d'encadrement restent flous. Les pratiques sont assez différentes d'un hôpital à un autre, mais la supervision du travail des internes est globalement meilleure qu'avant. Le terme « séniorisation », est alors utilisé pour décrire la présence permanente de médecins-séniors aux urgences. Il signifie aujourd'hui l'encadrement, la supervision par les médecins-séniors, du travail des internes. Malgré nos recherches approfondies dans des bases de données ou des catalogues comme Refdoc, SUDOC, CISMeF, PubMed, BDSP, sur le site internet Légifrance, dans des revues ciblées

comme Pédagogie Médicale ou Exercer, ou sur des moteurs de recherche comme Google, nous n'avons trouvé aucune définition claire des termes « séniorisation » ou « supervision ». Au minimum, la séniorisation aux urgences implique qu'un urgentiste soit toujours présent et disponible aux urgences, et qu'il assure par sa supervision et ses vérifications éventuelles la sécurité des patients (10,11). L'interne apprend alors principalement par compagnonnage. Cette séniorisation peut aussi aller plus loin que de simples vérifications, et avoir pour but la progression des internes (12) au travers de discussions, d'analyse du déroulement de l'acte médical, des problèmes rencontrés, des compétences mises en œuvre, et des moyens de les améliorer, comme cela est déjà le cas dans d'autres stages, notamment en médecine de ville (13).

A.IV. Réalité de la supervision aux urgences

L'interne est déjà un médecin mais n'a ni soutenu sa thèse, ni effectué la totalité de ses 6 semestres d'internat, temps de compagnonnage et d'autonomisation en vue de son exercice futur en médecine générale, où il sera seul dans son cabinet. Paradoxalement, dans chaque établissement, de façon réglementaire, tout patient qui arrive aux urgences est censé être vu par un médecin-sénior. La réalité est différente, car il est difficile d'articuler à la fois cette supervision permanente, et le statut de l'interne qui agit à la fois par délégation et sous la responsabilité de l'urgentiste, tout en devant acquérir l'autonomie indispensable à son exercice futur. Dans le travail de Kubek, 81% des internes affirmaient que les dossiers n'étaient pas tous visés par un sénior (5). Il avait aussi déterminé que dans seulement la moitié des cas un sénior était toujours disponible pour superviser les internes, et 33% jugeaient cet encadrement insuffisant. Ce défaut d'encadrement est probablement multifactoriel. On imagine bien la difficulté que peut représenter la séniorisation des internes lorsqu'on sait que l'urgentiste n'a pas appris les bases de cet encadrement, ni été formé à la pédagogie. Même une séniorisation minimale par « mimétisme » est difficile à réaliser pour les nombreux urgentistes qui n'avaient pas bénéficié de séniorisation lorsqu'ils étaient internes. Dans ces conditions,, nous pouvons légitimement nous interroger sur l'apport pédagogique de l'encadrement qu'ils apportent.

A.V. Contrainte liée à la fréquentation des services d'urgences

La supervision réglementaire des internes, devoir déontologique et éthique vis-à-vis des patients (14) car garante de leur bonne santé, n'est pas facile à mettre en œuvre dans le contexte des urgences. La sollicitation des médecins et des internes aux urgences est

intense et participe à faire du travail aux urgences un des facteurs de risque majeurs de « burn-out » ou syndrome d'épuisement professionnel (15-17). Dans sa thèse, Lafontaine conclut que les séniors « *sont encore en nombre insuffisant pour revoir, physiquement, tous les patients qui se présentent au SAU et pour assurer leur rôle dans la formation des résidents* » (18). Depuis l'officialisation des services d'urgences en 1975, l'afflux de patients dans les services d'accueil des urgences ne fait que croître ; de marginale, l'hospitalisation des patients par le biais des urgences représente de nos jours environ un tiers des hospitalisations. D'après les chiffres de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), l'activité annuelle des services d'urgence est en constante augmentation : de 6 millions en 1990, les SAU ont reçu 10 millions de patients en 2000 et 18 millions en 2011. Mais les effectifs médicaux ne varient pas proportionnellement, le nombre d'internes à la hausse avec l'ouverture récente du *numerus clausus* semblant souvent ces dernières années la variable d'ajustement la plus importante. Mathématiquement, le temps consacré par le médecin sénior à l'encadrement des internes est donc plus difficile à dégager, la qualité de cette séniorisation en devient probablement plus aléatoire. Aux États-Unis, une revue de la littérature de Bernard et al. révèle que le manque de temps est un obstacle à l'encadrement (19).

A.VI. Étudier les pratiques et opinions

A propos de la médecine d'urgence, Williams estime que la formation est l'objectif du 21ème siècle (20). Elle estime par ailleurs qu'il serait intéressant « *de mener d'autres études sur les gardes et sur cette médecine d'urgence en pleine évolution de par sa spécialisation grandissante et la fréquentation sans cesse croissante des services d'accueil des urgences* » et qu'une « *meilleure connaissance des pratiques et des opinions des acteurs de ces gardes semble indispensable à leur évolution* » (20). Avec un nombre de séniors réduit, des internes plus nombreux et aux profils variés, et une charge de travail en augmentation permanente, le temps dédié à l'encadrement des internes devient difficile à dégager. Sans augmentation des effectifs, améliorer la séniorisation ne peut raisonnablement pas passer par l'augmentation du temps accordé à l'encadrement des internes. Nous nous sommes donc interrogés sur la pertinence de la séniorisation et sur les axes possibles d'amélioration.

A.VII. Trouver la juste distance d'encadrement

Des travaux ont constaté que les auto-évaluations des compétences cliniques des

étudiants en médecine (21,22) ou même des médecins (23) ne correspondent pas aux évaluations externes. D'autres ont remarqué que l'association d'une évaluation extérieure de l'enseignement clinique à l'autoévaluation du superviseur était d'un apport majeur (24). En revanche aucun travail n'a étudié la pertinence de l'autoévaluation des superviseurs concernant l'encadrement qu'ils apportent aux urgences. Les critères d'évaluation des stages font que l'adéquation de la supervision aux besoins des internes n'est jamais évaluée et que les urgentistes n'ont aucun « feedback » sur leur séniorisation. Nous avons donc envisagé la séniorisation en terme de « distance d'encadrement » (Fig.1) : lorsque l'encadrement apporté aux internes n'est ni trop distant (Fig.1B) ni trop proche (Fig.D) mais répond parfaitement à leurs attentes et besoins, la distance d'encadrement est jugée adaptée (Fig.1C).

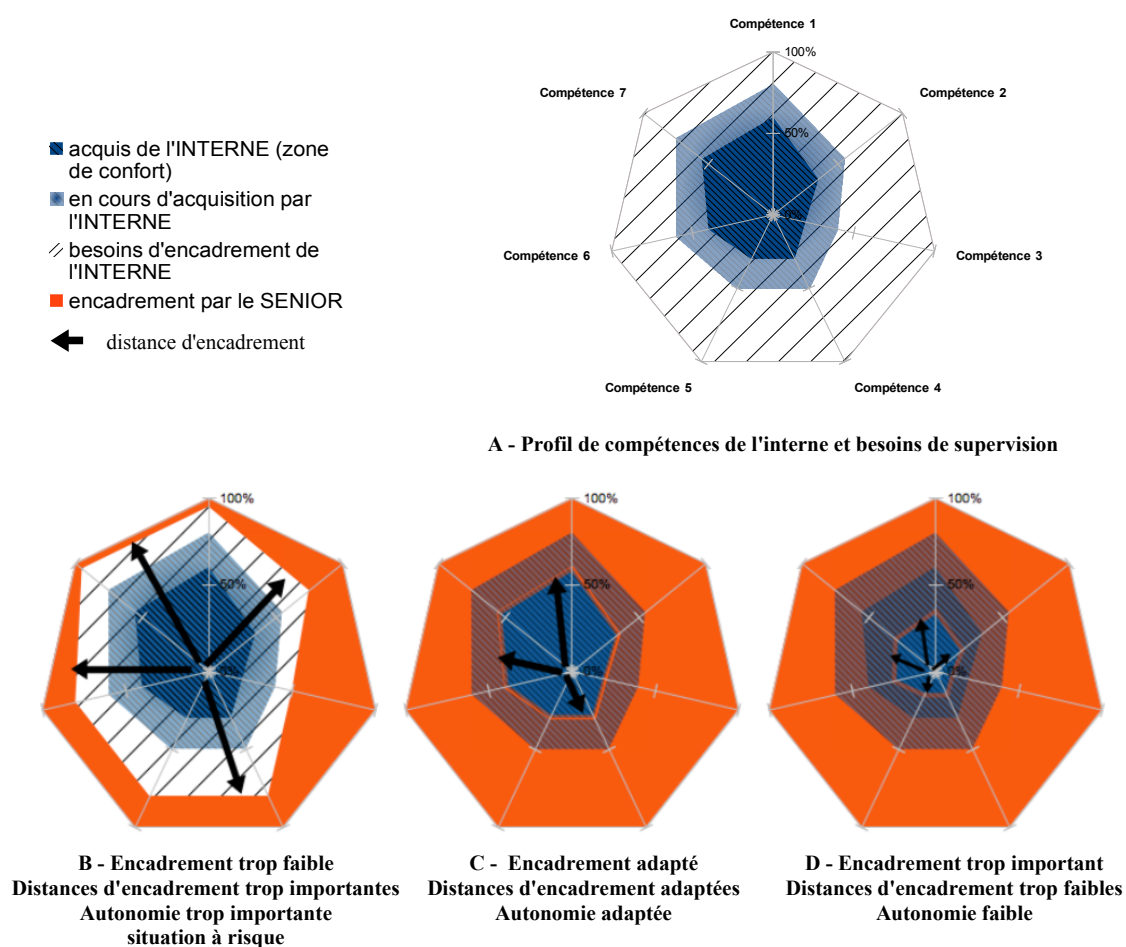


Figure 1. Illustration du concept de « distance d'encadrement ». Exemple de profil de compétences de l'interne, et de profils d'encadrement.

Le mot « autonomie » vient de grec « *nomos* » : la règle, la loi, et « *autos* » : soi-même. Il s'agit de la capacité à se gérer soi-même, l'indépendance. L'autonomie laissée à un interne devrait -en principe, bien que cela ne soit pas toujours le cas- correspondre uniquement à sa « zone de confort » (Fig 1C). Le travail qu'il effectue auprès des patients en dehors de cette zone représente des apprentissages et nécessite donc une

supervision. L'autonomie à un moment donné du stage serait en quelque sorte la résultante à ce même instant de la distance d'encadrement sur chacune des tâches des internes. Et l'autonomisation serait l'évolution tout au long du stage de cette dimension dynamique qu'est l'autonomie. On retrouve d'ailleurs cette même dynamique lors du stage chez le praticien en médecine générale : l'acquisition de l'autonomie se déroule en trois phases : phase d'observation active initiale, puis mise en situation professionnelle en supervision directe, puis mise en autonomie en supervision indirecte (25).

Lorsque l'autonomie est trop grande, ou que l'autonomisation paraît trop rapide à l'interne, la sécurité des patients qu'il prend en charge n'est probablement plus assurée.

Ainsi en Aquitaine, existe-t'il une différence d'évaluation entre urgentistes et internes de médecine générale, à propos de la vitesse d'autonomisation des internes en stage aux urgences ? Nous faisons l'hypothèse d'une évaluation plus optimiste de la part des urgentistes, à l'origine d'une différence significative entre les évaluations des séniors et celles des internes. L'objectif de notre étude est de déterminer si l'auto-évaluation des internes est différente de l'évaluation des urgentistes à propos de la vitesse d'autonomisation des internes. Les objectifs secondaires sont de déterminer les différents aspects du travail de l'interne aux urgences, puis d'identifier les points précis pour lesquels la distance de séniorisation n'est pas adaptée, les facteurs associés à une vitesse d'autonomisation trop rapide, et enfin de vérifier la pertinence de certains outils pédagogiques.

***B* / MÉTHODES**

B.I. ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE PAR LA MÉTHODE DU FOCUS GROUP.

B.I.1 - Population

La population étudiée est issue de 2 groupes : les internes de médecine générale et les médecins urgentistes. Tous les invités au focus groupe étaient connus de mon directeur de thèse ou de moi-même. Des internes en médecine générale d'Aquitaine (tous semestres confondus), et des urgentistes d'Aquitaine ont été conviés au Focus Group et invité par divers biais : mailings, SMS, invitations via le réseau social Facebook, expliquant brièvement le contexte de ce travail, l'utilisation de la méthode du Focus Group, l'objectif de celui-ci, et la présence nécessaire d'internes et de seniors.

B.I.1.a) Critères d'inclusion

Première sous-population :

- Interne en médecine générale en Aquitaine, ou
- Médecin généraliste ayant terminé sa formation initiale dans l'année précédente en Aquitaine

Deuxième sous-population :

- Médecin urgentiste en Aquitaine

B.I.1.b) Critères d'exclusion

Première sous-population :

- Internes n'ayant pas encore réalisé son stage aux urgences, ou

Deuxième sous-population :

- Urgentiste n'étant pas amené à encadrer des internes

B.I.2 - Modalités du Focus Group

Le doctorant a rempli le rôle de modérateur lors de notre FG. Il s'appuyait sur un guide d'entretien (Annexe 1) qui a été réalisé au préalable avec la collaboration d'une diplômée en marketing connaissant la thématique des FG.

L'intégralité du FG a été enregistrée en audio et en vidéo sous 3 angles de vue différents pour assurer la plus grande exhaustivité possible concernant les propos et des interactions entre l'ensemble des participants dans toutes leurs composantes, avec l'accord des participants.

B.I.3 - Analyse et production des questionnaires

Le directeur de thèse et le doctorant ont réalisé l'étiquetage, de manière indépendante l'un de l'autre. Le codage, établi en tâchant de répondre aux exigences d'homogénéité,

d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence, telles que formulées par Berelson, est un codage ouvert, axial, parfois sélectif, et ses unités de codage sont issues d'un découpage sémantique. Les données ont été traitées de façon manuelle, les logiciels existants ne répondant pas aux contraintes de ce travail. Deux questionnaires ont été établis, directement issus des thèmes et sous-thèmes découverts : l'un pour les internes et l'autre pour les urgentistes. (Annexes 2-3)

B.II. ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SÉNIORS

Nous avons réalisé une enquête régionale transversale multicentrique observationnelle.

B.II.1 - Critères d'inclusion

Il s'agissait des internes de médecine générale en Aquitaine inscrits pour l'année 2012-2013, et des urgentistes travaillant dans un des 19 terrains de stage validant le stage aux urgences pour les internes de Médecine Générale d'Aquitaine :

en Dordogne (2 services) :

- Bergerac
- Périgueux

en Gironde (8 services) :

- Arcachon
- Blaye
- Bordeaux (x3)
- Langon
- Lesparre
- Libourne

dans les Landes (2 services) :

- Dax
- Mont-de-Marsan

dans le Lot-et-Garonne (3 services) :

- Agen
- Marmande
- Villeneuve-sur-Lot

en Pyrénées Atlantiques (4 services) :

- Bayonne
- Oloron-Sainte Marie
- Orthez
- Pau

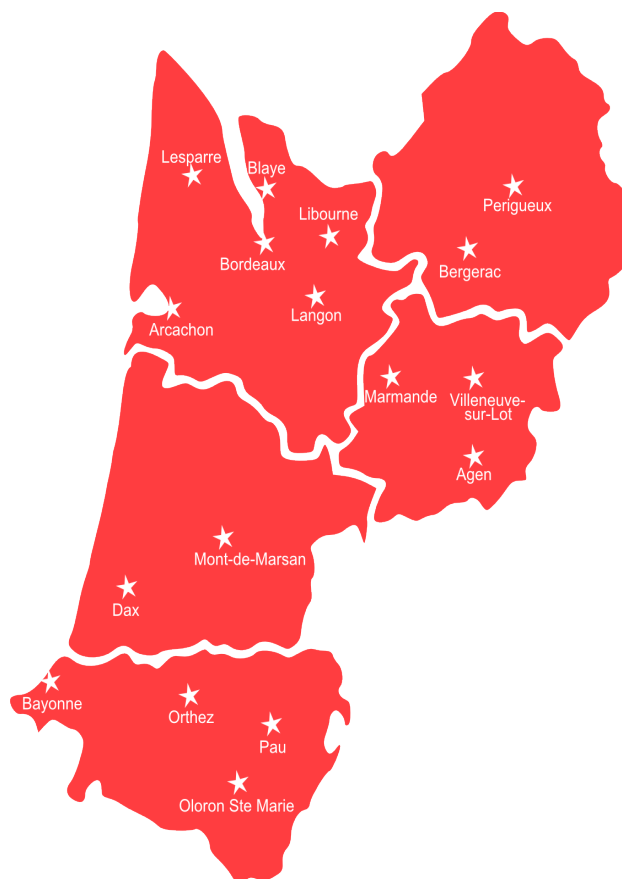


Figure 2. Carte des services d'urgences d'Aquitaine accueillant des internes.

B.II.2 - Critères de non-inclusion

Étaient exclus les internes qui n'avaient pas réalisé leur semestre aux urgences, ou qui l'avaient réalisé dans un stage spécialisé comme les urgences pédiatriques, cardiologiques, ou le SAMU. Les urgentistes étaient exclus en cas d'exercice hors Aquitaine, en l'absence d'activité de séniorisation d'interne, ou en cas de gardes en service spécialisé.

B.II.3 - Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la concordance des réponses des internes et des

séniors sur la vitesse d'autonomisation. Les critères de jugement secondaires étaient la concordance des réponses des internes et séniors sur la distance d'encadrement, dans ses détails.

B.II.4 - Questionnaire et analyse statistique

Un questionnaire a été adressé aux internes, un autre aux urgentistes (Annexes 2,3). La saisie des données a été faite sur Open Office Calc. Leur analyse a été effectuée grâce à Open Office Calc et R. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (\pm écart-type) et ont été comparées par le test de Student, les variables qualitatives ont été comparées grâce au test Chi², ou au test exact de Fisher en cas d'effectif trop faible. Parfois, lorsque les extrêmes de certaines variables à 5 modalités n'étaient que très faiblement représentées, nous les avons transformées en variables à 3 modalités. Par exemple, la modalité « trop rapide » a été intégrée à « rapide », la modalité « adaptée » est restée telle quelle, et la modalité « trop lente » a été fusionnée avec « lente ».

Nous avons créé la variable binaire « autonomisation rapide » à partir de l'item « vitesse d'autonomisation » de notre questionnaire. Une régression logistique uni- puis multivariée a été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à cette variable, et leurs odds-ratio (OR). Les variables dont le p était inférieur à 0,2 en univarié ont été intégrées au modèle de régression logistique multivariée. Les variables dont le p était supérieur à 0,05 ont été éliminées grâce à une approche pas-à-pas descendante.

Par ailleurs, les résultats de chacun des 19 centres hospitaliers ont été transmis aux services concernés (Tome 2). Devant les faibles effectifs pour chaque CH, aucune analyse statistique n'a été effectuée.

B.II.4.a) Questionnaire des internes

Le temps de passation de notre auto-questionnaire de 20 questions n'excédait pas 10 minutes. Il a été distribué sous forme papier (recto-verso A4) aux TCEM 1, 2, et 3 d'Aquitaine lors des choix de stages de médecine générale, à la fin du premier semestre de l'année académique 2013. Cela concernait 191 TCEM1, 216 TCEM2, et 171 TCEM3. Afin d'augmenter le taux de réponses, le questionnaire était remis à l'entrée de l'amphithéâtre avec une note explicative. Une présentation du questionnaire était systématiquement réalisée. Les questionnaires étaient recueillis à la sortie, et si l'étudiant n'en avait pas eu, un nouveau lui était proposé. Les internes étaient libres de ne pas répondre.

B.II.4.b) Questionnaire des urgentistes

La quasi-totalité des 19 chefs de service d'urgences d'Aquitaine accueillant des

internes de médecine générale a pu être contactée par téléphone pour une explication de la démarche, et l'accord pour la participation au questionnaire. Quelques données propres aux services étaient recueillies, comme le nombre de séniors travaillant dans le service, afin d'estimer l'effectif maximal théorique des urgentistes. Un courriel d'explication contenant le lien vers le questionnaire en ligne établi grâce à un formulaire Google était ensuite envoyé dans chaque service. Cet auto-questionnaire comportait 20 questions. Son temps de passation n'excédait pas 10 minutes. Après 2 à 3 relances par e-mail, et pour augmenter le taux de remplissage qui était alors encore insuffisant, le questionnaire a été ensuite adressé sous forme papier avec un mot explicatif pour chaque urgentiste, dans les 19 services d'Urgences.

C / RÉSULTATS

C.I. RÉSULTATS DU FOCUS GROUP

Le Focus Group s'est déroulé le 25 février 2013 au soir à Bordeaux. L'accent a été mis sur la convivialité, les invités pouvant profiter d'un buffet. La durée du Focus Group a été de 2 heures. Sur 38 internes en médecine générale d'Aquitaine invités au Focus Group, cinq internes ont participé. Trois urgentistes étaient présents, sur les 26 conviés au Focus Group. Huit grands thèmes ont été définis, avec lorsqu'il y en a, de 3 à 12 sous-thèmes (Tableau I). Pour chaque thème ou sous-thème retrouvé, un résumé est présenté, appuyé par une ou plusieurs citations en italique dans un encadré, extraites du verbatim complet du FG (Annexe 4). Dans ce verbatim sont notées entre parenthèse des précisions telles que le langage non verbal ou les réactions des autres participants. Enfin par souci d'anonymat, les prénoms des intervenants et les lieux ont été changés.

C.I.1 - Autonomie et autonomisation

L'autonomie est une notion évolutive dans le temps ; la distance d'encadrement est décidée à la fois par le sénior et par l'interne, à mesure que l'interne fait ses preuves, selon ses demandes, et la confiance que l'urgentiste lui attribue. Une vitesse d'autonomisation juste semble toutefois difficile à apprécier par certains seniors, et les internes sont donc parfois dans l'attente d'une autonomie que les seniors n'arrivent pas à leur donner.

Interne2 : « Maintenant au fur et à mesure tu as des chefs qui te disent : « si tu te sens de gérer de la petite traumato etc, si tu te sens de le gérer toute seule tu gères

toute seule. » Mais tu as des chefs qui jusqu'à la fin veulent que tu leur parles de tous les dossiers. »

Interne3 : Justement il y en a qui savent très bien déléguer, () qui savent, quand ils arrivent à te connaître : « OK je délègue » ; ils revoient pas tous tes patients, ils te connaissent, du coup « OK je te fais confiance », alors qu'à contrario t'as le chef chiant qui va systématiquement revoir tes patients alors qu'enfin voilà, forcément au début, il voit pas comment tu bosses, mais au bout d'un mois 2 mois, 3 mois, il continue à revoir tes patients, c'est un peu heu...

Interne3 : Enfin plus d'autonomie, au delà d'aller plus vite, c'est aussi d'avoir plus d'autonomie, et aussi de montrer que t'es capable de faire des choses pour qu'après on te laisse aussi faire des choses.

C.I.2 - Liste des points de séniorisation

Il semble nécessaire que le seniors et l'interne trouvent la juste distance de séniorisation sur les points suivants :

Évaluation de la gravité :

L'interne peut avoir besoin du sens clinique du sénior concernant l'évaluation de la gravité, la hiérarchisation des patients, la reconnaissance des patients graves.

Interne5 : *Il peut même aller faire un tour en salle d'accueil, ou dans la salle d'attente, tu vois les gars, machin, puis t'en vois un, lui, il a vraiment une sale gueule.*

- **Interne5** : *Attribuer une priorité, hiérarchiser la gravité. Là-dessus je pense que l'interne, selon son expérience...*

- **Sénior3** : *Sachant que si c'est grave, le médecin il y va.*

- **Interne5** : *Savoir en 3 secondes si y a un patient : tu vas le garder ou tu vas pas le garder.*

- **Interne4** : *Y a des endroits où il y a un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation)*

- **Interne3** : *D'une façon plus générale c'est vraiment l'évaluation de la gravité.*

- **Interne5** : *Du tac au tac, en 2 secondes.*

- **Sénior3** : *Oui c'est ça. La hiérarchisation des urgences.*

- **Interne5** : *C'est de dire, OK, certes, le bébé il pleure, mais bon, il a que ça, alors que l'autre il dit rien mais il est comme ça : (mime un enfant qui suffoque en silence)*

Interrogatoire du patient :

La séniorisation peut concerner parfois l'interrogatoire des patients.

Sénior3 : *Je me souviens j'étais aux urgences, c'était une jeune chef, elle voulait systématiquement revoir les patients, mais avec toi. Ça c'est horrible, avec tout l'interrogatoire, je perdais des plombes de temps.*

Examen clinique :

La séniorisation peut aussi concerner l'examen clinique des patients, qui peut être juste vérifié sur un point, ou parfois refait de façon plus exhaustive.

Sénior2 : *() et sur ta séniorisation tu vas un tout petit peu plus loin, c'est à dire que là où habituellement tu vas juste mettre la main sur le bide parce que l'histoire elle est un peu foirax et que bon, tu penses qu'il n'y a rien, mais bon, tu te dis que on sait jamais, bah là tu vas peut-être aller écouter un peu plus les poumons, écouter un peu plus le truc, enfin, parce que tu sens que c'est quelqu'un qui a peut-être juste besoin d'être rassuré, tu vois.*

Prescription d'examens complémentaires :

L'interne peut avoir besoin de séniorisation concernant la prescription d'examens complémentaires adaptés.

Interne5 : *Examens complémentaires ou abstention d'examens complémentaires.*

Sénior2 : *« A l'hôpital #3, les chefs ne voient pas tous les patients d'emblée... et puis quand t'as du monde... pour un scan tu passais le téléphone à un chef, t'étais*

à côté, et tu dictais... (mimes de Sénior2 - rires de tous) C'était catastrophique, dramatique, jusque parce qu'on veut pas parler à l'interne. »

Prescriptions thérapeutiques :

Les prescriptions thérapeutiques prennent une part importante du questionnement des internes et donc des demandes de séniorisation ; l'externat ne préparerait peut-être pas suffisamment à la pratique réelle.

Interne5 : *Oui c'est ça... le jour de l'internat t'apprends : pour telle pathologie tu dois faire ça et ça et ça. Mais on te dit pas à quel moment. Tu sais juste quelles sont les étapes thérapeutiques, mais on te dit pas trop « tu commences par ça, et seulement à ce moment-là tu feras ça ». Ça, le sénior il sait.*

Interne2 : *C'est con mais effectivement, même sur des trucs à l'internat où tu apprends : « tu mets les antibiotiques, tu mets les C3G », moi la première chose qui m'est arrivée quand je suis arrivée aux urgences c'est les infirmières qui te viennent te voir : « je le perfuse avec quoi ? » (prend un air perplexe)*

Sénior3 : *L'interne peut avoir à décider la dose de Lasilix : « combien ? 20, 40, 60 ? » des fois il se tâte à chaque étape... ou s'il y a une crise d'asthme, est-ce que j'ai bien fait ça ça ça ? Qu'est ce que je dois faire de plus ? Tu vois ? Moi je pense que c'est le rôle du sénior de dire bah nan il y a des trucs à faire, ou effectivement cette prescription... thérapeutique : oui bien sûr !*

Gestes techniques :

Les gestes techniques appellent un encadrement notamment lorsque le geste n'a jamais été réalisé par l'interne auparavant. La question de l'enseignement ou de la réalisation de gestes que l'interne de médecine générale n'aura à priori jamais à faire au cabinet se pose.

- **Interne2 :** *Les gestes techniques que tu n'as jamais, enfin que tu apprends, c'est con mais la première fois que tu fais des PL, des ponctions pleurales, que tu intubes, t'es bien content d'avoir un chef...*

- **Sénior1 :** *Après tu as des internes qui ne veulent pas apprendre à faire certains gestes techniques. Là actuellement on a des internes qui veulent pas du tout même intuber, pour elle « je suis interne de médecine gé, ça ne me concerne pas » elle te dit : « je ne vais jamais intuber » Après ça dépend des internes que tu as en face, des fois on a des difficultés. Ça se passe régulièrement bien mais après en fonction de la personne que tu as en face...*

Demandes d'avis spécialises :

La demande d'avis de spécialistes nécessite parfois l'intervention ou au moins la caution du sénior : pour discuter avec l'interne de la pertinence de la demande, vérifier que ce soit le bon moment dans la prise en charge, pour parfaire la synthèse que l'interne fera, ou pour que la demande ait plus de poids.

Interne5 : Avant d'appeler un spécialiste souvent tu demandes « là je pensais appeler le neuro, là je pensais appeler le machin » et il te dit « OK vas-y appelle-le ». Effectivement il te dit : « est-ce que tu as pensé à faire ça avant d'appeler le spé ? »

Interne2 : Moi je sais que ça m'est arrivé de faire des conneries tu vois, et bah je me suis fait allumer par un spé parce qu'elle m'a dit : « tu m'as mal présenté le patient », et bah j'ai mon chef qui est arrivé et qui lui a dit : « c'est de ma faute à moi parce qu'elle me l'a présenté à moi. Je lui ai dit, parce qu'il y avait tellement de monde, de t'appeler directement, mais c'est vrai que je lui ai pas posé cette question etc... » et au final ça fait plaisir parce que tu te dis pas après : « putain, il m'a laissé seule face au spé » je veux dire il a été derrière moi en disant « c'est de ma faute à moi en tant que sénior parce que sur ce dossier là je ne l'ai pas séniorisée comme elle aurait dû être séniorisée.

- **Interne2** : Les chefs () quand ils savaient que j'appelais par exemple le neurologue qui était un gros con, ils me disaient « laisse tomber je vais le faire » parce que voilà ils veulent pas mettre l'interne en porte-à-faux.
- **Interne5** : C'est la plus-value du sénior, il met en avant ce que tu veux dire.

Réflexion médicale :

Le sénior a aussi un rôle d'accompagnement de l'interne dans sa réflexion médicale.

Sénior2 : () quand je suis en journée j'essaie globalement de faire un point toutes les 1 à 2 heures suivant l'affluence et comment ça tourne, sur tous les patients qui sont dans les box, pour essayer d'accompagner sur la rotation, () de couper court à certaines réflexions car tu as l'interne qui est en train de se noyer dans sa propre réflexion parce qu'il pense à trop de trucs...

Orientation du patient :

Le sénior par son recul et son anticipation pourrait aider l'interne à trouver une orientation pour ses patients.

Sénior2 : En faisant le point régulièrement, tu arrives à savoir où tu en es, ta consultation elle dure 3 secondes et demie parce que tu as fait le point, t'as dit que sur Mme Machin 92 ans, elle on va devoir la garder et toi t'as déjà préparé ta filière. Globalement tu prépares ton terrain petit à petit et c'est vrai que l'étape finale de séniorisation, de : « je mets un point final au dossier », elle est rapide : sortie, hospit.

Relations avec les proches des patients :

Les internes identifient des situations particulières comme l'annonce de maladie grave ou de décès, où la présence voire l'intervention d'un sénior aux côtés de l'interne est parfois nécessaire dans le relationnel avec les familles des patients.

Interne5 : oui, annonce de décès, ou d'information à la famille grave autre que le décès : pronostic vital engagé... (approbation globale)

Interne4 : oui voilà. Tu vois, annonce de cancer aux urgences, c'est typiquement le genre de truc, c'est hyper fréquent : ça typiquement tu peux pas être tout seul interne, tu vois, même si c'est toi qui l'as trouvé, il faut qu'il y ait un mec avec toi qui ait plus de bouteille, les bons mots.

Interne5 : annonce de LATA en post-urgences, ou en UHCD, c'est tendu quand-même.

Relation à l'équipe paramédicale :

Les séniors peuvent aussi être amenés à jouer un rôle dans les relations des internes avec l'équipe paramédicale, agissant comme une caution de l'interne, justifiant parfois ses choix, ou allant en discuter avec l'interne en cas de désaccord, sans le décrédibiliser face à l'équipe paramédicale.

Interne2 : ce qui est bien à l'hôpital #2, je savais que même si des fois - même si souvent – ça peut arriver de faire des conneries, les infirmiers pas d'accord et tout, moi j'ai eu toujours le chef, alors à tort ou à raison, j'ai toujours eu le chef qui prenait mon parti... pas mon parti dans le sens « c'est l'interne contre l'infirmière », mais en disant « peut-être qu'elle a fait ça pour ça, pour telle raison » c'est à dire que devant les équipes paramédicales, qui sont quand-même très soudées, quand t'es jeune interne souvent ils te testent, tu vois, en te disant voilà etc, et quand t'as des équipes derrière toi, des équipes médicales qui disent : « bah non, c'est l'interne, elle a fait ça elle a demandé ça, il y a un moment où c'est aussi elle le médecin » Tu vois le fait de dire « c'est elle le médecin » c'est important parce que bah voilà, après les équipes infirmières te disent « même si l'interne a fait des conneries, il y a le chef derrière, le chef il pense qu'elle a raison » une assise d'un sénior, c'est pas négligeable et c'est important par rapport à l'équipe paramédicale, je pense.

Gestion du flux de patients :

L'interne gère son flux de patients mais cela dépend aussi du terrain de stage et de la politique de séniorisation : il peut facilement se laisser noyer s'il prend en charge trop de patients en même temps, et cela retentit sur le flux global de patients aux urgences.

Senior1 : Après le truc c'est de ne pas trop confier de dossiers à l'interne. Parce que plus on leur confie de dossier plus ils sont noyés dans les dossiers. A l'hôpital #2, les séniors ils voient les malades, on essaie que les internes voient 2-3 patients, qu'ils essaient de les ventiler d'abord avant de voir d'autres malades. Mais il y a certaines structures ils laissent l'interne aller en avant aller voir 50 dossiers et après il est noyé complètement dans les dossiers, il ne sait plus quoi gérer, et ça traîne.

C.I.3 - Facteurs qui influenceraient l'encadrement

Intérêt des internes pour la médecine d'urgence :

D'après les participants, l'intérêt élevé pour la médecine d'urgence est un facteur de demande d'autonomie plus grande d'après certains, mais ne dispense pas de

séniorisation.

***Sénior2** : () quand tu prends les internes globalement du DESC, ils sont tous en quête d'autonomie... c'est pas compliqué, c'est très simple : tu prends le mec qui est en DESC de médecine d'urgence aux urgences, celui le seul truc qu'il veut prouver c'est que de toute façon il peut se démerder tout seul.*

Manque de formation de l'urgentiste à l'encadrement des internes :

Les séniors et les internes regrettent que les urgentistes ne soient pas formés à leur rôle d'encadrement, d'enseignement, de pédagogie.

***Sénior3** : Tu peux rajouter que les séniors ne sont pas formés, c'est une qualité d'être prof..*

***Interne5** : C'est ça... les séniors ne sont pas formés à être enseignants... voilà, entre le mec qui va régler sa VNI, et le mec qui va te dire : « OK, comment tu ferais toi ? »*

***Sénior3** : Mine de rien c'est pas inné d'être pédagogue non plus quoi... moi je suis pas convaincue... enfin je sais pas si je suis bonne pédagogue ou pas ? J'essaie... mais tu sais pas si tu le fais bien. On est pas profs.*

Il est aussi mis en évidence la difficulté causée par le passage de l'internat à l'assistantat, où celui qui était interne la veille se retrouve le lendemain assistant, en charge de l'encadrement d'internes aux urgences.

*- **Sénior2** : Le mec qui est interne, il part de sa garde le 31 octobre, et il est sénior le 2 novembre, bah c'est ce mec-là qui le 31 octobre va vouloir un maximum de distance avec son sénior, et qui par contre le 2 novembre, il va être mort de trouille, et donc il va vouloir un maximum de proximité avec son interne.*
*- **Interne5** : Et donc on est sur un manque de formation des séniors. C'est ce qu'on dit : du jour au lendemain, tu deviens sénior, sans aucune autre forme de procès.*

Proximité des internes avec les urgentistes :

Une proximité particulière avec les séniors des urgences est soulignée par les internes, peut-être favorisée par un contexte de travail différent aux urgences, par rapport aux autres terrains de stage.

*- **Interne4** : () je n'ai jamais vu des séniors aussi sympas qu'aux urgences.*
*- **Interne5** : C'est vrai...*
*- **Interne3** : Plus proches des internes...*
*- **Interne5** : C'est sûr, on est tous dans la même merde...*

Des internes face au manque d'urgentistes :

Face à des flux importants de patients aux urgences, les internes des urgences complèteraient les effectifs médicaux.

Interne5 : Parfois tu as tellement de monde, c'est pas possible de tout sénioriser, l'interne fait partie des effectifs à part entière.

Différence de séniorisation entre interne de garde et interne en stage :

Les internes pensent qu'il existe une différence de relationnel avec les séniors, selon qu'il s'agisse des internes en stage aux urgences ou des internes en stage dans un autre service de l'hôpital et qui prennent seulement des gardes aux urgences. Cela pourrait influencer sur les besoins de séniorisation.

Interne4 : après il y a un truc avec les internes des étages qui viennent prendre des gardes sur le planning, plus les internes des urg' qui prennent leurs gardes sur le planning. Il y a un rapport déjà entre les séniors la nuit avec les internes qui sont avec eux pendant le semestre aux urgences. C'est pas la même relation.

Interne5 : Faut savoir qu'à l'hôpital #1 c'est pas du tout pareil que tous les services dans lesquels ont est passés, et que tu as aussi des internes qui ne sont pas les internes des urgences. Les internes des étages qui prennent juste une garde aux urgences de temps en temps, c'est pas les mêmes que ceux qui sont en stage aux urgences. (hochements de tête approbateurs)

C.I.4 - Qualités de l'urgentiste

Internes et urgentistes évoquent des qualités requises des urgentistes : présence, disponibilité et écoute.

Présence dans le service :

La présence de certains séniors dans la zone de soin des urgences est parfois insuffisante voire nulle, et semble être une expérience partagée par la totalité des participants.

- **Sénior2** : T'avais, dans les bonnes journées, t'avais 3 chefs... dans les bonnes journées... Des gens qui à l'époque ne restaient pas forcément plantés à leur poste, le bureau était très confortable, les clopes on les fumait nettement mieux dans le bureau, enfin c'était des trucs vraiment hallucinants...

- **Interne3** : Après, un autre cas où c'est le chef fantôme. (approbation générale)

Disponibilité pour les demandes des internes :

La disponibilité du sénior en cas de demande de l'interne, et ce à chaque étape de la prise en charge est une qualité importante pour les internes et les séniors, et appréciée des internes.

- **Interne3** : En gros c'est la disponibilité quoi.

- **Sénior2** : Oui, à chaque étape de la prise en charge

- **Sénior3** : Oui, à chaque étape je pense...

Écoute des problèmes des internes :

Les internes soulignent le fait que certains séniors ne sont pas suffisamment à

l'écoute lorsqu'ils souhaitent leur soumettre un problème, leur demander leur avis.

- Interne5 : En fait c'est « viens nous en parler mais en fait viens pas nous en parler »....

- Interne3 : Si tu viens en parler c'est que effectivement t'as un souci. Tu viens en parler, et ça va pas. Et c'est dédaigneux.

C.I.5 - Des manières différentes de sénioriser

Plusieurs manières de sénioriser sont proposées par les séniors et les internes.

Regard systématique sur tous les dossiers :

Un regard systématique et permanent sur tous les dossiers est une approche proposée ; cela permettrait à la fois d'anticiper les problématiques que peut rencontrer l'interne, mais aussi de rassurer les séniors, afin que sa responsabilité ne soit pas engagée de manière aveugle.

Sénior2 : C'est vrai, mais moi je pars du principe que quand tu surveilles globalement ce qui se passe dans ton secteur où tu es avec tes internes, si tu veux, globalement ces problèmes là, et le fait d'avoir à répondre à certaines questions quand l'interne en vient à se demander s'il ne faut pas en parler au spé, c'est que quelque part, tu l'as déjà fait avant. Si tu accompagnes en permanence, t'es toujours là. ()

Sénior1 : Après le souci, tu as des séniors, ils ont vécu certains trucs, ils veulent ensuite passer derrière tous les patients. C'est une question de peur, ils veulent sénioriser tout, même s'ils ont confiance en l'interne, ils veulent passer derrière. Après le souci le problème c'est une question de responsabilité. (hochements de tête approbateurs de tous)

Séniorisation à la demande de l'interne :

Il est aussi évoqué la possibilité de sénioriser les internes seulement à leur demande ; cela repose sur la confiance acquise par l'interne auprès du séniors, qui sait que celui-ci appellera s'il est en difficulté, et sur la possibilité pour l'interne d'appeler son chef à tout moment.

- Interne5 : C'est ce qu'on a dit, c'est un problème de juste distance, c'est d'arriver à laisser faire l'interne comme si l'interne était seul, mais en lui disant : « OK, je suis là, juste... » (mimant le fait de jeter un œil de loin, d'être là au cas-où)

- Sénior3 : « et tu m'en parles si... » (accord général)

Interne4 : Tu vois dans cet état d'esprit : à l'hôpital #5 en tant qu'interne j'ai fait des urg', où vraiment tu pouvais, si ça se passait bien, qu'il y avait une confiance, que les séniors savaient que tu venais les chercher quand ça beurrait, et du coup c'est vrai que...

Séniorisation selon le type de patient pris en charge :

Certaines situations mériteraient une séniorisation systématique d'emblée.

Interne4 : Les situations de mort, ça c'est cash, les situations d'urgences vitales, d'urgences fonctionnelles, tu vois.

À intervalles réguliers :

Une séniorisation à intervalles permettrait d'apporter régulièrement une plus-value liée à l'expérience, même en l'absence de difficulté de l'interne.

Sénior2 : Tu sais tous les malades qui sont là, tu sais tous les malades qui ont été vus, tu sais où tu en es, tu récupères tes internes, tu fais un point comme je te disais toutes les 2 heures pour voir où ils en sont de la réflexion et de tout ça, et t'essaies d'accompagner, t'essaies de faire tout ça, t'essaie de faire avancer les choses et voilà : t'en es à l'idée () j'apporte de la plus-value, je fais un petit coup de mon expérience et de mon anticipation parce que () voilà, j'ai déjà vécu ce genre de situations et je sais que c'est mieux de faire ça, plutôt que...

C.I.6 - La responsabilité médicale

Flou de la responsabilité médicale de l'interne et du sénior :

Les internes et les séniors ne sont pas d'accord sur leurs responsabilités exactes dans différents cas de figure, et demandent des éclaircissements.

- **Sénior3** : Le truc qui serait intéressant, c'est de reprendre un peu les lois, je suis sûr que nous, on ne sait pas vraiment ; quand on est interne on se dit que c'est bon, qu'on a aucune responsabilité alors que je suis sûr qu'on en a une. On part du principe que c'est bon, s'il y a un pépin, c'est pas nous qui allons prendre, c'est le chef.

- **Interne1** : non, la loi elle dit que les 2 partent au tribunal.

- **Sénior2** : Pour ce truc là : tu as pris en charge le patient, donc tu es entendu. Par contre, il y a le fait d'être entendu, et le fait de l'inculpation et de la responsabilité réelle. L'interne il est pas dans la responsabilité sauf... il y a des réglementations très particulières, je ne les connais pas par cœur...

- **Sénior3** : si tu ne présentes pas le dossier au chef parce qu'il est en train de pioncer, parce qu'il est au PMU, ou je ne sais quoi... Je suis sûre que c'est l'interne qui prend alors que c'est le chef qui n'est pas là.

Interne5 : Oui, tu deviens hyper-crétin sur le médico-légal : j'ai appelé le chef il a pas répondu, bah voilà. (vive approbation générale)

La responsabilité médicale sous-tendrait des demandes de séniorisation

Deux types de demandes de séniorisation sont mis en évidence, et la séniorisation sous-tendue par la question de la responsabilité constitue une part des demandes.

Interne3 : C'est toujours pareil : Dans la séniorisation tu as les 2 côtés : t'as la séniorisation pour t'aider, et tu as la séniorisation médico-légale.

Le nom d'un sénior sur les dossiers :

Les internes doivent faire contre-signer les dossiers de leurs patients par le senior ; cela leur apporte une sécurité par rapport à leurs craintes médico-légales mais ne semble pas systématiquement synonyme d'une réelle séniorisation.

***Interne2** : () c'est la première chose qu'on nous dit aux urgences : sur tous les dossiers vous mettez votre nom et le nom de votre sénior. ()*

***Interne5** : il y a aussi : ils sont tous signés avant que le chef aille se coucher, du coup tu les fais sortir même s'il n'ont pas été séniorisés après.*

C.I.7 - Difficultés rencontrées par les internes

Les internes peuvent parfois rencontrer des difficultés à trouver le bon moment pour faire appel au sénior, pour formuler sa demande ou pour faire considérer son problème.

Évaluer le bon moment pour faire appel au sénior :

Internes et séniors évoquent la difficulté de déterminer le bon moment pour faire appel au sénior lors d'une prise en charge, du recul et de la maturité nécessaires. Ils évoquent un lien possible pour les internes en DESC d'Urgence qui auraient tendance à faire appel au senior tardivement.

*- **Interne3** : savoir appeler son chef dès qu'il voit que ça va pas aller.
- **Interne5** : du coup ça veut dire : se rendre compte...
- **Sénior3** : connaître ses propres limites...
- **Interne5** : C'est ça, connaître ses propres limites, se rendre compte : à partir de là, je sais plus bien gérer, et parfois c'est difficile. On parlait des internes de DESC d'urgence, je pense que du coup t'as un peu tendance à aller au delà de tes limites, à faire un peu ton cow-boy, quoi.
- **Interne4** : alors ça, c'est sûr.*

***Sénior2** : oui, et du coup appel à l'aide immédiat ou pas. Et c'est là qu'intervient la différence, je pense, entre l'interne de DESCMU et l'interne qui n'est pas en DESCMU...*

Formuler ses problèmes et demandes au sénior :

Certaines demandes de séniorisation des internes ne sont pas forcément claires pour les séniors et méritent d'être précisées.

***Sénior2** : c'est qu'en fait sur la situation, en fait t'es face à une situation et tu ne comprends pas où est le problème...*

***Sénior2** : Il y a un truc. Il y a une question, il y a un problème, mais tu sais pas ce que c'est, et personne ne te la verbalise cette [...] de question.*

Faire considérer sa demande :

Les internes peuvent parfois rencontrer des difficultés à faire entendre leur

problème, qui rencontrent parfois un manque de considération de la part des séniors.

*- Interne5 : « t'es qu'un petit interne de merde », si quand-même.
- Interne3 : tu exposes ton truc et c'est « pffffff » (mime l'air désabusé et sceptique d'un sénior). Et tu sais que c'est pour toi, tu sais que c'est pas à cause du sujet... « oui, bon, et alors ? Et alors ? » (sourires amusés, ou rires des uns et des autres)*

Interne3 : C'est elle qui, quand je vais la voir, elle me souffle au nez parce que je la fais chier, et ensuite, quand j'essaie de me débrouiller tout seul, et en plus j'avais pas de problème, bah ça va pas parce que c'est pas comme elle elle veut qu'on fasse.

Interne3 : () ils nous disent justement : « si t'as pas de problème tu le fais sortir machin et si t'as besoin tu viens nous en parler » et sachant ça tu viens voir le chef, tu en parles, et c'est : (marque une pause, air dubitatif et méprisant) « mouais... »

C.I.8 - Outils pédagogiques

Nous avons pu relever lors de ce FG plusieurs éléments pédagogiques, surtout évoqués par les internes, qui sont plus ou moins utilisés sur les différents terrains de stages, et dont voici le détail :

Objectifs pédagogiques :

Les objectifs pédagogiques, s'il y en a, permettraient un meilleur suivi de l'apport pédagogique du stage aux urgences. Ces objectifs seraient plus utilisés dans les centres hospitaliers périphériques qu'en CHU. Ils pourraient figurer sur un support tel qu'un livret de stage.

Sénior2 : () les services n'ont pas vraiment d'objectifs pédagogiques...

- Sénior2 : Déjà pour les suivre, faut qu'il y en ait. A partir du moment où tu as des objectifs pédagogiques clairs, que tu sais qu'un interne qui passe dans un service d'urgence - faut être terre-à-terre, faut s'adapter un peu à la prise en charge, mais... - tu n'as pas le droit de sortir de ton stage d'urgence sans avoir posé une voie veineuse périphérique.

- Interne2 : Moi je pense que c'est fait dans les périphs, parce que comme toi tu avais à l'hôpital #6, moi à l'hôpital #2 j'avais mon livret de stage avec : il faut qu'à la fin de mon stage, j'aie fait une PL, une ponction pleurale, un machin, truc etc, alors on les a pas côtés à chaque fois, mais tu vois c'était des objectifs, tu les avais en tête, quoi.

Sénior-référent des internes :

La présence d'un sénior-référent, interlocuteur privilégié, donc concerné par les problématiques des internes est un point positif.

Interne2 : Après, c'est l'intérêt d'avoir parmi les séniors, entre guillemets, un coordinateur des internes. Je pense que c'est très important. Tu vois que l'interne il ait un délégué, qu'il ait quelqu'un à aller voir. C'est facile d'aller voir un chef etc, mais quand tu as quelqu'un en disant : lui, il est référent pour nous, internes, bah c'est bien.

Évaluation initiale du niveau et des besoins de l'interne :

Les internes estiment qu'il serait important que les séniors prennent un moment en début de stage ou de garde pour savoir quel niveau ont les internes, ce qu'ils savent faire ou non, et leurs attentes du stage.

- **Interne3** : Et après, après, le truc qui n'est jamais fait, pour moi, ça ne s'est jamais passé, mais je pense que ça serait intéressant, c'est au début : soit en début de garde quand tu commences une garde, soit en début de stage quand tu commences un stage, de faire un tour de table : « maintenant OK, en gros, qu'est ce que tu sais faire ? »

- **Interne5** : Eh bah nous on a fait ça aux urgences à l'hôpital #6... hyper important. Et qu'est ce que tu attends du stage, qu'est ce que tu sais pas faire....

Définir cadre et règles de séniorisation en début de stage :

Les internes demandent que le cadre et les règles de séniorisation soient définis par chaque sénior en début de stage ou de garde.

Interne3 : Moi je pense qu'avant ça, clairement, le sénior doit poser son cadre, quoi. La première fois que tu rencontres ton interne : « le cadre c'est comme ça.. Ça veut dire qu'avec moi ça va se passer comme ça » Et c'est vraiment différent selon les personnes justement. C'est savoir que l'interne avec tel sénior de la journée, bah faut être comme ça, quoi. Et tu sais que si tu va là, tu vas te faire taper sur les doigts.

Ils souhaitent que lorsque le cadre donné par le sénior est trop flou, celui-ci soit précisé.

- **Interne4** : « Je te fais confiance », ça ne veut pas dire « je te laisse faire ce que tu veux » !

- **Interne3** : Ça veut dire : « quand t'as un problème, tu viens me voir ! »

- **Interne5** : « Je te fais confiance » : à quel moment tu viens me voir ?

- **Interne4** : Oui exactement !

- **Sénior2** : Oui mais quand tu dis : je te fais confiance, tu donnes pas les règles du jeu, t'expliques pas ce qui se passe. »

Évaluation de fin de stage des internes :

Une évaluation de fin de stage est systématiquement réalisée, mais le bilan de mi-stage serait d'un apport pédagogique plus important.

Sénior2 : Et il y a des remarques qui sont sorties sur le bilan de fin de stage, c'est des trucs, tu dois le dire avant ! Si tu veux faire avancer les gens, si tu veux faire un point...

Bilan de mi-stage des internes :

Un bilan de mi-stage n'est pas toujours réalisé mais permettrait de faire le point sur les acquis et les objectifs à atteindre.

Interne2 : Avec un bilan de mi-stage sur : qu'est ce que j'ai appris depuis et qu'est qu'il me reste à apprendre.

Sénior3 : Oui, le bilan de mi-stage. C'est pas fait partout, et c'est hyper intéressant.

Bilan de mi-stage des seniors :

Pour les internes et les seniors, une évaluation des seniors à mi-stages aurait un intérêt important.

- **Sénior2 :** Le bilan de mi-stage il est fondamental à mon avis pour le sénior aussi.
- **Interne2 :** Mais bien sûr !

L'idée est émise par un sénior d'un point de débriefing à mi-stage entre internes et seniors, éventuellement en s'appuyant sur un questionnaire pour les internes et pour les seniors dont on donnerait les résultats de façon non-nominative.

Sénior2 : () même ne serait-ce qu'un bilan de mi-stage qui serait un peu croisé, c'est à dire globalement : les seniors d'un côté, et les internes qui vont remplir leur... un espèce de questionnaire () où () : « voilà les problèmes qu'on a retrouvés chez les seniors, voilà les problèmes qu'on retrouve au niveau des internes, on est à mi-stage, voilà ce qu'on attend des internes, les points sur lesquels il faut qu'ils s'améliorent. » Après, aux gens de s'adapter et de se rendre compte que le mec qui est hyper-motivé et qui court partout, si on a marqué qu'il fallait voir des patients, c'est pas pour lui, quoi !

Cours théoriques :

Les internes soulignent l'importance des cours donnés par les seniors des urgences aux internes ; ils déplorent qu'il n'y en ait pas dans tous les stages, et que ce soit rare dans les autres hôpitaux.

- **Interne5 :** () enfin vous je sais pas mais dans certains stages - à Blaye on avait ça - () le fait que les seniors donnent des cours par exemple aux internes ?
- **Interne4 :** Ah ouais, alors ça ! C'est exceptionnel quand t'en as !
- **Interne5 :** C'est important quand-même ()

- **Interne3 :** Il y en a jamais ! T'as jamais aussi peu de cours que dans un stage aux urgences !
- **Sénior2 :** ... au CHU...
- **Interne3 :** Moi aux urgences à l'hôpital #4, j'ai fait... 1 ou 2 cours !
- **Interne5 :** Nous c'est pareil, on avait un cours par semaine, on les a jamais eu !

C.I.9 - Synthèse des résultats du Focus Group

Nous avons retrouvé huit grands thèmes ont été définis, avec lorsqu'il y en a, de 3 à 12 sous-thèmes (Tableau I). Ils ont permis l'établissement des questionnaires à destination des internes et des urgentistes (Annexes 2-3).

Tableau I. Synthèse des thèmes et sous-thèmes retrouvés dans le FG.

A -Autonomie et autonomisation	
B - Les points de séniorisation	B.1 - Evaluation de la gravité B.2 - Interrogatoire du patient B.3 - Examen clinique B.4 - Prescription d'examens complémentaires B.5 - Prescriptions thérapeutiques B.6 - Gestes techniques B.7 - Demandes d'avis spécialisés B.8 - Réflexion médicale B.9 - Orientation du patient B.10 - Relations avec les proches des patients B.11 - Relations avec l'équipe paramédicale B.12 - Gestion du flux de patients
C- Facteurs qui influenceraient l'encadrement	C.1 - Intérêt des internes pour la médecine d'urgence C.2 - Manque de formation des urgentistes à l'encadrement d'internes C.3 - Proximité des internes avec les urgentistes C.4 - Des internes face au manque d'urgentistes C.5 - Différence entre interne de garde et interne en stage
D - Qualités de l'urgentiste	D.1 - Présence dans le service D.2 - Disponibilité pour les demandes des internes D.3 - Écoute des problèmes des internes
E - Des manières différentes de sénioriser	E.1 - Regard systématique sur tous les dossiers : E.2 - Séniorisation à la demande de l'interne E.3 - Séniorisation selon le type de patient pris en charge E.4 - À intervalles réguliers
F - La responsabilité médicale	F.1 - Flou de la responsabilité médicale de l'interne et du sénior F.2 - La responsabilité médicale sous-tendrait des demandes de séniorisation F.3 - Le nom d'un sénior sur les dossiers
G - Difficultés rencontrées par les internes	G.1 - Évaluer le bon moment pour faire appel au sénior G.2 - Formuler ses problèmes et demandes au sénior G.3 - Faire considérer sa demande
H - Outils pédagogiques	H.1 - Objectifs pédagogiques H.2 - Sénior-référent des internes H.3 - Évaluation initiale du niveau et des besoins de l'interne H.4 - Définir cadre et règles de séniorisation en début de stage H.5 - Bilan de mi-stage des internes H.6 - Evaluation de fin de stage des internes H.7 - Bilan de mi-stage des seniors H.8 - Cours théoriques

C.II. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SENIORS

C.II.1 - Description de la population d'étude

C.II.1.a) Internes

Quatre cent vingt-huit questionnaires nous ont été retournés, pour un maximum théorique de 578 réponses, soit un taux de réponse de 74%. Nous avons obtenu 146 réponses pour 191 TCEM1 (76%), 154 réponses pour 216 TCEM2 (71%), et 128 réponses pour 171 TCEM3 (75%) (Figure 2). Les femmes représentaient 2/3 des réponses (sex-ratio H/F 0,5) avec 268 questionnaires (69%), contre 122 pour les hommes (31%) et cette proportion était comparable dans chaque promotion : en TCEM 1, 73 femmes (68%) et 35 hommes (32%) ; en TCEM2, 105 femmes (67%) et 48 hommes (31%) ; en TCEM3, 90 femmes (70%) et 39 hommes (30%). Parmi ces 428 réponses, nous avons exclus les 221 questionnaires d'internes n'ayant pas réalisé leur stage aux urgences, ou bien l'ayant réalisé en service d'urgences spécialisées (Figure 3). Ainsi, 207 internes (48%) avaient déjà fait leur stage aux urgences, répartis comme il suit : 2 TCEM1 (1%), 87 TCEM2 (42%), et 118 TCEM3 (57%) (Figure 3). Il s'agissait de 143 femmes (69%) pour 64 hommes (31%, sex-ratio H/F 0,4), âgés en moyenne de 26,9 ans [IC95% 26,7-27,1].

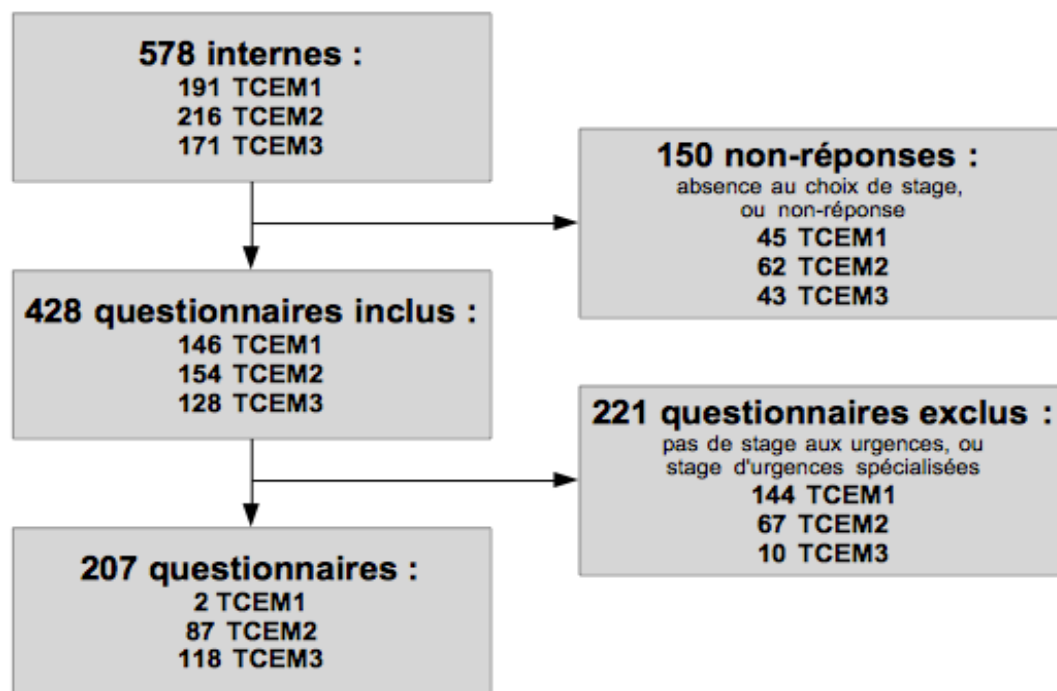


Figure 3. Diagramme de flux concernant les internes inclus dans l'étude.

Plus d'un tiers des internes avait réalisé leur stage dans les centres hospitaliers de Bordeaux-Pellegrin, de Périgueux ou de Pau (Figure 4).

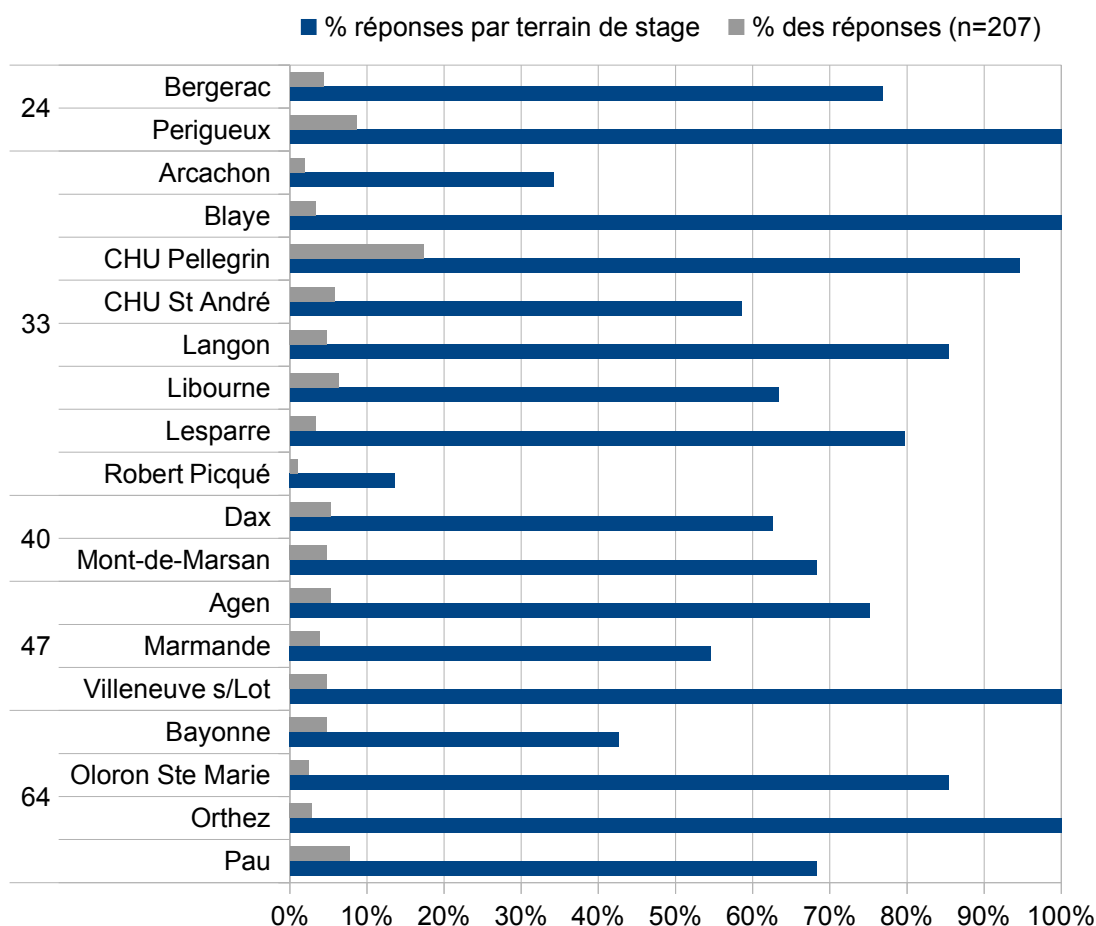


Figure 4. Pourcentage de réponses des internes par centre hospitalier (effectif maximal estimé), et sur l'ensemble des réponses (n=207).

Plus de 80% des internes avaient réalisé leur stage entre le 2^o et le 4^o semestre, dont plus de la moitié au 3^o semestre (Figure 5).

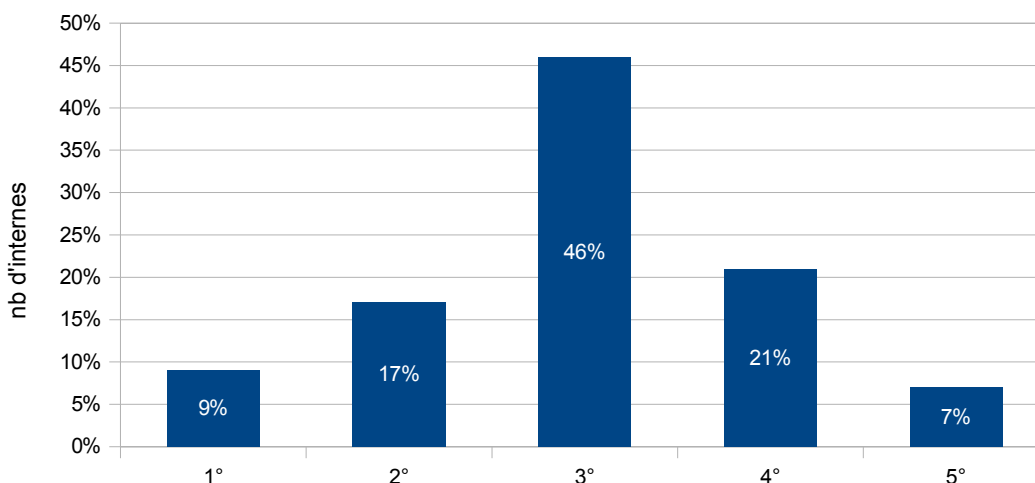


Figure 5 : Semestre de réalisation du stage aux urgences (n=207).

Vingt-huit pourcents des internes manifestaient un intérêt nul ou faible pour la médecine d'urgence, 37% un intérêt moyen, et 33% un intérêt important ou maximal (Figure 6).

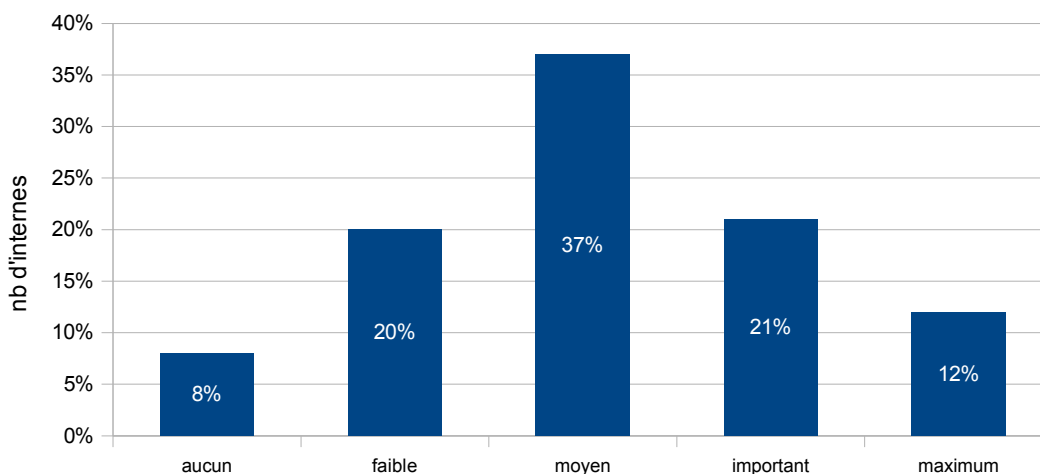


Figure 6 : Intérêt des internes pour la Médecine d'Urgence (n=206).

C.II.1.b) Urgentistes

Nous avons obtenu un total de 144 réponses pour environ 273 séniors susceptibles de répondre sur les 19 centres hospitaliers, soit un taux de réponse global de 53% (Figure 7). Les centres hospitaliers de Pau, Bayonne, Mont-de-Marsan et Agen représentaient à eux seuls plus de 40% des réponses des urgentistes (Figure 7).

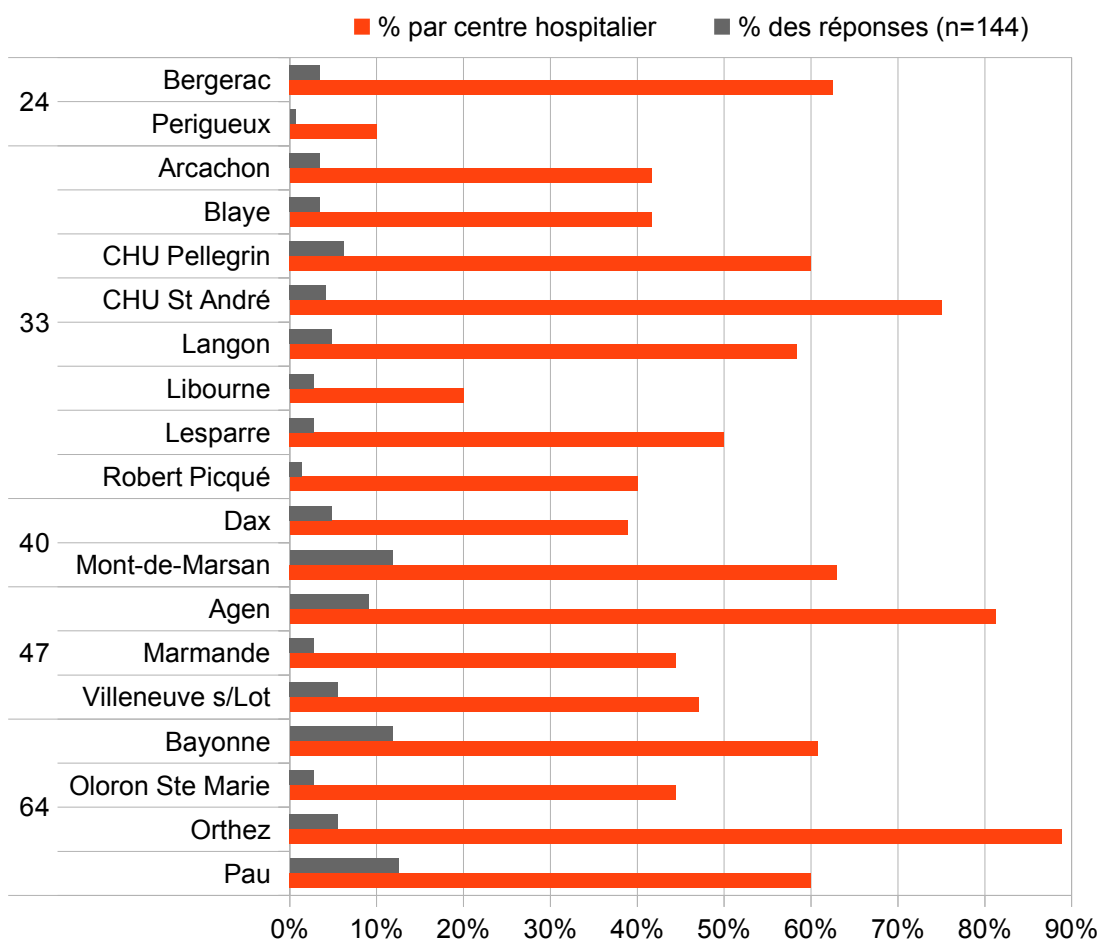


Figure 7. Pourcentage de réponses des urgentistes par centre hospitalier, et sur l'ensemble des réponses (n=144).

Le groupe des urgentistes était constitué de 41% de femmes et 59% d'hommes soit un sex-ratio H/F 1,4. Leur moyenne d'âge est de 40,3 ans [IC95% 38,9-41,7], et leur durée d'exercice moyen aux urgences de 10 ans [IC95% 8,9–11,1] (Figure 8).

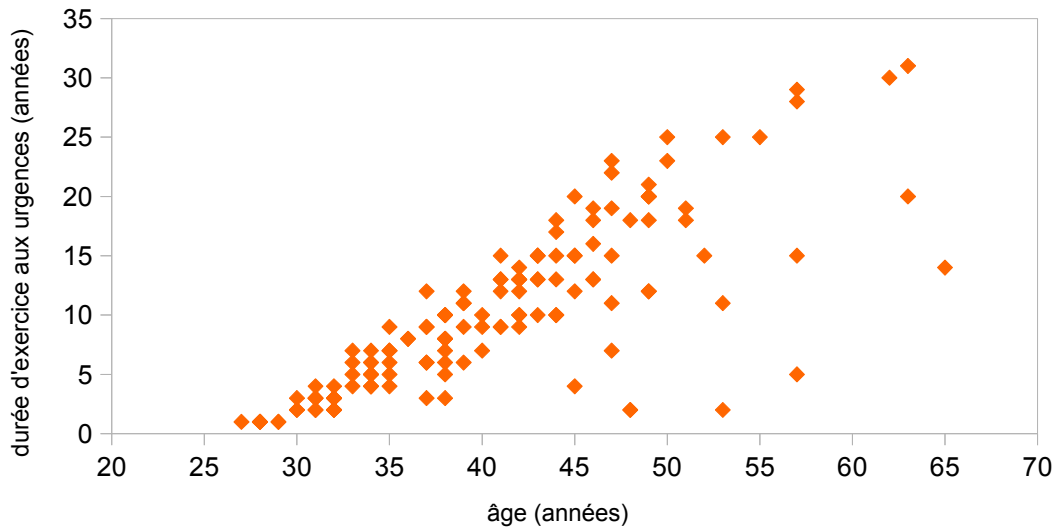


Figure 8. Age des urgentistes et durée de leur exercice aux urgences.

Quatre-vingt-quinze pourcents des urgentistes avaient suivi une formation dédiée à la médecine d'urgence (Figure 8) : C.A.M.U dans 70% des cas, D.E.S.C de Médecine d'Urgence dans 22% des cas, D.U de Médecine d'Urgence dans 3% des cas. Les 5% restants étaient anesthésistes-réanimateurs pour 3 d'entre eux, 2 étaient médecins-généralistes, et le dernier était médecin-légiste. Dans deux cas, la formation n'était pas précisée.

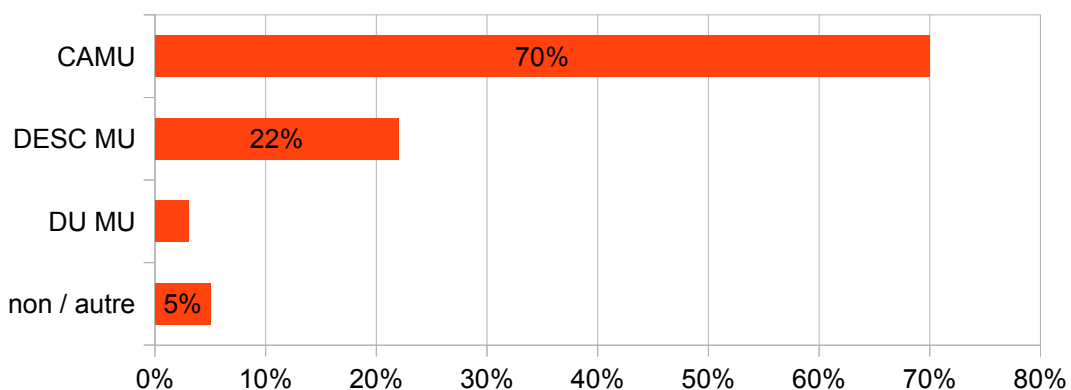


Figure 9. Formation spécifique à l'urgence, parmi les urgentistes (n=141).

Parmi les urgentistes, 48% avaient toujours travaillé aux urgences, 26% avaient exercé autrement avant de devenir urgentiste, et 24% déclaraient avoir un exercice différent en parallèle. Enfin, 2 personnes faisaient part à la fois d'un exercice préalable et en parallèle (Figure 9).

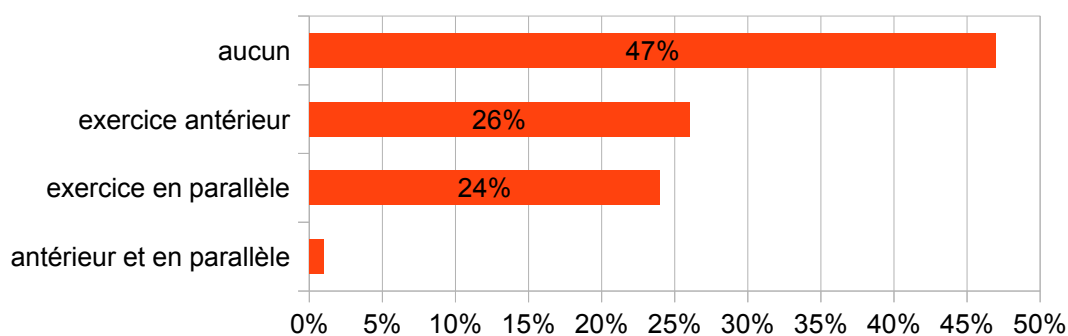


Figure 10. Exercice différent des urgences, antérieur ou concomitant de l'activité aux urgences, d'après les séniors (n=140).

C.II.2 - Critère de jugement principal

Concernant la vitesse d'autonomisation globale des internes, l'évaluation des internes n'était pas différente de celle des urgentistes : elle était perçue comme *lente* pour respectivement 2% et 7%, *adaptée* pour 72% et 69%, et *rapide* dans 25% et 24% des cas (p=0,11) (Figure 11).

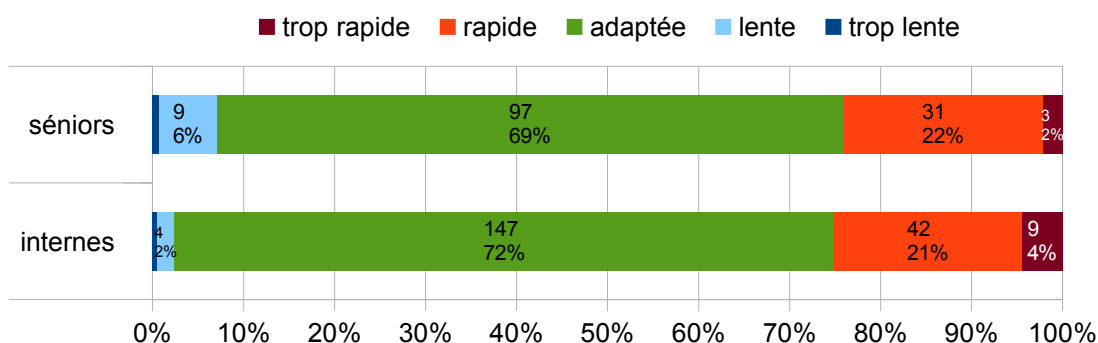


Figure 11. Vitesse d'autonomisation des internes, perçue par les internes (n=207) et les séniors (n=144).

C.II.3 - Critères de jugement secondaires

Nous nous sommes intéressés à la concordance des regards des internes et des séniors concernant la distance d'encadrement adoptée par le séniors, en étudiant point par point chaque étape du travail de l'interne (Tableau II, Figure 12).

Évaluation de la gravité :

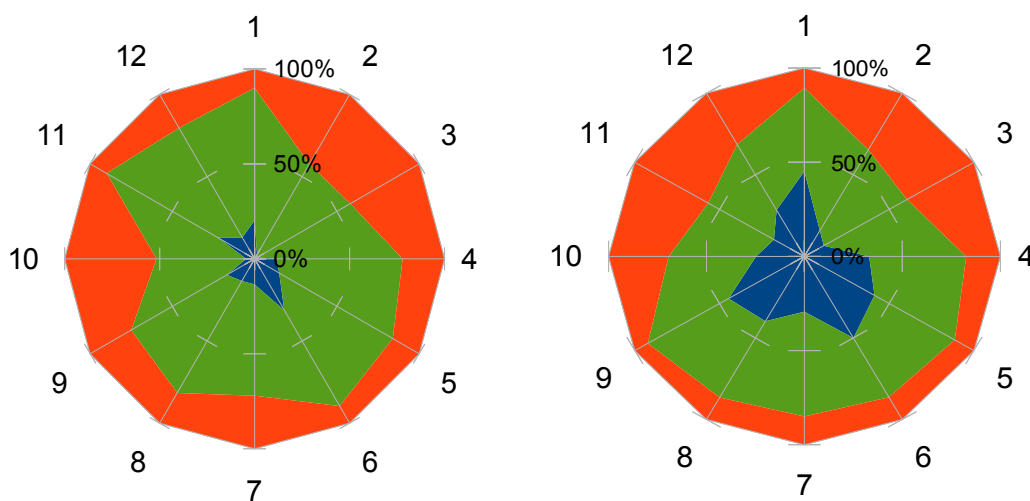
La majorité des internes (70%) et des séniors (44%) a déclaré la distance de séniorisation comme *adaptée* concernant l'évaluation de la gravité des patients. Quarante-cinq pourcents des séniors estimaient leur séniorisation *proche*, les internes l'ayant estimée *proche* pour 20% d'entre eux. Ces différences étaient statistiquement significatives (p < 0,0001).

Interrogatoire des patients :

Les internes ont estimé que la distance d'encadrement à propos de l'interrogatoire

Tableau II. Distance d'encadrement pour chaque aspect du travail des internes aux urgences.

		faible distance d'encadrement n (%)	distance d'encadrement adaptée n (%)	grande distance d'encadrement n (%)	p
Evaluation de la Gravité	internes, n=201	41 (20%)	140 (70%)	20 (10%)	< 0,0001
	séniors, n=141	65 (46%)	62 (44%)	14 (10%)	
Interrogatoire du Patient	internes, n=201	5 (2%)	111 (55%)	85 (42%)	< 0,0001
	séniors, n=141	21 (15%)	72 (51%)	48 (34%)	
Examen Clinique	internes, n=201	3 (1%)	114 (57%)	84 (42%)	0,0004
	séniors, n=140	17 (12%)	69 (49%)	54 (39%)	
Prescriptions d'Examens Complémentaires	internes, n=200	23 (12%)	133 (67%)	44 (22%)	< 0,0001
	séniors, n=141	46 (33%)	70 (50%)	25 (18%)	
Prescriptions Thérapeutiques	internes, n=201	30 (15%)	139 (69%)	32 (16%)	< 0,0001
	séniors, n=141	61 (43%)	65 (46%)	15 (11%)	
Gestes Techniques	internes, n=201	63 (31%)	117 (58%)	21 (10%)	0,0004
	séniors, n=140	73 (52%)	49 (35%)	18 (13%)	
Demandes d'Avis Spécialisés	internes, n=201	27 (13%)	118 (59%)	56 (28%)	0,0003
	séniors, n=141	42 (30%)	79 (56%)	20 (14%)	
Réflexion Médicale	internes, n=201	27 (13%)	137 (68%)	37 (18%)	< 0,0001
	séniors, n=141	56 (40%)	67 (48%)	18 (13%)	
Orientation du patient	internes, n=201	34 (17%)	117 (58%)	50 (25%)	< 0,0001
	séniors, n=140	64 (46%)	65 (46%)	11 (8%)	
Relation avec les Familles	internes, n=201	9 (4%)	95 (47%)	97 (48%)	< 0,0001
	séniors, n=142	36 (25%)	65 (46%)	41 (29%)	
Relations avec l'Equipe Paramédicale	internes, n=201	45 (22%)	136 (68%)	20 (10%)	< 0,0001
	séniors, n=142	26 (18%)	55 (39%)	61 (43%)	
Gestions du Flux de Patients	internes, n=201	26 (13%)	134 (67%)	41 (20%)	< 0,0001
	séniors, n=142	42 (30%)	56 (39%)	44 (31%)	



Point de vue des Internes

Point de vue des Urgentistes

- | | | |
|--|---|--|
| 1 – Evaluation de la gravité | 7 – Demandes d'avis spécialisés | <ul style="list-style-type: none"> ■ grande distance d'encadrement ■ distance d'encadrement adaptée ■ faible distance d'encadrement |
| 2 – Interrogatoire du patient | 8 – Réflexion médicale | |
| 3 – Examen clinique | 9 – Orientation du patient | |
| 4 – Prescription d'examens complémentaires | 10 – Relations avec les familles | |
| 5 – Prescriptions thérapeutiques | 11 – Relations avec l'équipe paramédicale | |
| 6 – Gestes techniques | 12 – Gestion du flux de patients | |

Figure 12. Distance d'encadrement pour chaque aspect du travail des internes aux urgences.

des patients était *adaptée* dans 55% des cas, et *distante* dans 42% des cas. Les seniors estimaient leur séniorisation *adaptée* sur ce point dans 51% des cas et *distante* dans 34% des cas. Seuls 2% des internes ont estimé la distance d'encadrement *faible*, contre 15% des seniors. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p < 0,0001$).

Examen clinique :

Concernant l'examen clinique : 57% des internes et 49% des seniors ont jugé la distance de séniorisation concernant l'examen clinique *adaptée*. Respectivement 42% et 39% l'ont estimée *distante*, et 1% des internes contre 12% des seniors la jugeaient *proche*. Ces différences étaient statistiquement significatives ($p = 0,0002$).

Prescriptions d'examens complémentaires :

A propos de la prescription d'examens complémentaires, la distance d'encadrement a été estimée *adaptée* pour 67% des internes et 50% des seniors. Vingt-deux pourcents des internes trouvaient cet encadrement *distant* contre 18% des seniors, et 33% des seniors estimaient encadrer de manière *proche* les internes sur ce point, contre 12% des internes. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Prescriptions thérapeutiques :

Les internes pensaient majoritairement (69%) la distance de séniorisation des prescription thérapeutiques *adaptée* ; 46% des seniors rejoignaient ce point de vue. Quarante-trois pourcents d'entre eux estimaient leur séniorisation des prescriptions thérapeutiques *proche* contre 15% des internes. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Gestes techniques :

Lorsqu'il s'agissait de la réalisation de gestes techniques, les internes se disaient encadrés à une distance *adaptée* pour 58%, *proche* pour 31%, et *distante* pour 10% d'entre eux. Les seniors se trouvaient à distance *adaptée* de leurs internes pour 35%, *proche* pour 52%, *distante* pour 13% d'entre eux. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Demandes d'avis spécialisés :

Pour les demandes d'avis spécialisés, la majorité des internes (59%) et des seniors (56%) estimaient la distance d'encadrement *adaptée*. Vingt-huit pourcents des internes estimaient cette séniorisation *distante* contre 14% des seniors ; à l'inverse, 30% des seniors la jugeaient *proche* contre 13% des internes. Ces différences

étaient statistiquement significative ($p = 0,0003$).

Réflexion médicale :

La distance de séniorisation était jugée *adaptée* concernant la réflexion médicale par 68% des internes, et 48% des séniors. Quarante pourcents des séniors se trouvaient *proches* de leurs internes sur ce point contre 13% des internes. Treize pourcents des urgentistes jugeaient l'encadrement *distant* sur ce point contre 18% des internes. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Orientation du patient :

Pour l'orientation du patient, 58% des internes et 46% des séniors trouvaient que la distance de séniorisation est *adaptée*. Quarante-six pourcents des séniors la trouvaient *proche* contre 17% des internes. Vingt-cinq pourcents des internes estimaient les séniors *distants* sur ce point, alors que 8% des séniors s'auto-évaluaient de la sorte. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Relations avec les familles :

Quarante-sept pourcents des internes et 46% des séniors jugeaient *adaptée* la distance d'encadrement concernant les relations avec les familles. Quarante-huit pourcents des internes jugeaient les séniors *distants* sur ce point, alors que 29% des séniors s'estimaient *distants*. Vingt-cinq pourcents des urgentistes se trouvaient *proches* des internes dans la gestion des relations avec les famille alors que 4% des internes jugeaient les séniors *proches* d'eux sur ce point. Ces différences étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Relations avec l'équipe paramédicale :

Ils étaient 68% des internes à estimer le sénior à une distance *adaptée* alors que seuls 39% des séniors le pensaient. Les urgentistes étaient 43% à se juger *distants* de leurs internes sur ce point, alors que seuls 10% des internes le pensaient. Respectivement 22% des internes et 18% des séniors estimaient la distance d'encadrement *proche* pour ce qui est des relations à l'équipe paramédicale. Les différences constatées étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

Gestion du flux de patients :

Soixante-sept pourcents des internes considéraient l'encadrement des séniors concernant la gestion du flux de patients comme *adaptée* ; les séniors n'étaient que 39% à penser de la sorte. Ils s'estimaient eux-même *distants* ou *proches* dans 30% et 31% des cas, alors que les internes les jugeaient *distants* ou *proches* pour 20%

et 13% d'entre-eux. Les différences observées étaient statistiquement significative ($p < 0,0001$).

C.II.4 - Autres résultats

C.II.4.a) Qualités des urgentistes nécessaires

Concernant la présence des séniors dans le service, 75% des internes et 84% des séniors la trouvaient *bonne* ou *excellente*. La disponibilité des séniors était jugée *bonne* ou *excellente* par 79% des internes et 83% des séniors. Enfin l'écoute des séniors était jugée *bonne* ou *excellente* par 59% des internes et 78% des séniors (Figure 13).

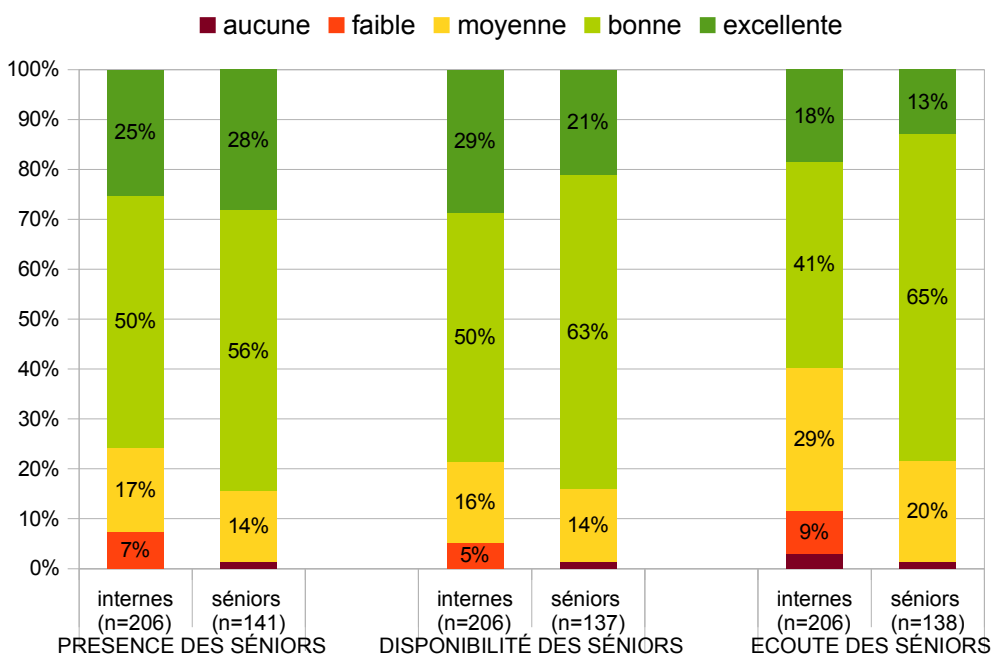


Figure 13. Présence, écoute et disponibilité des séniors, évaluées par les séniors et les internes.

C.II.4.b) Facteurs influençant l'encadrement

Plusieurs éléments pouvant influencer la qualité de l'encadrement ont été suggérés lors du FG exploratoire.

Manque de formation de l'urgentiste à l'encadrement des internes

Soixante-douze pourcents des internes et 68% des séniors jugeaient que le manque de formation des urgentistes à l'encadrement d'internes n'est pas un problème, et cette différence n'est pas significative.

Proximité des internes avec les urgentistes

Ils étaient 93 % d'internes et de séniors à trouver que la proximité entre internes et séniors facilite de la séniorisation.

Des internes face au manque d'urgentistes

Les internes estimaient à 83% qu'ils comblent le manque d'urgentistes, alors qu'en revanche seulement 47% des séniors le pensaient ($p < 0,001$). Parmi eux, respectivement 53% et 47% estimaient cette situation problématique (Figure 14).

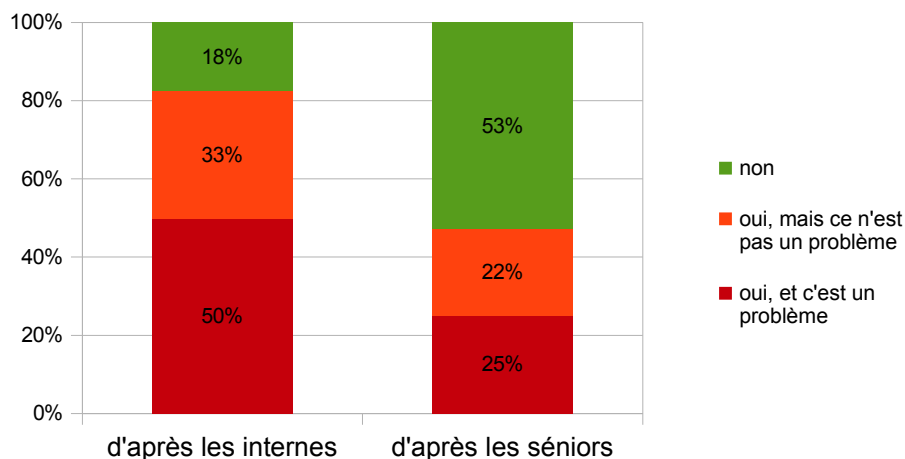


Figure 14. Les internes comblent-ils le manque d'urgentistes ?

Différence de séniorisation entre internes de garde et internes en stage

Parmi les internes, 80% considéraient la séniorisation des internes de garde comme adaptée en comparaison à la séniorisation des internes en stage aux urgences, contre 59% des séniors, et cette différence était significative ($p < 0,001$) (Figure 15).

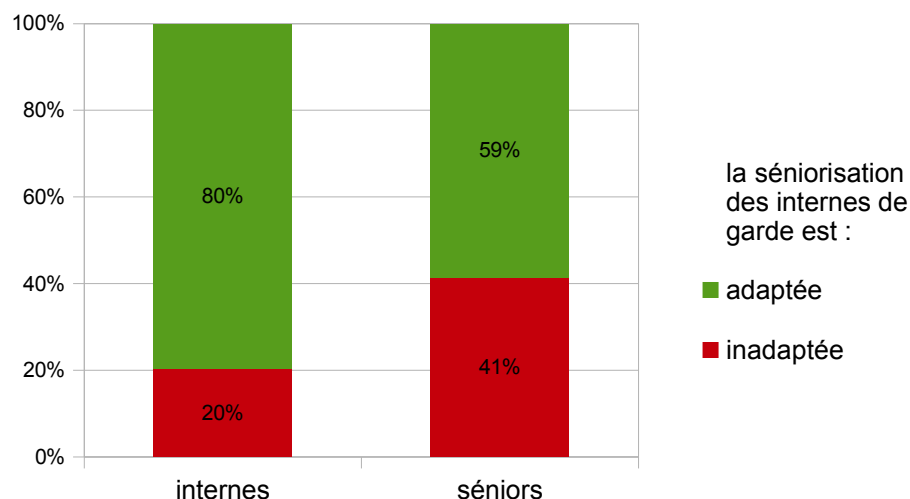


Figure 15. Différence de séniorisation entre internes de garde et internes en stage aux urgences : avis des internes et des séniors.

C.II.4.c) La responsabilité médicale

Clarté de la responsabilité de l'interne et du sénior

Les responsabilités de l'interne et du sénior étaient claires pour 44% des internes, contre 83% des séniors ; cette différence était significative ($p < 0,001$) (Figure 16).

La responsabilité médicale génératrice de la demande de séniorisation :

Le problème de la responsabilité médicale motivait *parfois* les demandes de séniorisation dans 30% des cas pour les internes et 23% des cas pour les séniors ; *souvent* pour 42% des internes et 29% des séniors, et *toujours* pour 18% des internes et 35% des séniors (p=0,002) (Figure 17).

Nom d'un sénior sur les dossiers

Le nom d'un sénior figurait *souvent* sur les dossiers dans 22% des cas et *toujours* dans 59% des cas d'après les internes. Les séniors considéraient que leur nom apparaissait sur tous les dossiers dans 78% des cas, et *souvent* dans 14% des cas (p=0,003) (Figure 18).

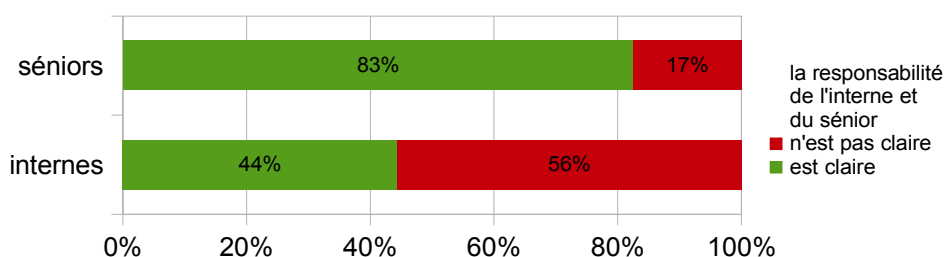


Figure 16. Clarté de la responsabilité médicale, d'après les internes et les séniors.

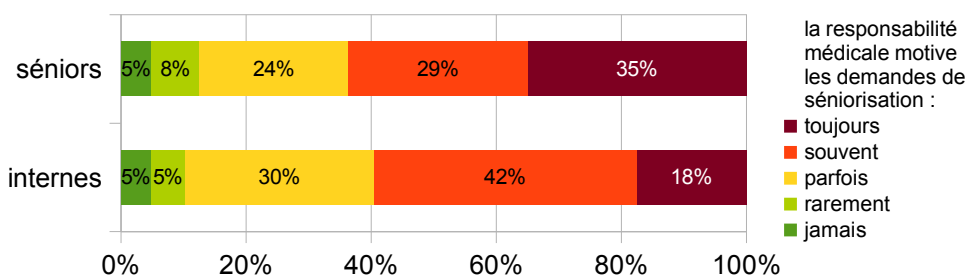


Figure 17. Demandes de séniorisation sous-tendues par la question de la responsabilité médicale, d'après les internes et les séniors.

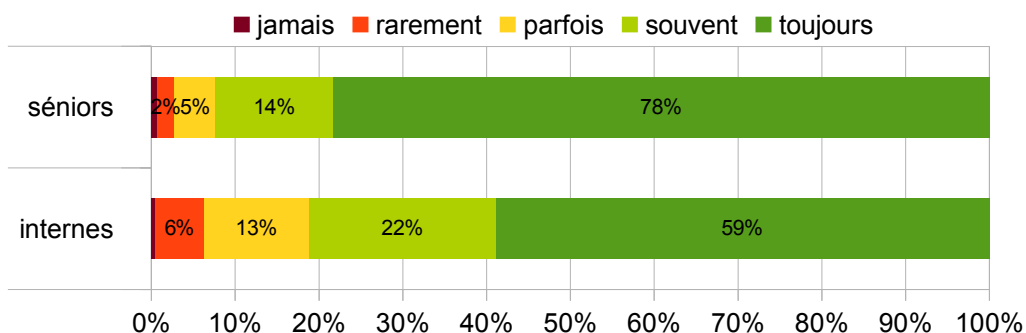


Figure 18. Présence d'un nom de sénior sur les dossiers des patients, d'après les internes et les séniors.

C.II.4.d) Difficultés rencontrées par les internes

Formuler son problème

Les internes estimaient ne *jamais* rencontrer de difficulté à formuler leurs problèmes et demandes au sénior dans 17% des cas, rarement pour 44% des cas, et *parfois* pour 37% d'entre eux. Du côté des séniors, 13% d'entre eux pensaient que les internes ne rencontraient *jamais* ces difficultés, 45% *rarement*, et 35% *parfois* (p=ns) (Figure 19).

Evaluer le bon moment pour faire appel au sénior

Près de 10% des internes estimaient ne pas avoir de difficulté à évaluer le bon moment pour faire appel au sénior ; 46% en auraient *rarement*, et 33% *parfois*. Les séniors estimaient que ces difficultés étaient rencontrées *rarement* pour 30% d'entre eux, et *parfois* pour 49% (p<0,001) (Figure 19).

Faire entendre ou considérer sa demande

Des difficultés à faire entendre ou considérer son problème par le sénior étaient *rarement* rencontrées par 47% des internes, et *parfois* pour 33% des internes. Les séniors pensaient que les internes rencontraient *rarement* ces difficultés pour 35% d'entre eux, et *parfois* pour 42% (p=ns) (Figure 19).

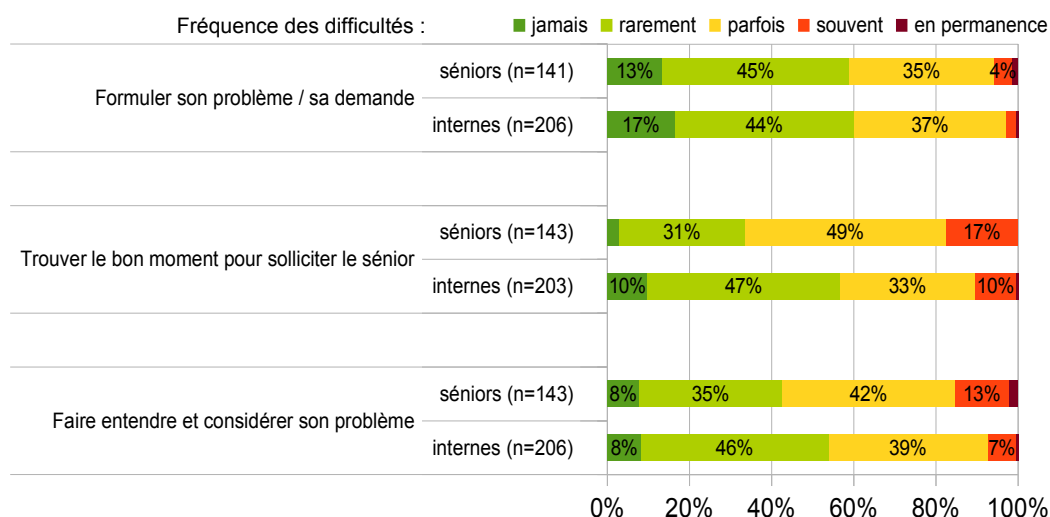


Figure 19. Avis des internes et des séniors concernant les difficultés rencontrées par les internes.

C.II.4.e) Présence et utilité d'outils pédagogiques

Nous avons cherché à savoir quels outils pédagogiques étaient utilisés dans les différents services d'urgence d'Aquitaine, et l'avis qu'avaient les internes et les séniors à propos de leur utilité (Figure 20, Tableau III).

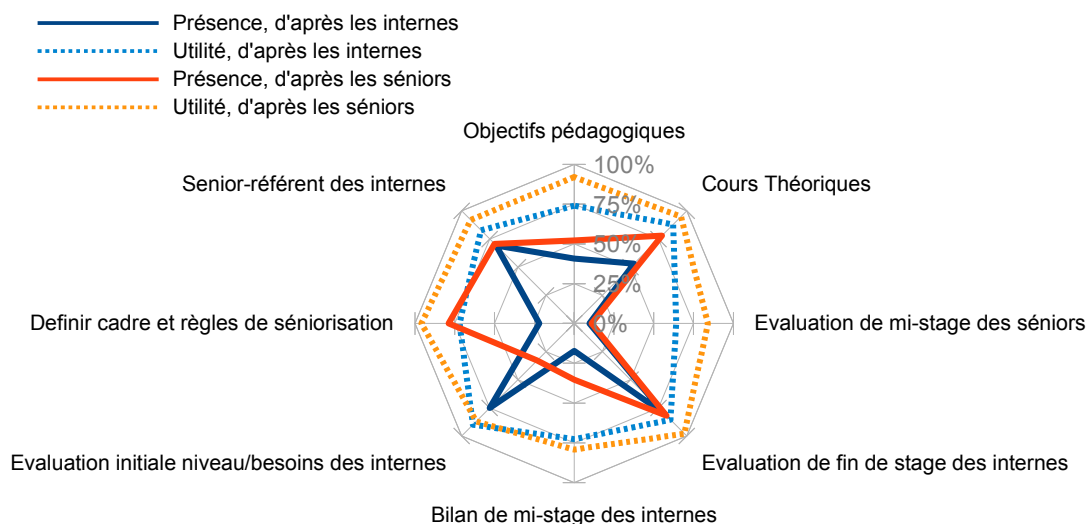


Figure 20. Présence lors du stage de divers outils pédagogiques, et utilité d'après les internes et des séniors.

Tableau III. Présence lors du stage de divers outils pédagogiques, et utilité d'après les internes et des séniors.

	d'après les internes, n=207 (%)	d'après les séniors, n=144 (%)	p
Des objectifs pédagogiques sont utilisés	84 (41%)	75 (52%)	ns
Les objectifs pédagogiques sont utiles	153 (74%)	127 (88%)	<0,001
Un sénior-référent des internes existe	144 (70%)	102 (71%)	ns
Un sénior-référent des internes est utile	172 (83%)	129 (90%)	ns
Cadre et règles de séniorisation sont définis en début de stage	45 (22%)	111 (77%)	<0,001
La définition du cadre et des règles en début de stage est utile	149 (72%)	134 (93%)	<0,001
Le niveau et les besoins des internes sont évalués initialement	155 (75%)	47 (33%)	<0,001
Une évaluation du niveau et des besoins des internes est utile	187 (90%)	118 (82%)	ns
Un bilan de mi-stage de l'interne est réalisé	36 (17%)	51 (35%)	<0,001
Le bilan de mi-stage de l'interne est utile	152 (73%)	114 (79%)	ns
Une évaluation de fin de stage de l'interne est réalisée	165 (80%)	117 (81%)	ns
Une évaluation de fin de stage est utile	179 (86%)	135 (94%)	ns
Les séniors sont évalués à mi-stage par les internes	20 (10%)	15 (10%)	ns
Une évaluation à mi-stage des séniors est utile	134 (65%)	114 (79%)	<0,001
Des cours sont donnés aux internes	110 (53%)	111 (77%)	<0,001
Les cours sont utiles	183 (88%)	132 (92%)	ns

Objectifs pédagogiques

Concernant l'utilisation d'objectifs pédagogiques, il n'a pas été pas noté de différence significative entre les résultats des internes et des séniors, avec respectivement 52% et 41% qui affirmaient que leur service n'avait pas d'objectifs pédagogiques. Internes et séniors étaient respectivement 74% et 88% à estimer cela utile, et cette différence est significative ($p < 0,001$).

Sénior-référent des internes

A propos de la présence d'un sénior-référent des internes, les avis des internes et des urgentistes n'étaient pas différents : 70% des séniors et 71% des internes affirmaient qu'un référent des internes était nommé dans leur service, et 83% des internes et 90% des séniors jugeaient cela utile.

Définir un cadre et des règles de séniorisation

Un cadre et des règles de séniorisation étaient définis en début de stage pour 22% des internes et 77% des séniors. Cette pratique a été jugée utile par 72% des internes et 93% des urgentistes. Les différences observées étaient statistiquement significatives ($p < 0,001$).

Evaluation initiale du niveau et des besoins des internes

L'évaluation initiale du niveau et des besoins de l'interne n'était pas réalisée d'après 75% des internes et 33% des séniors, et cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$). Quatre-vingt-dix pourcents des internes et 82% des séniors affirmaient que cela serait utile.

Bilan de mi-stage des internes

Une différence significative était observée pour le bilan de mi-stage des internes, qui n'était réalisée que pour 17% des internes alors que 35% des séniors pensaient que cela est réalisé dans leur service ($p < 0,001$). Cette pratique serait utile d'après 73% des internes et 79% des séniors.

Évaluation de fin de stage des internes

La pratique d'une évaluation de fin de stage des internes a été rapportée par 80% des internes et 81% des séniors. Cette évaluation était considérée utile pour 86% des internes et 94% des séniors.

Evaluation de mi-stage des séniors

Une évaluation de mi-stage des seniors par les internes n'était réalisée que dans 10% des cas d'après les internes et les séniors. Près de 65% des internes jugent cela utile, contre 81% des séniors ; cette différence était statistiquement significative ($p < 0,001$).

Cours théoriques

Des cours théoriques étaient organisés d'après 53% des internes et 77% des séniors et cette différence était significative ($p < 0,001$). L'utilité des cours théoriques a été affirmée par 88% d'internes et 92% de séniors.

C.II.5 - Facteurs associés à une vitesse d'autonomisation rapide

C.II.5.a) Analyse univariée

Les tests de corrélation n'étant pas interprétables pour une grande majorité en raison des faibles effectifs, nous avons retenus pour l'analyse univariée les variables explicatives les plus logiques (Tableau IV).

Tableau IV. Analyse univariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.

Variable	total		autonomisation « rapide »		p
	n	(%)	n	(%)	
Sexe					
ref : femme	143	(69%)	36	(25%)	ns
homme	64	(31%)	15	(23%)	
Intérêt pour la Médecine d'Urgences					
ref : important	69	(33%)	15	(22%)	0,17
moyen	78	(38%)	16	(21%)	
faible	59	(29%)	20	(34%)	
Année du stage					
ref : TCEM 3	14	(7%)	6	(43%)	0,15
TCEM 2	138	(67%)	29	(21%)	
TCEM 1	55	(27%)	16	(29%)	
Département du stage					
ref : Lot-et-Garonne	24	(12%)	10	(42%)	< 0,001
Pyrénées Atlantiques	91	(45%)	28	(31%)	
Gironde	20	(10%)	7	(35%)	
Landes	29	(14%)	1	(3%)	
Dordogne	38	(19%)	4	(11%)	
Disponibilité des séniors					
ref : bonne	162	(79%)	30	(19%)	0,002
moyenne	33	(16%)	14	(42%)	
faible	11	(5%)	6	(55%)	
Présence des séniors					
ref : bonne	156	(76%)	32	(21%)	0,003
moyenne	35	(17%)	10	(29%)	
faible	15	(7%)	8	(53%)	
Ecoute des séniors					
ref : bonne	123	(60%)	16	(13%)	< 0,001
moyenne	59	(29%)	25	(42%)	
faible	24	(12%)	9	(38%)	
Nom d'un séniors sur chaque dossier					
ref : en permanence	122	(59%)	28	(23%)	ns
souvent	46	(22%)	11	(24%)	
rarement	39	(19%)	12	(31%)	
Demandes de séniorisation motivées par la responsabilité médicale					
ref : rarement	21	(10%)	2	(10%)	0,08
parfois	62	(30%)	13	(21%)	
souvent	122	(60%)	36	(30%)	
Clarté des responsabilités					
ref : oui	91	(45%)	14	(15%)	0,004
non	113	(55%)	37	(33%)	

Tableau IV (suite). Analyse univariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.

Variable	total		autonomisation « rapide »		p
	n	(%)	n	(%)	
Encadrement de l'évaluation de la gravité					
ref : distance adaptée	140	(70%)	31	(22%)	ns
distance faible	41	(20%)	12	(29%)	
grande distance	20	(10%)	7	(35%)	
Encadrement de l'interrogatoire					
ref : distance adaptée	111	(55%)	23	(21%)	0,05
distance faible	5	(2%)	0	(0%)	
grande distance	85	(42%)	27	(32%)	
Encadrement de l'examen clinique					
ref : distance adaptée	114	(57%)	20	(18%)	0,023
distance faible	3	(1%)	1	(33%)	
grande distance	84	(42%)	29	(35%)	
Encadrement des prescriptions d'ex.complémentaires					
ref : distance adaptée	133	(67%)	29	(22%)	0,16
distance faible	23	(12%)	5	(22%)	
grande distance	44	(22%)	16	(36%)	
Encadrement des prescriptions thérapeutiques					
ref : distance adaptée	139	(69%)	31	(22%)	0,09
distance faible	30	(15%)	6	(20%)	
grande distance	32	(16%)	13	(41%)	
Encadrement des gestes techniques					
ref : distance adaptée	117	(58%)	29	(25%)	0,11
distance faible	63	(31%)	12	(19%)	
grande distance	21	(10%)	9	(43%)	
Encadrement des demandes d'avis spécialisés					
ref : distance adaptée	118	(59%)	25	(21%)	0,19
distance faible	27	(13%)	6	(22%)	
grande distance	56	(28%)	19	(34%)	
Encadrement de la réflexion médicale					
ref : distance adaptée	137	(68%)	25	(18%)	< 0,001
distance faible	27	(13%)	6	(22%)	
grande distance	37	(18%)	19	(51%)	
Encadrement de l'orientation des patients					
ref : distance adaptée	117	(58%)	25	(21%)	ns
distance faible	34	(17%)	8	(24%)	
grande distance	50	(25%)	17	(34%)	
Encadrement des relations avec familles					
ref : distance adaptée	95	(47%)	18	(19%)	0,06
distance faible	9	(4%)	1	(11%)	
grande distance	97	(48%)	31	(32%)	
Encadrement des relations avec l'équipe paramédicale					
ref : distance adaptée	136	(68%)	30	(22%)	0,04
distance faible	45	(22%)	10	(22%)	
grande distance	20	(10%)	10	(50%)	
Encadrement de la gestion du flux de patients					
ref : distance adaptée	134	(67%)	27	(20%)	0,06
distance faible	26	(13%)	7	(27%)	
grande distance	41	(20%)	16	(39%)	

Tableau IV (fin). Analyse univariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.

Variables	total		autonomisation « rapide »		p
	n	(%)	n	(%)	
Difficultés à formuler son problème					
ref : rarement	124	(60%)	21	(17%)	0,005
parfois	76	(37%)	27	(36%)	
souvent	6	(3%)	3	(50%)	
Difficultés à faire considérer son problème					
ref : rarement	111	(54%)	17	(15%)	< 0,001
parfois	80	(39%)	24	(30%)	
souvent	15	(7%)	10	(67%)	
Difficultés à trouver le bon moment pour appeler le sénior					
ref : rarement	116	(57%)	24	(21%)	0,045
parfois	67	(33%)	17	(25%)	
souvent	21	(10%)	10	(48%)	
Les internes comblent le manque d'urgentistes					
ref : Non / Oui mais ce n'est pas un problème	100	(48%)	10	(10%)	< 0,001
Oui et c'est un problème	107	(52%)	41	(38%)	

C.II.5.b) Analyse multivariée

L'analyse multivariée, après ajustement sur le département du stage, nous révèle que l'année du stage, l'encadrement de la réflexion médicale, le sentiment de combler ou non le manque d'urgentistes, et la clarté des responsabilités sont des variables statistiquement associés à une autonomisation vécue comme rapide (Tableau V).

Tableau V. Analyse multivariée des facteurs associés à une vitesse d'autonomisation évaluée comme rapide par les internes.

Variables	Rapport de Côte*	IC 95%	p
Encadrement de la réflexion médicale			
ref : distance adaptée	1		0,004
distance faible	1,16	(0,4 – 3,8)	
grande distance	4,64	(1,8 – 11,9)	
Année du stage			
ref : TCEM 1	1		0,027
TCEM 2	0,67	(0,3 – 1,6)	
TCEM 3	4,5	(1 – 20,8)	
Les internes comblent le manque d'urgentistes			
ref : Non / Oui mais ce n'est pas un problème	1		< 0,001
oui et c'est un problème	4,07	(1,7 – 9,8)	
Clarté des responsabilités			
ref : oui	1		0,005
non	3,3	(1,4 – 7,9)	

* ajusté sur le département du stage.

Les stages réalisés en TCEM3 semblaient associés à un risque accru d'autonomisation rapide, mais les intervalles de confiance ne permettaient pas de conclure formellement (OR 4,5 ; IC95% 1-20,8, p=0,027).

Un encadrement distant de la réflexion médicale était associé à un risque d'autonomisation rapide (OR=4,6 [IC95% 1,8-11,9] ; p=0,004).

Le sentiment de combler le manque d'urgentistes et que cela soit problématique était associé à un risque d'autonomisation rapide (OR=4,1 [IC95% 1,7-9,8] ; p<0,001), tout comme le flou des responsabilités (OR=3,3 [IC95% 1,4-7,9] ; p=0,005).

***D* / DISCUSSION**

D.I. ÉLABORATION D'UN QUESTIONNAIRE PAR LA MÉTHODE DU FOCUS GROUP

L'analyse de ce FG nous a permis de déterminer des items pertinents pour construire le questionnaire à destination des internes et celui destiné des urgentistes. Sans grande surprise nous avons retrouvé la notions de vitesse d'autonomisation, et l'encadrement de chacune des étapes du travail aux urgences. Outre les facteurs propres à chaque interne, qui font que les besoins en séniorisation sont très variés, d'autres éléments intéressants ont aussi émergé : motivation pour la médecine d'urgence, semestre du stage. Mais c'est aussi tout le relationnel interne-sénior qui est évoqué par les participants comme déterminants de la qualité de l'encadrement : présence, disponibilité, proximité, écoute, considération, question de la responsabilité, formation ou motivation à la pédagogie...

Les résultats de ce travail, grâce auxquels nos questionnaires ont été élaborés, comportent malgré tout plusieurs limites. Nous savions que le choix de mélanger internes et séniors dans un même FG était risqué car il pouvait induire l'inhibition de certains participants, de peur d'induire une confrontation(26,27). A ce titre, la présentation du FG rappelait bien les objectifs et enjeux de ce travail, l'animation du FG valorisait l'expression de vécus ou d'opinions diverses sans que les participants puissent se sentir menacés. Le sujet passionnant les participants, il n'y a pas eu d'inhibition, bien au contraire : des idées très nombreuses et variées ont été évoquées, et il n'y a eu ni franche opposition, ni confrontation, ni désaccord franc. Les participants étaient souvent plusieurs à confirmer le vécu, les idées et propositions des autres ce qui donne peut-être plus de valeur aux items qui en découlent. En revanche nous avons été confronté au phénomène du « randonneur » (27) : les participants, intarissables sur le sujet, ont parfois été difficiles à canaliser par le modérateur malgré les tentatives de recentrage, et la clarification de certaines réponses ambiguës ou incomplètes n'a pas pu toujours être effectuée. Un modérateur doit maîtriser la technique du FG pour animer le groupe et faire émerger les différents points de vue. Il s'appuie sur le guide d'entretien, mais peut laisser la dynamique de groupe, agir de manière non directive, ou recentrer la discussion de manière plus directive si nécessaire. Il permet de préciser et de clarifier les idées des participants grâce à la reformulation, et aide à leur synthèse. En l'absence d'expérience significative, le doctorant a animé lui-même le FG (26,27); sa neutralité était donc discutable, et son manque d'expérience a probablement nui à la qualité du Focus Group. Néanmoins, le risque de parti pris restait faible puisque le FG était à visée exploratoire. Le modérateur a rapidement abandonné l'idée de suivre intégralement le guide d'entretien car l'interaction entre les participants était beaucoup plus spontanée que

prévu. La vocation d'un guide d'entretien est de structurer l'entretien (26,27), de stimuler le groupe en faisant réfléchir à partir d'une question assez ouverte sur une thématique, afin de faire émerger des idées ou de faire s'exprimer les différents points de vue. Les questions sont en général hiérarchisées des thématiques plus générales vers les plus spécifiques, et des moins personnelles au plus personnelles, pour faciliter la prise de parole dans un groupe où les participants ne se connaissent pas. Il s'agit donc d'une aide plus que d'une contrainte ou d'une obligation. Le respect ou non du guide d'entretien n'est pas en soi révélateur de la qualité du FG et de son exploitabilité.

Un FG comprend en général un observateur qui connaît le thème abordé (26,27). Son rôle est de veiller au bon déroulement logistique du FG, ainsi qu'au bon enregistrement audio de la séance, dans laquelle il n'intervient pas mais doit prendre des notes concernant les interactions au sein du groupe et les composantes non-verbales et relationnelles des échanges. Ces échanges sont retranscrits par la suite intégralement dans le verbatim de l'entretien (26-29). Nous n'avions pas d'observateur à proprement parler, mais avec l'accord des participants, nous avons procédé à un enregistrement du FG en audio et vidéo sous 3 angles de vue différents. Cela assurait la plus grande exhaustivité possible concernant les propos et les interactions entre l'ensemble des participants dans toutes leurs composantes, malgré l'absence d'observateur direct.

Le codage a été effectué par le directeur de thèse et le doctorant de manière indépendante l'un de l'autre, mais ils n'avaient aucune expérience en la matière. Ils ont choisi un découpage sémantique (30), un codage ouvert, axial (31), parfois sélectif, en tâchant de respecter une méthodologie systématique et de répondre aux exigences formulées par Berelson en 1952 (32) : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité, pertinence. Il s'agit malgré tout d'un biais méthodologique, d'autant plus que la fiabilité des résultats n'a pas été contrôlée.

L'obtention de la saturation d'idées n'a pas été recherchée puisqu'il y a eu un seul FG réalisé, à visée exploratoire. Il n'y a pas eu de confirmation des résultats du FG par les participants, mais l'intérêt suscité par le sujet du FG et le caractère assez tranché des avis exprimés à la lecture du verbatim ne laissent que peu de doute sur les opinions exprimées.

Enfin, même si le questionnaire a été soumis à 4 personnes pour relecture, faute de temps il n'y a pas eu, à proprement parler, d'étude pilote (33) pour tester la compréhension des questions, éventuellement modifier la formulation des questions ou des modalités de réponse proposées.

D.I.1 - Le choix de la méthode

En l'absence de travail antérieur sur ce sujet précis de la relation de séniorisation aux urgences, il nous fallait définir les items sur lesquels se porterait notre questionnaire. Une étude qualitative préalable était nécessaire pour obtenir des questions plus pertinentes et plus exhaustives qu'en les établissant de manière arbitraire. Nous avons donc choisi de réaliser un Focus Group (FG) à visée exploratoire. Un FG est un groupe d'expression permettant de recueillir des informations, avis et opinions sur un sujet donné. Initialement développée dans le domaine du marketing, l'utilisation de cette méthode est aujourd'hui généralisée et on la retrouve dans le domaine de la santé depuis les années 80. Elle est de plus en plus utilisée de nos jours en recherche en soins primaire. Cette technique d'entretien permet de mieux comprendre le vécu, les opinions, le comportement, les attentes et besoins, et permet parfois de faire émerger de nouvelles idées pour les chercheurs (26,27), ou de constituer un travail exploratoire préalable à l'établissement d'un questionnaire d'enquête (26). En effet, la dynamique de groupe permet au modérateur de faire ressortir des notions que des entretiens individuels ne permettraient pas de retrouver aussi facilement. L'expérience commune peut créer des solidarités et libérer la parole, lever les inhibitions, dépasser les tabous (26,27). Cette méthode du FG s'avérait appropriée pour notre travail exploratoire pour ces raisons, mais comportait par ailleurs d'autres avantages : le recueil de données est bref et peu contraignant. Même si le temps d'analyse est long, l'investissement financier est faible. L'échantillonnage du groupe ne doit pas être nécessairement représentatif, mais seulement permettre des opinions panachées dans un environnement propice à leur expression (26,27). Le recrutement en était donc facilité.

Sans vouloir à tout prix atteindre la saturation des idées, l'établissement d'une grille d'items pour nos questionnaire aurait probablement mérité la réalisation d'un autre FG au minimum. Une alternative aux FG aurait été de recourir à des groupes nominaux d'internes et de séniors des urgences.

D.II. ENQUÊTE AUPRÈS DES INTERNES ET DES SENIORS

D.II.1 - Résultats principaux

À l'instar de Kilminster qui estime qu'un encadrement trop faible est dangereux pour les patients (34), nous pensons que lorsque l'autonomisation paraît *rapide* à l'interne, la sécurité de ses patients est peut-être parfois compromise. Et cela semble être le cas d'après ¼ des internes et des urgentistes. Par ailleurs, les regards des internes et des séniors sur la vitesse d'autonomisation globale des internes ne semblent pas différents. Ces résultats vont à l'encontre des données de la littérature qui montrent qu'en général, auto-évaluation et évaluation externe ne se superposent pas (22,23,35).

Une supervision de qualité entraîne non seulement une progression de l'interne mais aussi améliore la prise en charge des patients (36). Parmi les 12 critères de jugements secondaires, l'encadrement de la réflexion médicale est le seul à être associé au sentiment d'autonomisation rapide. Un accompagnement faible de la réflexion médicale multiplie par 4 le risque que l'interne estime son autonomisation comme *rapide* : ces résultats doivent inciter les urgentistes à bien accompagner le raisonnement médical de leurs internes.

Notre critère de jugement principal est la résultante de l'évolution de l'autonomie pendant les 6 mois de stage. Cette autonomie est en quelque sorte la synthèse de la distance d'encadrement sur chacun des 12 points du travail aux urgences (Tableau II, Figure 12) - avec une pondération de chacun de ces 12 critères que nous ne connaissons pas précisément mais où la part de l'encadrement de la réflexion médicale est importante. En mettant en parallèle la vitesse d'autonomisation et les autres critères, nous observons que la vitesse d'autonomisation est majoritairement considérée comme adaptée et que les regards des internes et des séniors convergent à ce sujet. Mais dans le détail de nos 12 critères secondaires, leurs regards diffèrent parfois, ou suggèrent des insuffisances, la tendance étant plutôt celle d'un optimisme plus grand chez les urgentistes.

Nous observons un fréquent décalage entre l'auto-évaluation des urgentistes et l'évaluation des internes. Une proportion plus grande d'urgentistes que d'internes juge l'encadrement *proche* pour les notions d'évaluation de la gravité, de prescription d'examens complémentaires ou de thérapeutiques, ou de réflexion médicale. Pour les gestes techniques, la majorité des séniors s'estime *proche* des internes alors que les internes les jugent à distance *adaptée*. De même pour les demandes d'avis spécialisés,

l'orientation du patient ou les relations avec les proches des patients : les internes évaluent la distance comme plutôt *adaptée* ou *distante*, les séniors plutôt comme *adaptée* ou *proche*.

Internes et séniors conviennent du fait qu'une part non-négligeable de l'encadrement donné aux internes serait *distant*. Cela concerne l'interrogatoire, l'examen clinique des patients, les demandes d'avis spécialisés, l'orientation du patient, et les relations avec les familles et proches des patients.

Notre travail comporte malheureusement plusieurs limites. Le recueil de données des internes s'est fait lors des choix de stage et non pas à l'issue du stage aux urgences des internes. Parfois, les internes avaient réalisé leur stage d'urgences plusieurs semestres auparavant, ce qui induit peut-être un biais de mémorisation. Notre questionnaire était sujet à plusieurs biais : biais de cadrage, effet de halo et de contamination, biais de tendance centrale. Un biais de désidérabilité sociale et d'estime de soi existe probablement pour le questionnaire des urgentistes.

Malgré un excellent taux de réponse, notre travail est possiblement sujet à un biais de sélection par adhésion : certains des centres sont mal représentés, d'autres sont mieux représentés que la moyenne. Il est possible que les centres ayant le plus participé sont ceux où l'intérêt des urgentistes pour la pédagogie et la supervision des internes sont les plus importants. Cela pourrait expliquer le décalage de perception des urgentistes, considérant leur encadrement plus proche des internes qu'il ne l'est en réalité. Cette limitation est probablement moins vraie lorsqu'il s'agit des résultats d'un CH dont la participation était tout à fait satisfaisante (Figure 7).

Les résultats régionaux n'ont pas beaucoup de sens au niveau individuel mais permettent un état des lieux, une prise de conscience, et proposent des perspectives. Les résultats de chaque centre hospitalier (Tome 2) sont probablement plus pertinents pour mettre en lumière les réelles insuffisances d'encadrement et faire progresser la supervision dans les services d'urgences. Notre travail pourrait être le point de départ d'une réflexion sur l'amélioration individuelle des compétences d'encadrement des médecins urgentistes.

D.II.2 - Évaluations des internes et des terrains de stage aux urgences en Aquitaine

Il existe actuellement deux types d'évaluations de fin de semestre : celle du Département de Médecine Générale (DMG) et celle du Syndicat des Internes en Médecine Générale d'Aquitaine (SIMGA).

Les évaluations du DMG concernent à la fois les internes et les terrains de stages et sont transmises à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Une grande majorité des internes et

séniors les considèrent utiles. Mais elles reposent sur des grilles nationales créées en 2004, à titre « *transitoire, en attente de l'élaboration définitive d'un carnet de validation* » (37), et qui sont les mêmes pour tous les autres types de stages (Annexe 5,6). Elles ne répondent pas à la spécificité de certains services, comme les urgences. Les évaluations des services par les internes et celles des internes par leur service ne peuvent pas être comparées. L'absence de diffusion des résultats des évaluations auprès des services, sauf en cas de dysfonctionnement important, ne permet pas d'amélioration pertinente de l'encadrement des urgentistes. Pour les internes, ces évaluations qui interviennent en fin de stage ne favorisent pas leur remise en question. Par ailleurs, il existe un biais dans ces évaluations : un interne recevant une évaluation péjorative risque de faire une mauvaise publicité au service peu de temps avant les choix de stages, alors que les services cherchent à accueillir des internes les plus anciens, donc faisant preuve de plus d'expérience et d'autonomie. Enfin, même s'il nous est impossible de confirmer ou de quantifier ces faits, des internes nous ont décrit une inhibition lors du remplissage des évaluations. Ce n'est pas spécifique au stage d'urgences. Les problèmes rapportés par les internes sont les suivants : rédaction en présence du chef de service, rétention de l'évaluation de fin de stage de l'interne, crainte d'affronter ses pairs et supérieurs en cas de signalement d'un dysfonctionnement, dont la dénonciation serait sans bénéfice pour l'interne...

Nous avons cherché à nous procurer les anciennes évaluations pour les comparer à nos résultats mais nous n'avons pas eu de réponse de la part du SIMGA. La grille employée (Annexe 7) correspond plus à une description globale du terrain de stage que d'une évaluation précise des aspects pédagogiques. Le SIMGA en fait la synthèse avec les précédentes évaluations, les diffuse de manière anonyme auprès des internes afin de guider leurs choix ultérieurs, et fait éventuellement remonter les dysfonctionnements au DMG. Mais elles ne sont pas exhaustives car il n'y a aucune obligation à les remplir, ce qui peut constituer un biais. Il est vraisemblable qu'elles soient principalement complétées par les étudiants les plus ou les moins satisfaits de leur stage.

Les évaluations disponibles en Aquitaine ne permettent donc pas de suivi régulier et d'amélioration de l'encadrement aux urgences.

D.II.3 - Place des internes, rôles des séniors, responsabilités

D.II.3.a) La problématique de la responsabilité

Nous avons abordé dans notre questionnaire la problématique de la responsabilité médicale. En France, bien qu'en augmentation croissante, les condamnations civiles ou pénales d'urgentistes sont peu nombreuses, et la mise en cause des internes aux

urgences est encore plus rare, mais cela existe (11). L'incidence des lettres de réclamations serait de l'ordre de 3 à 9 pour 10 000 patients (38,39). Un travail soutenu en 2006 révélait que 68% des dossiers faisant l'objet d'une réclamation ne comportaient pas d'avis de sénior, et 76% n'avaient pas été validés par un sénior (40). Dans notre travail, 41% des internes estiment que les dossiers ne sont pas systématiquement contre-signés et 22% des séniors. D'un point de vue médico-légal, ces chiffres sont importants, et on remarque d'ailleurs un décalage de perception entre internes et séniors. Alors que les responsabilités semblent claires pour une grande majorité de séniors, ce n'est pas le cas pour plus de la moitié des internes, ce qui participe vraisemblablement à une sollicitation importante des séniors : seulement 10% des internes affirment que leurs demandes de séniorisation ne sont jamais ou rarement liées à cette problématique de responsabilité médicale.

En 2007, une étude menée aux États-Unis révélait que la peur de l'erreur médicale et des conséquences juridiques avaient un réel impact sur la pratique et la motivation des résidents des urgences (41), favorisant ainsi la médecine défensive, consistant entre-autres à réaliser des examens complémentaires pour se rassurer ou se couvrir.

On retrouve ce phénomène en France, où une étude retrouvait que la moitié des internes de MG en Normandie craignaient le risque juridique, justifiant une augmentation de la prescription des examens complémentaires pour 20% des internes. De même, la crainte du risque juridique est présente chez la moitié des internes de médecine générale de Normandie, et près de 20% réalisent plus d'examens complémentaires (42). Différents travaux ont montré que les changements de semestre des internes dans les hôpitaux pouvaient occasionner une sur-mortalité (43) et une sur-prescription d'examens complémentaires en début de semestre (44). Le manque d'expérience des internes, la pression juridique, l'encadrement insuffisant du sénior et l'absence de validation initiale systématique peuvent probablement l'expliquer. Il en est probablement de même pour les internes aux urgences.

D.II.3.b) La séniorisation aux urgences

L'histoire des services d'urgences et de la mise en place de la séniorisation nous permet de comprendre une partie des difficultés rencontrées dans l'encadrement des internes aux urgences. Alors que la présence des séniors s'est petit à petit concrétisée en France, les contours de leur rôle d'encadrement restent flous. Les pratiques sont assez différentes d'un hôpital à un autre, mais la supervision du travail des internes est globalement meilleure qu'avant. Notre travail fait état d'une présence et d'une disponibilité des urgentistes satisfaisantes pour plus de 75% des internes. En 2004 en

Lorraine, Kubek rapportait un chiffre, inférieur au notre : dans 56% des cas seulement, un sénior était disponible pour superviser le travail des internes, et 33% des internes jugeaient cet encadrement insuffisant (5). Il faisait état par ailleurs de 81% d'internes affirmant que les dossiers n'étaient pas tous visés par un sénior (5), contre 41% dans notre travail, soit moitié moins. Il est difficile toutefois d'en tirer des conclusions : il ne s'agit ni de la même période ni de la même région : les pratiques d'encadrement ne sont pas nécessairement les mêmes. Mais une séniorisation de plus en plus globale se dessine malgré tout en Aquitaine.

D.II.3.c) Le rôle de l'interne

A la fois médecin et étudiant, l'interne a une certaine autonomie, dont les limites sont définies par les médecins qui l'encadrent. Nous avons vu dans notre travail que les perceptions divergent lorsqu'il s'agit de la place réelle des internes aux urgences : plus de 80% d'internes ont le sentiment de combler le manque d'effectifs médicaux aux urgences, et parmi eux la moitié estiment cela problématique. Du côté des séniors, 50% le pensent, et la moitié de ceux-ci pense que c'est un problème. Enfin, 20% des internes et 40% des séniors estiment que la séniorisation des internes en garde n'est pas adaptée. A cela s'ajoute le fait que pour la moitié des internes, les responsabilités aux urgences ne sont pas claires. Ce sentiment, ainsi que celui de combler le manque d'effectifs médicaux en considérant cela problématique, sont statistiquement associés à une autonomisation vécue comme rapide, donc potentiellement non-sécuritaire, et favorisant la médecine défensive. La question de la place et des responsabilités précises des internes aux urgences se pose toujours ; une mise au point sur la responsabilité aux urgences était d'ailleurs plébiscité par les internes dès le FG.

Historiquement, aux urgences, les internes se voient relégués, dans les textes, au simple rang de stagiaires à partir de 1995. Mais une enquête menée 5 ans plus tard, déterminait que dans plus de la moitié des établissements de santé les internes dépassaient encore largement ce rôle (45). Depuis 1999, le statut de l'interne est devenu un peu plus que celui d'un simple stagiaire : l'interne est « *un praticien en formation spécialisée* » et « *reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions* » (46). En outre, il exerce « *des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* » (46). Ce statut n'a jamais été modifié depuis 1999. En revanche les conditions de la délégation aux internes avaient été précisés antérieurement, et confirmées au fil des années : un

arrêt du Conseil d'Etat de 1953 a fait jurisprudence quant aux conditions de délégation d'un acte chirurgical à un interne (47), et d'autres jugements sont venus l'étayer et l'étendre aux spécialités non-chirurgicales (48-51). Deux critères sont requis : le caractère courant de l'intervention, et les capacités de l'interne, de manière à ce que l'autorisation donnée ne soit pas « *susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre* » (47). Mais aux urgences, où l'activité est intense et très diversifiée, avec parfois des patients dont la gravité est facilement sous-estimée à l'entrée, vérifier préalablement que les conditions de la délégation soient remplies reste très difficile à mettre en œuvre au quotidien par les urgentistes. Il est difficile d'établir les contours précis du rôle et des responsabilités des internes, ainsi que des modalités de leur encadrement.

D.II.4 - Pédagogie aux urgences

L'éthymologie du mot « pédagogie » indique qu'il s'agissait de la science de l'éducation des enfants. Françoise Clerc a défini la pédagogie comme étant « *l'ensemble des savoirs scientifiques et pratiques, des compétences relationnelles et sociales qui sont mobilisées pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies d'enseignement* ». Autrement dit, la pédagogie désigne ce qui est mis en œuvre pour permettre la transmission d'un savoir : compétences, pratiques, et méthodes. Faire preuve de pédagogie est le fait d'utiliser les méthodes adaptées à l'individu ou au groupe d'individus visé pour transmettre un savoir et/ou une expérience.

D.II.4.a) Cadre pédagogique aux urgences

L'apport pédagogique du stage aux urgences passe par le cadre déterminé par les chefs de services et responsables des internes, et les outils qu'ils utilisent. Dans notre étude, l'intérêt des outils pédagogiques les plus fréquemment utilisés est confirmé par les internes et les urgentistes.

Les services doivent apporter une vigilance particulière à la définition du cadre et des règles de séniorisation, et à l'évaluation du niveau et des besoins des internes, deux éléments pédagogiques indispensables aux yeux des internes et des seniors, mais insuffisamment réalisés d'après les internes. Cela rejoint plusieurs des points du questionnaire de Maastricht : « *donner l'autonomie appropriée au niveau d'expérience et de compétence* », « *spécifier clairement ce que l'étudiant doit savoir et faire pendant la période d'entraînement* », « *adapter l'enseignement aux besoins de l'étudiant (expérience, compétence, intérêt)* » (52).

Notre travail a par ailleurs retrouvé que dans 1/3 des cas les services d'urgences n'ont pas de sénior-référent des internes. Près de la moitié des internes et des seniors en

Aquitaine estiment que leur service n'a pas d'objectifs pédagogiques, alors que la grande majorité d'entre eux jugent ces deux mesures utiles. Ces résultats semblent meilleurs toutefois que dans l'étude de Kubek. Tout en remarquant à quel point les réponses des internes et celles des chefs de services pouvaient parfois diverger, il a été établi que 69% des services d'urgences évalués n'avaient pas d'objectifs de stage, et que 100% des internes déclaraient ne pas avoir de médecin tuteur, alors que la quasi-totalité des services déclaraient en nommer un (5). Le tuteur, ou le responsable des internes joue un rôle majeur concernant la qualité pédagogique du stage. Il favorise un climat propice à l'apprentissage, définit les attentes, les rôles et responsabilités des internes lors de l'activité de soin, et les situations qu'ils doivent rencontrer lors de leur stage. Il définit les objectifs pédagogiques du service en lien avec les objectifs officiels, renvoie des feedback réguliers aux internes, fait le bilan avec chacun d'entre eux au cours de stage pour leur permettre de remédier aux problèmes éventuellement constatés, et complète leurs évaluations (53).

Il n'existe pas à ce jour d'objectifs pédagogiques nationaux ou même régionaux pour le stage de l'interne en médecine générale aux urgences. Les objectifs pédagogiques éventuellement décidés par les services d'urgences peuvent parfois perdre de vue la finalité de la formation des internes, et s'avérer inutiles car éloignés des réalités auxquels les internes seront confrontés dans leurs cabinets. Marlier a déterminé des objectifs pédagogiques régionaux pertinents pour les stages des internes en médecine générale, dont les urgences (54). Il souligne d'ailleurs à quel point les objectifs pédagogiques doivent répondre à 2 impératifs : la nécessaire intégration de l'interne à l'activité de soin, et la prise en compte de sa formation de spécialiste en médecine générale. A ce titre, un travail en cours est réalisé par le Collège National des Généralistes Enseignants afin d'établir un référentiel de compétences du médecin généraliste pour les situations d'urgence, qui pourra probablement servir de base de travail pour l'établissement des objectifs pédagogiques du stage aux urgences.

D.II.4.b) Formation des superviseurs

L'apport pédagogique d'un stage aux urgences pour un futur médecin généraliste est important, que ce soit pour l'anamnèse, l'examen clinique orienté, le raisonnement, ou les compétences techniques (14,55), mais comme pour tout stage, il est nécessaire que l'interne soit accompagné, guidé, qu'il trouve sa place et soit progressivement autonomisé, pour en retirer un vrai bénéfice. Le propos de Motte-Vincent va dans ce sens : l'apport pédagogique des gardes aux urgences est « *permis en grande partie par la séniorisation des gardes, mais dont l'aspect formateur est sous-exploité* » (56).

Notre travail a déterminé que seulement un tiers des internes et urgentistes d'Aquitaine estime problématique l'absence de formation pédagogique des urgentistes. Si la formation médicale théorique et pratique des urgentistes a progressé avec l'arrivée du DESC de médecine d'urgence, aucun urgentiste n'est réellement formé à son futur responsabilité d'encadrement (57). Les internes ne sont pas forcément les mieux placés pour juger de l'importance d'une formation pédagogique des séniors. En revanche, l'absence de besoin de formation pédagogique de 2/3 des urgentistes interroge. Il s'explique peut-être par l'ignorance des bénéfices potentiels d'une vraie pédagogie, et par la reproduction du modèle de séniorisation encore très prégnant consistant surtout en une vérification du travail de l'interne. L'apport pédagogique en est de ce fait très réduit. Adet le confirme : « *les services d'accueil des urgences sont des terrains encore incultes mais très intéressants à utiliser pour la formation clinique* » (58). Plusieurs équipes ont proposé que la supervision et l'enseignement clinique fassent l'objet d'un enseignement précoce, notamment afin d'habituer internes et séniors, à délivrer et recevoir des feedback (59).

D.II.4.c) Supervision et enseignement clinique

Grâce au FG nous avons tenté de définir différentes modalités de séniorisation : « *un regard systématique sur tous les dossiers* », une séniorisation « *à intervalles réguliers* », « *seulement si demande de l'interne* », et « *selon le type de patient pris en charge* ». Malheureusement, ces intitulés n'ont pas été suffisamment compris par tous les participants, et il nous a été impossible de les interpréter. Nos modalités se rapprochaient pourtant de celles décrites par Kennedy et al (60) : la supervision « *clinique* » est permanente et assez globale ; la supervision « *de routine* » est planifiée dans le temps. Une supervision « *réactionnelle* » est une vérification activée par le questionnement induit lors de la supervision « *de routine* ». La supervision « *de coulisses* » a lieu sans que l'étudiant en ait connaissance. Et selon la gravité du patient, l'urgentiste peut décider d'aller lui-même d'emblée soigner le patient.

D'après Bruijn, la supervision et l'enseignement clinique sont deux compétences différentes mais qui font partie du rôle du sénior (36). Et justement, une des limitations de notre travail vient d'une difficulté initiale à appréhender ce double rôle du sénior aux urgences. Nous avons probablement été influencés par l'histoire de la médecine d'urgence, jeune spécialité, et de sa séniorisation, empirique. L'enseignement clinique aux urgences en est à ses balbutiements. De ce fait, nous avons plus étudié la séniorisation en tant que supervision qu'en tant qu'enseignement clinique. Peu de travaux existent sur ces deux thèmes aux urgences. En revanche,

hors du contexte des services d'urgences, des travaux ont étudié l'enseignement clinique, et des outils d'évaluation de la qualité de l'enseignement clinique ont même été développés, comme le Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) (52), ou le Cleveland Clinical Teaching Effectiveness Instrument (CCTEI) (61) pour les plus connus. Mais globalement, aucun des instruments existants ne couvre la totalité des déterminants de l'enseignement clinique (62). Il s'agit uniquement d'une évaluation par les internes, non-spécifique aux urgences, où la notion plus globale de supervision n'est pas abordée, et où aucune comparaison avec l'autoévaluation des superviseurs n'est entreprise. Nous avons toutefois trouvé une étude avec de faibles effectifs et qui ne concerne pas les urgences, mais qui compare l'évaluation de l'enseignement clinique par les internes via le MCTQ, à l'auto-évaluation des seniors via un MCTQ modifié. L'association de ces deux techniques d'évaluation est plus efficace que l'une ou l'autre utilisée de façon isolée, et lorsqu'une différence était constatée entre évaluation et auto-évaluation, cela constituait pour le senior concerné un signal fort en faveur d'un changement (24). C'est pourquoi nous avons voulu comparer le feedback des internes et l'autoévaluation du senior, sur la supervision aux urgences.

Sans que ce soit spécifique aux services d'urgences, une partie du rôle d'encadrement et de pédagogie des seniors peut s'avérer intuitive, notamment le repérage des étudiants éprouvant des difficultés de raisonnement clinique. Mais ils se sentent désemparés faute de formation pédagogique et d'outils pour y apporter un diagnostic précis et des mesures adaptées (63), ce qui peut les amener à un sentiment d'impuissance (64). Pour les seniors qui n'ont jamais bénéficié, eux, d'un encadrement aux urgences lorsqu'ils étaient internes, adopter une juste distance d'encadrement avec leurs internes peut s'avérer encore plus difficile que pour les autres.

D.II.4.d) Le feedback, garant d'un apport pédagogique de qualité

Ce que montre notre enquête, c'est que pour parvenir à un encadrement de qualité, internes et urgentistes doivent apprendre à plus échanger. La participation importante des internes et urgentistes à notre enquête témoigne de l'intérêt qu'ils portent aux problématiques abordées. Associée aux résultats de notre travail, cela plaide en faveur de l'instauration d'une culture de « feedback » entre internes et seniors aux urgences. C'est à ce prix que serait trouvée par chaque urgentiste une distance d'encadrement adaptée à chacun des internes, sur chaque étape du travail aux urgences, et pour chaque patient. Certes, le manque d'effectifs médicaux, l'activité

intense et non-programmée, la nécessité d'une orientation rapide des patients, la gravité de certains, rendent toute séniorisation différée quasiment impossible, contrairement aux autres services de l'hôpital, et le temps pour une supervision immédiate de qualité est parfois difficile à dégager (34). Mais une séniorisation « de qualité » n'implique pas nécessairement une séniorisation permanente, intrusive, qui peut paraître sécurisante, mais serait en réalité un très mauvais signal en terme de confiance pour l'interne et pour l'acquisition d'une autonomie. Certains auteurs estiment que la qualité de la relation de supervision est le facteur le plus important pour une séniorisation efficace, et plus que les méthodes de supervision elles-mêmes (34). Ceci plaide en faveur d'une formation pédagogique des urgentistes. Nos résultats vont en ce sens : 93% des internes et des séniors estiment que la proximité facilite la séniorisation. ; la relation de séniorisation est réellement un pré-requis pour la pratique du feedback ou n'importe quelle autre méthode pédagogique. Cette relation repose autant sur le sénior que sur l'étudiant (65).

Un feedback clair et constructif reste incontournable pour une séniorisation de qualité (19,34), plus efficace que le renforcement positif (19). Bernard et al. ont constaté que les séniors sont encore réticents à livrer leurs critiques, aux étudiants par crainte de réactions négatives ou d'un impact sur la relation avec l'étudiant pour la suite du stage. Les étudiants ne reçoivent que peu de feedback, dont la qualité peut s'améliorer. Pourtant il s'agit d'un besoin important exprimé par les étudiants, dont l'auto-évaluation n'est pas fiable et ne leur suffit pas (19). Pour être vécu comme une aide, un feedback doit être délivré de manière appropriée : climat interpersonnel favorable, lieu adapté, quantité adaptée, accord mutuel sur les objectifs, donner un feedback qui concerne des comportements spécifiques et réfléchir sur les comportements observés, faire préciser les pensées et impressions de l'apprenant, ne pas juger mais proposer des solutions d'amélioration (66). Bernard et al décrivent trois types de critiques : le « *brief feedback* », qui suggère à l'interne une amélioration immédiate et qui peut avoir lieu à l'occasion d'une discussion lors de vérifications systématiques du sénior ; le « *formal feedback* », qui conclut une journée de travail en soulignant quelques points en particulier, et le « *major feedback* », délivré à mi-stage par le responsable des internes (19).

Ce dernier est notamment plébiscité par les internes et les séniors dans notre étude, mais à double sens : Près de $\frac{3}{4}$ des urgentistes et des internes souhaitent la généralisation du bilan de mi-stage des internes, et près des $\frac{2}{3}$ l'instauration de l'évaluation des séniors par les internes à mi-stage. Ce retour sur les pratiques

d'encadrement de chacun offrirait l'opportunité de l'adapter de façon plus pertinente aux besoins des internes.

D.II.4.e) La minute du superviseur

Selon le problème du patient, l'autonomie acquise par l'interne, la supervision directe permanente n'est pas toujours nécessaire. Actuellement, l'encadrement apporté aux urgences se fait essentiellement au travers d'une supervision indirecte, car les praticiens n'ont pas les moyens de voir cliniquement chaque patients. En cas de supervision indirecte, le sénior s'appuiera sur le récit de la situation clinique fait par l'interne. Idéalement, le sénior fera progresser le raisonnement clinique de l'interne par sa critique de l'analyse faite par l'interne, puis par les discussion cliniques (67), diagnostiques (68), thérapeutiques (69) qui s'en suivent (14), mais cela n'est pas toujours réalisé. Les séniors peuvent facilement court-circuiter ces étapes, ce qui rétrécit d'emblée le champs de la réflexion (70). Par exemple, en réponse à la présentation faite par l'interne, l'urgentiste dévoile directement la prise en charge du patient plutôt que de guider le raisonnement de l'interne.

Une supervision indirecte classique nécessite environ dix minutes, dont six de présentation par l'interne et trois de questions du sénior ; la discussion réellement pédagogique ne dure qu'une minute en moyenne : c'est la « minute du superviseur ». L'optimisation de cette séquence de séniorisation et notamment de la dernière minute est décrite dans la méthode du même nom (71,72). Des méthodes comme le modèle SNAPPS (73) lui ont été comparées (74), et semblent équivalentes en terme de résultats. Dans ce modèle, le superviseur aurait plutôt un rôle de facilitateur, l'étudiant un rôle encore plus central et actif dans la démarche ; les hypothèses diagnostiques retenues sont peu nombreuses et uniquement les plus probables.

Peu connues des urgentistes, ces techniques permettent pourtant d'intégrer l'enseignement clinique à l'activité de soins, de la façon la moins chronophage et la plus efficace, en quelques minutes. Dans le cas de la minute du superviseur, il s'agit de 5 étapes et d'une conclusion : « *inviter l'étudiant à prendre position (en formulant une hypothèse diagnostique, en proposant une démarche d'investigation ou une décision thérapeutique)* », « *demander à l'étudiant d'argumenter sa position* », « *énoncer une règle générale* », « *valider les éléments pertinents de la prise en charge proposée par l'étudiant* », « *identifier les erreurs et suggérer des solutions alternatives* ».

Ce genre de méthode, extrêmement simple, peu chronophage, ne modifiant que très peu les pratiques de séniorisation mais cherchant surtout à les optimiser, pourrait

faire l'objet d'une sensibilisation, même brève, auprès des urgentistes encadrant les internes, et permettrait ainsi d'optimiser à la fois les bénéfices pédagogiques du stage obligatoire aux urgences, la sécurité et la qualité des soins.

***E* / CONCLUSION**

Notre travail a déterminé que contrairement aux données de la littérature, l'évaluation des urgentistes à propos de la vitesse d'autonomisation des internes n'est pas différente de l'auto-évaluation des internes. Dans la majorité des cas celle-ci est adaptée. En revanche, la vitesse d'autonomisation, qui reflète l'évolution de l'autonomie tout au long du semestre, est un indicateur insuffisant de la qualité de l'encadrement : lorsque nous regardons la séniorisation en détail, l'auto-évaluation des séniors n'est souvent pas superposable à l'évaluation des internes. Notre enquête révèle quelques points déterminants pour une juste autonomisation. L'accompagnement insuffisant du raisonnement médical de l'interne, un manque de clarté des responsabilités de l'interne, le sentiment de pallier au manque d'urgentistes sont les facteurs d'une autonomisation perçue comme rapide par les internes. Cela plaide – au minimum- en faveur d'une plus grande communication internes-séniors tout au long du stage, voire d'une sensibilisation institutionnelle à l'encadrement des internes, et aux techniques simples d'optimisation de la séniorisation, comme le concept du feedback ou de la minute du superviseur. Dans cette logique de plus grande communication, internes et urgentistes souhaitent la généralisation du « *formal feedback* » à savoir d'un bilan de mi-stage des internes, et la mise en place concomitante d'un bilan de mi-stage des séniors. Cela permettrait un retour sur les pratiques d'encadrement de chacun, et l'opportunité d'une amélioration ciblées des compétences cliniques des internes, et pédagogiques des urgentistes.

Les outils pédagogiques les plus fréquemment utilisés ne sont pas remis en cause ; objectifs pédagogiques, sénior-référent des internes, s'enquérir des besoins et attentes des internes, définir le cadre et les règles de l'encadrement, évaluations et bilans, cours théoriques : leur intérêt est même confirmé par notre travail. Une vigilance particulière doit être apportée à la définition du cadre et des règles de séniorisation dans les services et des responsabilités respectives, clarification indispensable aux yeux des internes et des séniors, mais insuffisamment réalisée d'après les internes, pour lesquels la problématique de la responsabilité est omniprésente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article 223-6 du Code Pénal, modifié par l'Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000.
2. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) (J.O.R.F. 28 février 2007).
3. Audouin C, Bouzille G, Leloup M, Fanello S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. *Pédagogie Médicale*. 2013 Aug;14(3):229–31.
4. Arrêté du 10 août 2010 modifiant l'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (J.O.R.F. 28 août 2010).
5. Kubek T. Fonctions et encadrement des résidents de médecine générale au cours du stage obligatoire dans les services d'urgences : réflexion à partir d'une enquête en Lorraine [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université Henri Poincaré-Nancy 1; 2004 [cited 2014 Oct 9]. Available from: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2004_KUBEK_THIERRY.pdf
6. Steg A. L'Urgence à l'hôpital. Paris: Conseil économique et social; 1989.
7. Direction Générale de la Santé. Circulaire DH.4B/D.G.S. 3E/91-34 du 14 mai 1991.
8. Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Paris: Commission nationale de restructuration des urgences; 1993.
9. Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique (troisième partie: Décrets) modifié par Décret n° 97-616 et Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 (J.O.R.F. 10 mai 1995).
10. Plateforme Régionale d'Appui à la Gestion des Evénements indésirables – Aquitain. La séniorisation et le tutorat. [Internet]. 2013 [cited 2015 Jun 28]. Available from: http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/04_PS_Struct_sante/409_CVAGS/40904_Vigil_Seur_soins/4090402_Gestion_glob_risques/03_Reflexe/REFLEXE_04_Seniorisation.pdf
11. Cass. Crim. 9 mars 2010: Bull. crim n° 09-80.543.
12. Giroux M, Bergeron D. Un code de conduite du superviseur dans sa relation avec le supervisé lors de la formation clinique en médecine. *Pédagogie Médicale*. 2003 Nov;4(4):202–7.
13. Collège National des Généralistes Enseignants. La charte des maîtres de stage universitaires (MSU) [Internet]. [cited 2015 Jun 30]. Available from: http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/

14. Vanpee D, Godin V, Pestiaux D, Gillet J-B. Stages dans un service d'urgence : réflexions sur leur apport spécifique dans la formation médicale de base. *Pédagogie Médicale*. 2003 May;4(2):89–92.
15. Braun F. Urgentistes au bord de la crise de nerf... *Ann Fr Médecine Urgence*. 2012 Jul;2(4):222–3.
16. Vermeiren, E. Le burn-out chez les soignants et dans les équipes. [Internet]. In : Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgences (4 : 2010 : Paris). *Urgences2010* [cited 2012 Dec 30]. Available from : http://www.sfm.org/urgences2010/donnees/pdf/009_vermeiren.pdf
17. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université de Grenoble Joseph Fourier : 2011 [cited 2013 Apr 1]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>
18. Lafontaine A. Etude comparative sur la qualité de prise en charge des patients reçus au SAU de Tarbes en 1997 et 1998 : résidents et seniors versus seniors seuls Thèse de doctorat : Médecine : Université Toulouse Paul Sabatier : 2000.
19. Bernard A, Kman N, Khandelwal S. Feedback in the Emergency Medicine Clerkship. *Druck J, editor. West J Emerg Med*. 2011 Nov;12(4):537–42.
20. Williams AL, Blomkalns AL, Gibler WB. Residency training in emergency medicine: the challenges of the 21st century. *Keio J Med*. 2004 Dec;53(4):203–9.
21. Jacobi D. L'auto-évaluation des aptitudes en stage par l'étudiant de DCEM 4 est-elle concordante avec celle des superviseurs ? [Internet] Mémoire de D.I.U de Pédagogie Médicale : Facultés de médecine de Limoges, Poitiers et Tours : 2009 [cited 2014 Jan 6]. Available from: <http://fmc.med.univ-tours.fr/Pages/DIU-pedagogie/Jacobi.pdf>
22. Langendyk V. Not knowing that they do not know: self-assessment accuracy of third-year medical students. *Med Educ*. 2006 Feb;40(2):173–9.
23. Davis D, Mazmanian P, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe K, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: A systematic review. *JAMA*. 2006 Sep;296(9):1094–102.
24. Stalmeijer R, Dolmans D, Wolfhagen I, Peters W, Van Coppenolle L, Scherpbier A. Combined student ratings and self-assessment provide useful feedback for clinical teachers. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2010 Aug;15(3):315–28.
25. Collège National des Généralistes Enseignants. Guide pratique du MSU ECA [Internet]. [cited 2015 Jun 30] Available from: http://www.cnge.fr/les_publications_scientifiques/publications/guide_pratique_du_msu_eca/volume_1/
26. Moreau A, Dedienne M-C, Labarère J, Le Goaziou M-F, Le Trilliart L, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004; (645):382–4.
27. Département de Santé Publique du CHU de Nice, Touboul P. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. *Guide méthodologique pour les*

- thèses en Médecine Générale. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
28. Auerbach C, Silverstein L. Qualitative Data : An Introduction to Coding and Analysis. 1ère éd. New-York: New York University Press; 2003. 220 p.
 29. Bardin L. L'analyse de contenu. 2ème éd. Paris: Presses universitaires de France; 2013. 291 p.
 30. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. [Internet]. [cited 2014 Dec 3]. Available from: http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf
 31. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research : Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. 5ème éd. SAGE Publications; 2014. 457 p.
 32. Berelson B. Content analysis in communication research. 1ère éd. New York, NY, US: Free Press; 1952. 220 p.
 33. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. Rev Etudiants En Soins Prim Cherc Toulous. 2012 Nov;(2):15–21.
 34. Kilminster SM, Jolly BC. Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. Med Educ. 2000 Oct;34(10):827–40.
 35. Srinivasan M, Hauer K, Der-Martirosian C, Wilkes M, Gesundheit N. Does feedback matter? Practice-based learning for medical students after a multi-institutional clinical performance examination. Med Educ. 2007 Sep;41(9):857–65.
 36. Bruijn M, Busari J, Wolf B. Quality of clinical supervision as perceived by specialist registrars in a university and district teaching hospital. Med Educ. 2006 Oct;40(10):1002–8.
 37. Arrêté du 22 septembre 2004 relatif à l'organisation, au déroulement et à la validation des stages des étudiants en troisième cycle des études médicales appelés internes ou résidents (J.O.R.F. 14 octobre 2004).
 38. Raynaud-Lambinet A, Juchet H, Charpentier S, Studniarek E, Remy S, Lauque D. Analyse des lettres de plaintes adressées dans un service d'urgence de 2002 à 2007. 2011 May;1(3):170–4.
 39. Revue E, Miranda J, Carnet A, Racine S, Brunet J. Analyse des plaintes adressées à un service d'Urgences : est-ce utile ? J Eur Urgences. 2007 May;20(1S):126.
 40. Jacquier D. Qui se plaint aux urgences et pourquoi ? [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université Paris Diderot - Paris 7 : 2010. Available from: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3433_THESE-JACQUIER.pdf
 41. Rodriguez R, Anglin D, Hankin A, Hayden S, Phelps M, McCollough L, et al. A longitudinal study of emergency medicine residents malpractice fear and defensive medicine. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2007 Juin;14(6):569–73.

42. Lorphelin-Martel H. Le risque juridique et les internes de médecine générale en Haute-Normandie : vers la pratique d'une médecine défensive dès la formation médicale ? [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université de Rouen : 2014 [cited 2015 Jan 2]. Available from: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079659/document>
43. Young J, Ranji S, Wachter R, Lee C, Niehaus B, Auerbach A. "July Effect": Impact of the Academic Year-End Changeover on Patient Outcomes: A Systematic Review. *Ann Intern Med.* 2011 Sep;155(5):309–15.
44. Vinceneux P. Evolution de la prescription d'examens para cliniques par les internes au cours de leur semestre en réanimation médicale [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université Henri Poincaré-Nancy 1: 2006 [cited 2014 Oct 9]. Available from : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2006_VINCENEUX_PHILIPPE.pdf
45. Golberine G, Raphaël A-M. Le tour de France des Urgences. *Sciences et Avenir.* 2000;(639):42–61.
46. Décret n° 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine, des internes en pharmacie et des internes en odontologie (J.O.R.F. 11 novembre 1999).
47. C.E. 18 décembre 1953, n°9636, Rec. CE p.568.
48. C.A.A. 14 novembre 1991, n°90NC00473.
49. C.A.A. 22 septembre 1992, n°91LY01017.
50. C.E. 5 mai 1995, n°133237.
51. C.A.A., 13 juillet 1999, n°96PA04365-97PA02114.
52. Stalmeijer R, Dolmans D, Wolfhagen I, Muijtjens A, Scherpbier A. The Maastricht Clinical Teaching Questionnaire (MCTQ) as a valid and reliable instrument for the evaluation of clinical teachers. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2010 Nov;85(11):1732–8.
53. Rogers RL, Wald DA, Lin M, Zun LS, Christopher T, Manthey DE. Expectations of an Emergency Medicine Clerkship Director. *Acad Emerg Med.* 2011 May;18(5):513–8.
54. Marlier Y. Objectifs de formation des internes de médecine générale en stage de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie et d'urgence à Lille [Internet] Thèse de doctorat : Médecine : Université du droit et de la santé de Lille : 2012. Available from : <http://gedscd.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c44ce87f-5231-4b04-a2ec-5facfd5a21a8>
55. Johnson GA, Pipas L, Newman-Palmer NB, Brown LH. The emergency medicine rotation: a unique experience for medical students. *J Emerg Med.* 2002 Apr;22(3):307–11.
56. Motte-Vincent P. Étude sur la satisfaction des étudiants en médecine concernant les gardes aux urgences, en région Rhône-Alpes Thèse de doctorat : Médecine :

Université de Grenoble Joseph Fourier : 2007.

57. Busari J, Weggelaar N, Knottnerus A, Greidanus P-M, Scherpbier A. How medical residents perceive the quality of supervision provided by attending doctors in the clinical setting. *Med Educ.* 2005 Jul;39(7):696–703.
58. Adet P. La formation clinique dans les université française : chronique d'une mort annoncée. *Pédagogie Médicale.* 2003 mai;4(2):71–2.
59. Kruidering-Hall M, O'Sullivan P, Chou C. Teaching Feedback to First-year Medical Students: Long-term Skill Retention and Accuracy of Student Self-assessment. *J Gen Intern Med.* 2009 Apr;24(6):721–6.
60. Kennedy TJT, Lingard L, Baker GR, Kitchen L, Regehr G. Clinical Oversight: Conceptualizing the Relationship Between Supervision and Safety. *J Gen Intern Med.* 2007 Aug;22(8):1080–5.
61. Copeland H, Hewson M. Developing and testing an instrument to measure the effectiveness of clinical teaching in an academic medical center. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2000 Feb;75(2):161–6.
62. Fluit C, Bolhuis S, Grol R, Laan R, Wensing M. Assessing the quality of clinical teachers: a systematic review of content and quality of questionnaires for assessing clinical teachers. *J Gen Intern Med.* 2010 Déc;25(12):1337–45.
63. Audétat M-C, Faguy A, Jacques A, Blais J-G, Charlin B. Étude exploratoire des perceptions et pratiques de médecins cliniciens enseignants engagés dans une démarche de diagnostic et de remédiation des lacunes du raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale.* 2011 Feb;12(1):7–16.
64. Audétat M-C, Laurin S, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: I. Un cadre conceptuel pour identifier les problèmes de raisonnement clinique. *Pédagogie Médicale.* 2011 Nov;12(4):223–9.
65. Giroux M, Girard G. Favoriser la position d'apprentissage grâce à l'interaction superviseur-supervisé. *Pédagogie Médicale.* 2010 May;10(3):193–210.
66. Hewson M, Little M. Giving Feedback in Medical Education. *J Gen Intern Med.* 1998 Feb;13(2):111–6.
67. Laurin S, Audétat M-C, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: IV. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du raffinement et du traitement des hypothèses : les difficultés de priorisation. *Pédagogie Médicale.* 2012 May;13(2):109–14.
68. Laurin S, Audétat M-C, Sanche G. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: V. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration d'un portrait global de la situation clinique. *Pédagogie Médicale.* 2012 Aug;13(3):203–8.
69. Sanche G, Audétat M-C, Laurin S. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: VI. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape de l'élaboration du plan d'intervention. *Pédagogie Médicale.* 2012 Aug;13(3):209–14.

70. Sanche G, Audétat M-C, Laurin S. Aborder le raisonnement clinique du point de vue pédagogique: III. Les difficultés de raisonnement clinique à l'étape du traitement et du raffinement des hypothèses : la fermeture prématurée. *Pédagogie Médicale*. 2012 May;13(2):103–8.
71. Neher J, Gordon K, Meyer B, Stevens N. A Five-Step “Microskills” Model Of Clinical Teaching. *J Am Board Fam Pract*. 1992 Jul;5(4):419–24.
72. Jouquan J. La minute du superviseur. *Pédagogie Médicale*. 2010 Feb;11(1):71–2.
73. Wolpaw T, Wolpaw D, Papp K. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2003 Sep;78(9):893–8.
74. Bannister S, Hanson J, Maloney C, Raszka W. Using the Student Case Presentation to Enhance Diagnostic Reasoning. *Pediatrics*. 2011 Sep;128(2):211–3.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé
dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté,
sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies,
vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances
contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers
et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux
les services qui me seront demandés.

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

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

ANNEXES

Annexe 1 : guide d'entretien du Focus Group

Canevas du FOCUS GROUP

Phase s'introduction : (10')

- Objectif du focus group : définir ce que serait une bonne séniorisation du point de vue d'un interne comme de celui d'un sénior, pour pouvoir ensuite étudier leur interaction. La séance devrait durer 2h
- Présentation de chacun : prénom, âge, lieu de travail actuel, où en est dans son cursus (si interne), à quel moment a fait son stage aux urgences, ou depuis combien de temps est senior aux urgences

Phase de recentrage : (20')

- Dans le cadre de la seniorisation aux urgences, pourriez-vous citer deux anecdotes ? Une qui reste un bon souvenir et une autre qui reste comme étant un mauvais souvenir.
- En quoi chacune de ces expériences vous ont-elles marqué ?
- Pensez-vous que cela vous a permis d'évoluer dans votre façon de travailler ? Si oui, en quoi ?

Vécu : (40')

- Parmi toutes les anecdotes citées, lesquelles sont selon vous les plus représentatives de la seniorisation aux urgences ? Pourquoi ?
- De ce constat, déduisez de l'ordre de 5/6 manques ou difficultés rencontrées par les internes et les seniors
- Pouvez-vous en citer d'autres qui n'ont pas été abordés et qui vous semblent importants? Si oui, lesquels ?

Regards croisés : (40')

- En tant que senior, que pensez-vous des manques ou difficultés rencontrés par les internes ? Pensez-vous avoir une marge de manœuvre pour les réduire ? Pourquoi ?
- En tant qu'interne, que pensez-vous des manques ou difficultés que vous rencontrez lors de vos gardes aux urgences ? Pensez-vous avoir une marge de manœuvre pour les réduire ? Pourquoi ?

Récapitulatif des besoins (10')

- Quels sont les besoins spécifiques d'encadrement de l'interne de MG en stage aux urgences ?

Conclusion-remerciements

Cher(e) interne,

Ma thèse vise à **faire l'état des lieux de l'encadrement des internes aux urgences** en Aquitaine, pour permettre de l'améliorer. Un questionnaire similaire sera envoyé aux séniors des services d'urgences d'Aquitaine. Cet état des lieux et cette amélioration ne peuvent pas se faire sans ta participation ! Je compte vraiment sur toi pour prendre quelques minutes afin de remplir mon questionnaire de thèse... Un grand merci d'avance !

Thibault VIARD, TCEM3

1. **Tu es :** un homme une femme
2. **Quel âge as-tu ?** _____ *ans*
3. **En quel semestre es-tu ?** _____ ° *semestre*
4. **Quel intérêt as-tu pour la médecine d'urgence ?** (*1 seule possibilité*)
 aucun faible moyen important DESC (inscrit ou projet)
5. **As-tu fait ton stage aux urgences ?** OUI NON
 si OUI : en quel semestre ? _____ ° *semestre*
 dans quel hôpital ? _____
 si NON : ne pas répondre aux questions 6, 12 et 23, et répondre aux autres questions, du point de vue des gardes.

6. **Les éléments pédagogiques suivants étaient-ils utilisés lors de ton stage ? te paraissent utiles ?**
(cocher « OUI » ou « NON », puis cocher « utile » ou « inutile » l'item proposé)

	utilisation		utilité	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> utile	<input type="checkbox"/> inutile
Objectifs pédagogiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sénior-référent des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation initiale du niveau et des besoins de l'interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Définir cadre et règles de séniorisation en début de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de mi-stage des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de fin de stage des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de mi-stage des séniors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours théoriques, ateliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. **Le manque de formation de l'urgentiste à encadrer les internes a-t'il été un problème pour toi ?**
 OUI NON
8. **La proximité des internes avec les urgentistes te semble-t'elle faciliter la séniorisation ?**
 OUI NON
9. **Pour vous, les internes comblent-ils d'une certaine manière le manque d'urgentistes ?**
 OUI NON
 - *si oui : est-ce un problème ?* OUI NON
 - *si oui : pourquoi ?* _____

10. **Peux-tu évaluer les séniors sur les items suivants ?** (*cocher 1 seule case par ligne*)

	aucune	insuffisante	moyenne	bonne	excellente
Présence dans le service					
Disponibilité pour les demandes des internes					
Ecoute des problèmes des internes					

11. Comment évalues-tu le recours à ces différentes manières de sénioriser ? (cocher 1 seule case par ligne)

	Aucun	Faible	Adapté	Important	Excessif
Regard systématique sur tous les dossiers					
Seulement si demande de l'interne					
Selon le type de patient en charge					
À intervalles réguliers					

12. L'autonomisation au cours de ton stage était-elle (1 seul choix)

- trop lente lente adaptée rapide trop rapide

13. Comment estimes-tu la distance du sénior sur les points suivants ? (cocher 1 seule case par ligne)

	Trop distant	Distant	Adaptée	Proche	Trop proche
Evaluation de la gravité					
Interrogatoire					
Examen clinique					
Prescription d'examens complémentaires					
Prescriptions thérapeutiques					
Gestes techniques					
Demandes d'avis spécialisés					
Réflexion médicale					
Orientation du patient					
Relations avec les familles					
Relations à l'équipe paramédicale					
Gestion du flux de patients					

14. Le nom d'un sénior figure-t'il sur les dossiers ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

15. Le problème de la responsabilité médicale motive-t'il tes demandes de séniorisation ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

16. La manière dont la responsabilité de l'interne et du sénior sont engagées est-elle claire pour toi ?

- OUI NON

17. Rencontres-tu des difficultés à formuler tes problèmes et tes demandes au sénior ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

18. Rencontres-tu des difficultés à faire entendre ou considérer ton problème ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

19. As-tu des difficultés à évaluer le bon moment pour faire appel au sénior ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

20. Juges-tu la séniorisation de l'interne en garde adaptée ?

- OUI NON

- si non : pourquoi ? _____

Commentaires libres :

e-mail : (seulement si tu veux recevoir les résultats ; le questionnaire reste anonyme!)

Bonjour,

Je suis interne en première année de DESC de Médecine d'Urgence. Je réalise une **thèse** sur la **séniorisation des internes dans tous les services d'urgences d'Aquitaine (19)**.

Le but de ma thèse est d'identifier précisément les besoins des internes et leur vécu de la séniorisation, puis de les comparer au regard des séniors, afin de déterminer si la distance d'encadrement dans toutes ses composantes est pertinente ou non.

Cela permettrait d'**ajuster la séniorisation** si nécessaire, et de **conforter les pratiques** qui correspondent aux besoins des internes. Au final, cela ne peut qu'**améliorer la formation et la qualité des soins**.

A ce jour, plus de **400 internes** de médecine générale (>**70%**) ont répondu lors des choix de stages ; **101 séniors** (~**30%**) ont déjà répondu à leur questionnaire en ligne. Il me faut évidemment plus de réponses du côté des urgentistes !

Voici donc ci-joint la version papier du questionnaire, qui ne vous prendra que quelques minutes à remplir si vous ne l'avez pas encore fait en ligne. Il suffit ensuite de le rendre à la secrétaire de votre service.

Je compte sur vous, votre participation est extrêmement importante. Merci d'avance !

Thibault VIARD
TCEM 3, DESCMU 1

Thèse Séniorisation aux Urgences en Aquitaine – SAU du CH n°1

1. Vous êtes : un homme une femme

2. Quel âge avez-vous ? _____ ans

3. Formation ? CAMU DESC DES MG DU AMU autre : _____

4. Durée d'exercice aux urgences ? _____ ans

5. Exercice précédent autre que les urgences ? OUI NON en parallèle ? : OUI NON

si oui : expliciter : _____

6. Les éléments pédagogiques suivants sont-ils utilisés dans votre service pour les internes en stage ? Vous paraissent-ils utiles ? (cocher « OUI » ou « NON », puis cocher « utile » ou « inutile » pour chaque item proposé)

	Utilisé ?		Utilité ?	
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> utile	<input type="checkbox"/> inutile
Objectifs pédagogiques (formalisés)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senior-référent des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation initiale du niveau et des besoins de l'interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Définir cadre et règles de séniorisation en début de stage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de mi-stage des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation de fin de stage des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan de mi-stage des seniors	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cours théoriques, ateliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Le manque de formation spécifique à l'encadrement d'internes est-il un problème pour vous ? OUI NON

8. La proximité existante entre les internes et les urgentistes facilite-t-elle la séniorisation ? OUI NON

9. Pouvez-vous vous évaluer sur les items suivants ? (cocher 1 seule case par ligne)

	aucune	insuffisante	moyenne	bonne	excellente
Présence dans le service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité pour les demandes des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecoute des problèmes des internes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. A quelle fréquence utilisez-vous ces différentes manières de sénioriser ? (1 seule case par ligne)

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	En permanence
Regard systématique sur tous les dossiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seulement si demande de l'interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selon le type de patient pris en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A intervalles réguliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. La vitesse à laquelle vous autonomisez vos internes vous paraît-elle : (1 seul choix)
 trop lente lente adaptée un peu rapide trop rapide

12. Comment percevez-vous la distance que vous adoptez vis-à-vis des internes, sur les points suivants de leur travail ? (cocher 1 seule case par ligne)

	Trop distant	Distant	Adapté	Proche	Trop proche
Evaluation de la gravite					
Interrogatoire du patient					
Examen clinique					
Prescription d'examens complémentaires					
Prescriptions thérapeutiques					
Gestes techniques					
Demandes d'avis spécialises					
Réflexion médicale					
Orientation du patient					
Relations avec les familles					
Relation à l'équipe paramédicale					
Gestion du flux de patients					

13. Les internes rencontrent des difficultés à vous formuler leurs problèmes et demandes ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

14. Pensez-vous que les internes rencontrent des difficultés à faire entendre ou considérer leurs problèmes : (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

15. A votre avis, l'interne a-t'il des difficultés à évaluer le bon moment pour faire appel à vous, dans la prise en charge de son patient ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

16. Jugez-vous adapté l'encadrement de l'interne en garde ?

- OUI NON - si non : pourquoi ? _____

17. Pour vous, les internes comblent-ils, d'une certaine manière, le manque d'urgentistes ?

- OUI NON - si oui : est-ce un problème ? OUI NON et pourquoi ?

18. D'après vous, le problème de la responsabilité médicale motiverait les demandes de séniorisation des internes : (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

19. Votre nom figure-t'il sur les dossiers de vos internes ? (1 seul choix)

- jamais rarement parfois souvent en permanence

20. La manière dont votre responsabilité et celle de l'interne sont engagées est-elle claire pour vous ?

- OUI NON

Commentaires libres : (NB : les résultats seront communiqués à votre service après la soutenance. Je peux toutefois vous les adresser individuellement si vous me laissez votre e-mail.)

Merci beaucoup !!!

Annexe 4 – Verbatim du Focus-Group

Merci d'être venus pour ce Focus Group qui va beaucoup m'aider dans ma thèse. Il s'agit d'une méthode d'étude qualitative qui va me permettre après analyse de tout ce qui se sera dit ce soir, de déterminer les items de mon questionnaire pour la suite de ma thèse. Ma thèse vise à étudier la séniorisation aux urgences, et les items qui ressortiront de nos discussions permettront d'étudier la relation sénior-séniorisé, ce qui ne s'est pour l'instant jamais fait de la sorte. C'est d'ailleurs pour cela que nous sommes obligés de faire ce focus group. La séance devrait durer autour de 2 heures. Je propose qu'on se présente tous brièvement pour ouvrir la discussion, avec votre prénom, votre âge, votre lieu de travail actuel, l'avancement de votre internat, à quel moment vous avez fait votre stage aux urgences, et depuis combien de temps vous êtes séniors.

Interne1 : Francis, ça fait 10 jours que j'ai arrêté de boire... (rires). Interne1, interne de 5eme semestre, j'ai fait mon stage aux urgences en 3° semestre, actuellement je suis en SASPAS près de Bordeaux.

Interne2: Moi c'est Interne2 je suis en 5eme semestre, à la maternité de l'hôpital #1 en ce moment, j'ai fait mon stage aux urgences à l'hôpital #2 en 4eme semestre.

Senior1 : Senior1, je suis médecin aux urgences de l'hôpital #2 depuis 2 ans, j'ai fait un passage à l'hôpital #3 et là je suis à l'hôpital #2.

Interne3: Interne3, 5° semestre, j'ai fait mon stage en 3eme semestre à hôpital #4,

Interne4: Interne4, 5° semestre, je suis en stage chez le prat', j'ai fait mes urgences en 3° semestre à l'hôpital #5

Interne5 : Interne5, je viens de finir l'internat au semestre dernier, je suis remplaçante non-thésée dans le Médoc. J'ai fait mes urgences en 4° semestre à l'hôpital #6.

Senior2 : Senior2, je suis assistant, 2° année de DESC de médecine d'urgences, en poste au SAMU en ce moment et rattaché aux urgences de l'hôpital #1 où je prends des gardes de sénior depuis 1 an ½. J'y ai fait mes urgences en premier semestre.

Senior3 : Comme Senior2, je suis au SAMU, j'ai fait mes Urgences en 3° semestre.

On va rentrer un peu plus dans le vif du sujet avec des questions plus personnelles sur la séniorisation. Est ce que chacun pourrait nous citer éventuellement 2 anecdotes : une expérience positive de la séniorisation et une négative.

Senior3 : Pour les séniors on parle de notre expérience d'interne ou en position de sénior ?

Les deux sont possibles, bien sûr.

Senior3 : Moi j' ai une idée. En position de sénior,

une histoire de malaise. L'interne qui me dit, un mec qui fait un malaise, pour lui c'était clairement vagal. Bref il me décrit son malaise, pour lui c'était clairement vagal, il allait faire les papiers de sortie. Bref il me décrit le malaise, je lui fais « non, c'est cardio », je suis allé voir, c'était cardio, il est parti aux soins intensifs, il a fait un épisode de BAV III quoi. Donc si j'avais cru l'interne il serait mort chez lui et c'est moi qui le séniorisait.

Interne5 : En même temps c'est le rôle de la séniorisation, il t'a raconté...

Senior3 : Donc la difficulté en tant que sénior c'est de faire confiance ...

Interne5 : Tout en remettant en question

Senior3 : Voilà, de tout redemander, tout re... voilà

Interne2 : Tu fais ça avec tous tes internes ?

Senior3 : Oui, là je le connaissais pas j'étais de garde.

Donc la confiance, la connaissance de l'interne est importante dans cette relation.

Senior3 : Oui. Il était pas mauvais en plus ! La difficulté c'est de déléguer, enfin de faire complètement confiance quoi. Dire c'est un malaise vagal, bah t'entends quoi par malaise vagal, et quand il m'a raconté j'ai dit bah non !

As-tu une expérience positive à nous raconter ?

Senior3 : Bah c'est tout le reste du temps, c'est quand ça se passe bien en général.

Senior2 : Oui c'est ça, en position de sénior c'est difficile quand ça va bien parce qu'en fait t'y fais pas gaffe. Le bien c'est une situation un peu compliqué et on t'amène le diagnostic bah voilà t'es content quoi. Ça c'est bien passé et c'est vrai que t'y fais pas trop gaffe.

Interne3. C'est vrai. Les choses ne sont pas hyper bien ou mal vécues parce que c'est vrai que quand ça se passe bien tu as l'impression que c'est normal. Mais j'ai eu le cas soit d'être avec une jeune chef, une DESC 2 par exemple, qui du coup, on sent qu'elle est stressée sur ta garde, elle va peut-être t'apprendre un peu même si ça pourrait presque être ta co-interne, donc au pire c'est pas sur toi que ça repose, mais tu te dis quand même que c'est un peu bizarre. Après un autre cas où c'est le chef fantôme. (approbation générale) J'étais à l'hôpital #4, contrairement aux urgences pédiatrie où je suis où tu peux faire sortir si on est OK, à l'hôpital #4 on doit toujours en parler à un chef. Du coup j'avais mes dossiers qui s'entassaient, 3, 4, pas de chef, pas de chef, impossible de le trouver.

Interne5 : Il y a aussi : ils sont tous signés avant que le chef aille se coucher, du coup tu les fais sortir même s'il n'ont pas été séniorisés après.

Senior3 : Ça pour la responsabilité, le mec qui pose sa signature, il est culotté quoi.

Interne4 : Du coup les dossier vierges il mettait déjà sa signature dessus, quoi ! (rires)

Interne5 : Non, de gens qui étaient déjà rentrés, quand-même.

Interne3 : Celui là il est rose, celui-là il est rose, celui là il est blanc-rose ça va aller, le bleu tu le gardes au chaud

Du coup le chef fantôme il répond quand même à ta sollicitation ?

Interne3 : Non, tu sais pas où il est tu téléphones, il est inexistant, tu demandes aux infirmières, on sait pas où il est. Du coup c'est chiant. J'ai eu la chance que ça me soit jamais arrivé quand j'ai une couille, et qu'il est pas là... du coup c'est bien, il est pas là, tu gères tes patients, tu gères la partie médecine et tout, mais tu te dis que s'il arrive un truc...

Interne5 : moi j'ai eu un chef-fantôme, heureusement qu'il s'est matérialisé au bon moment. Effectivement, j'avais fait une merde, j'avais reçu une patiente qui arrivait à 3g d'hémoglobine, mais très bien toléré parce que c'était un truc ancien. J'ai soigné un bilan au lieu de traiter un patient, c'est à dire que j'ai dû lui transfuser... 4 culots en une nuit, je suis allée me coucher, et elle a fait un OAP transfusionnel, mais bien, hein. En 10 minutes, même pas, en 5 minutes le temps que je l'examine, elle a complètement décompensé. J'avais mon téléphone comme ça (mime le téléphone coincé entre la tête et l'épaule en examinant la patiente) j'appelais le chef : la dame elle va pas bien du tout, etc... Faut savoir que je suis pas du tout urgentiste dans l'âme. Le chef a dit OK j'arrive. En gros j'étais là : elle mousse, elle crache, ça va pas aller, elle est bleue elle tire. Il m'a dit OK j'arrive, il a raccroché, et il a mis 10 minutes, en tout ça beaucoup beaucoup de temps. Sachant que je lui avais dit que je transfusais, et ben voilà j'ai dû lui dire trop vite, il a peut-être pas dû écouter, enfin voilà, ma responsabilité était en jeu comme la sienne, il a mis du temps à arriver, j'étais là avec une pauvre machine de VNI, avec un trouble de la conscience, j'étais là : j'ai pas le droit de lui mettre, en même temps je sais pas intuber, donc heu je vais pas pouvoir faire autrement que de lui mettre la VNI... j'étais à deux doigts de lui faire une phlébotomie genre ambiance « médecine d'urgence, je sais pas quoi faire ! » On lui ai mis 4 culots, je lui sors 4 culots, c'était vraiment ça quoi. (Rires) Nan mais c'est ça, on va essayer quoi ! Et voilà, c'était une très mauvaise expérience de séniorisation parce que moi ayant dit au sénior, le sénior visiblement pas attentif qui a validé la prescription alors que c'était visiblement pas la bonne, et ensuite : toute seule, c'est à dire que le sénior a mis beaucoup beaucoup de temps à arriver.

Et la bonne ?

Interne5 : Toujours en stage à l'hôpital #6, sortie

SMUR avec une chef, chouette : elle m'a dit : « donc voilà t'es grande tu vas gérer le monsieur. » Elle a eu juste la bonne distance. Dans le trajet elle m'a dit : « bah voilà on part sur ça, qu'est ce que tu ferais ? » elle m'a fait vraiment réfléchir avant, par contre une fois qu'on était en situation, elle s'est assise chez le monsieur, c'est moi qui ai tout fait. Elle m'a dit : « tu sors passer ton bilan », j'ai passé mon bilan. Ça s'est hyper bien passé j'étais très contente, elle m'a pas mis en difficulté en faisant exprès de me demander un truc foireux, elle m'avait bien fait réviser avant ce que j'étais censée faire, après ça s'il fallait adapter, bah j'ai adapté ce qu'il fallait faire, enfin voilà : elle a été super pédagogue et en même temps en se mettant à distance. On parlait des jeunes chefs qui savent pas trop déléguer, etc, moi elle a eu juste la bonne distance, c'était vraiment super. Et c'est vachement valorisant je trouve, et tu te sens bien en tant qu'interne, ou en tant que médecin.

Interne3 : Justement il y en a qui savent très bien déléguer, faire une bonne gestion d'équipe, qui savent, quand ils arrivent à te connaître : « OK je délègue » ; ils revoient pas tous tes patients, ils te connaissent, du coup « OK je te fais confiance », alors qu'à contrario t'as le chef chiant qui va systématiquement revoir tes patients alors qu'enfin voilà, forcément au début il voit pas comment tu bosses, mais au bout d'un mois 2 mois, 3 mois, il continue à revoir tes patients, c'est un peu heu...

Senior3 : Moi ça me choque pas de revoir les patients

Interne4 : nan mais ça dépend comment c'est fait. Il y a des mec qui sont naturellement pédagogues et ça te dérange pas qu'il le fassent parce que c'est pas pour te heu...

Senior3 : C'est sur, ça dépend comment c'est fait, et faut pas se traîner derrière. Je me souviens j'étais aux urgences, c'était une jeune chef, elle voulait systématiquement revoir les patients, mais avec toi. Ça c'est horrible, avec tout l'interrogatoire, je perdais des plombs de temps.

Interne2 : c'est horrible ça.

Interne3 : Après t'as le mec, grosse douleur abdo : « bah écoute je vais juste mettre une main sur le ventre quoi. » (approbation générale) Il a vu qu'il était bien rose, oui OK, salut. Après je suis d'accord, c'est aussi ta responsabilité...

Senior3 : Et tu n'es qu'interne et t'es là aussi pour te remettre en question.

Interne3 : ... Et il peut t'apprendre de choses, au pire. Mais ceux qui refont les trucs de A à Z, c'est horrible, t'as l'impression de redevenir externe. (approbation générale) Le gars il reprend l'interrogatoire : (mime le sénior qui se croise les bras) « alors vos antécédents »

Interne4 : Et toi t'es là, y en a 15 qui attendent...

Interne5 : Mais effectivement il y a quand même souvent de nouveaux antécédents qui sortent quand

il y a un deuxième interrogatoire, quand c'est l'externe...

Interne3 : Mais c'est toujours pareil, et s'il y a un grand professeur, le patient répondra encore autre chose...

Interne5 : Et si c'était l'externe ce sera encore autre chose...

Senior2 : Toi tu dis ça parce que tu as l'air assez autonome. Mais il y a certains internes qui sont au contraire énormément dans la demande et c'est super difficile à gérer.

Interne2 : Mais ça dépend de quel semestre tu es aussi.

Senior2 : À semestre équivalent. Bon à l'époque j'étais interne séniorisé, je démarrais les gardes, j'étais complètement à la ramasse, j'étais en stress. Mais maintenant avec un peu plus de recul sur la situation : à semestre équivalent vu qu'il sont tous en 3^e semestre en ce moment, t'as des internes qui viennent te voir, te présenter des dossiers, c'est super c'est ce qu'il y a de plus pédagogique, tu vas creuser le truc, tu ne vas pas te coller sur le dos de l'interne, effectivement si tu as un doute sur l'histoire, tu vas aller poser une main sur le ventre. Mais t'écoute et à la fin, tu fais : « bah c'est une angine, quoi. » « Oui, mais tu veux pas venir le voir quand-même ? »

Interne3 : oui mais justement tu le sens, tu le sens quand c'est un interne qui te présente le truc bah pff (mime le doute) et quand c'est un interne qui arrive : « j'ai fait ça j'ai fait ça... »

Senior2 : A la fin en fait, tu te rends compte qu'il y a plein de dossiers, ils sont dans la demande pour des trucs où il n'y a rien du tout derrière. Il y a vraiment... c'est sur de trucs complètement bêtes, et tu sais pas pourquoi est-ce qu'on vient à ce point-là insister, et surtout en fait te présenter des problèmes qui n'existent pas.

Interne5 : Mais ça c'est ton rôle de senior, c'est de leur apprendre du coup

Senior2 : Je sais bien mais si tu veux, toi tu dis sur le « trop de séniorisation » sur certains trucs, sur le fait de repasser derrière, il y a plein d'internes qui sont dans la demande en fait pour qu'on vienne.

Interne3 : oui oui oui, mais s'ils sont en demande c'est normal aussi de venir. Est ce que tu avais déjà eu le cas où d'un interne, pour lui c'était clair, cadré, machin, et toi tu sentais pas le truc, et t'y es allé, et effectivement tu t'es pas trompé.

Senior3 : le coup du vagal c'est ça, le mec il était hyper sûr de lui

Senior2 : j'ai pas de situation exacte...

Interne3 : mais voilà, tu le connaissais pas.

Senior3 : je le connaissais pas mais si ça se trouve, si je le connaissais, je l'aurais fait sortir, c'est ça le risque.

Interne5 : Et là c'est juste parce que tu lui as dit :

mais qu'est ce que tu entends par « vagal » ?

Senior3 : Oui, et il m'a dit : « il était assis, il était en train de bouffer il était assis, puis il a perdu connaissance et il est revenu à lui après. » Je lui ai dit : « mais il a senti ? Qu'est ce qu'il a fait pour faire son vagal ? Il y a eu une douleur tho ? Il y a eu un truc ? » « Nan, il était assis comme ça, il bouffait puis il a perdu connaissance et il s'est réveillé » (Rires de tous) Et du coup... alors qu'après le reste de la soirée s'est super bien passé.

Senior1 : Après le souci, tu as des séniors, ils ont vécu certains trucs, ils veulent ensuite passer derrière tous les patients. C'est une question de peur, ils veulent sénioriser tout, même s'ils ont confiance en l'interne, ils veulent passer derrière. Après le souci le problème c'est une question de responsabilité. (hochements de tête approbateurs de tous)

Senior3 : oui, médico-légale...

Senior2 : La difficulté je trouve qu'elle est plus sur ces internes qui sont très demandeurs par ce qu'en fait du coup, on est là pour ça, mais ils crient au loup tout le temps, alors que globalement quand on ne vient pas te voir, c'est qu'il n'y a rien de particulier. Le problème surtout, notamment à hôpital #1 où tu as quand-même un débit qui est monumental, et où même s'il y a 3 fois plus de séniors, il n'y en a toujours pas assez à mon goût, tu es obligé de faire confiance à ce qui se passe

Interne3 : et à l'hôpital #1 vous séniorisez tous les dossiers ?

Senior2 : Personnellement quand j'y suis je séniorise tous les dossiers des patients en brancard. J'ai au moins un regard sur tous et en fait j'essaie, petit à petit je commence à prendre mes marques aussi, ça a pas mal changé, quand je suis en journée j'essaie globalement de faire un point toutes les 1 à 2 heures suivant l'affluence et comment ça tourne, sur tous les patients qui sont dans les box, pour essayer d'accompagner sur la rotation, de dire celui-là OK c'est bien, on va peut-être le sortir un peu, de couper court à certaines réflexions car tu as l'interne qui est en train de se noyer dans sa propre réflexion parce qu'il pense à trop de trucs... Mais on est tous passés par là, et moi encore parfois t'as des trucs, tu trouves le patient du siècle et du coup tu t'embourbes dans une réflexion. C'est vrai que j'essaie, comme maintenant le sénior est vachement plus dégagé, c'est à dire que le sénior chapeaute les deux côtés mais tu as un interne par côté. Donc si tu veux, tu es peu en soin, tu fais des consults tout ça, tu es peu en soins, mais en revanche j'essaie de faire pas mal de point, 5 à 6 points dans la journée, pour essayer de fluidifier et de faire tourner.

Interne3 : Mais pour les sorties ?

Senior2 : Pour les sorties oui, systématiquement je les connais tous.

Interne3 : Mais tu les as vus, de vue ?

Senior2 : suivant ce que c'est : au moindre dossier, c'est vrai que sur les douleurs abdos par exemple je vais aller remettre une main, pour d'autres dossiers j'ai l'échographie facile, dès que je peux rajouter une plus-value sur la prise en charge.

Interne5 : Faut savoir qu'à l'hôpital #1 c'est pas du tout pareil que tous les services dans lesquels ont été passés, et que tu as aussi des internes qui ne sont pas les internes des urgences. Les internes des étages qui prennent juste une garde aux urgences de temps en temps, c'est pas les mêmes que ceux qui sont en stage aux urgences. (hochements de tête approbateurs)

Senior2 : Quand t'es là que la nuit, c'est compliqué... Après c'est le cas dans les périphs aussi, quand tu connais pas le truc...

Interne5 : En gros là on est beaucoup d'internes à avoir été en périph. A l'hôpital #2 ou l'hôpital #6 on était tous internes des urgences, on était dédiés aux urgences et t'as pas d'autre interne, je crois pas.

Interne2 : Nous c'est juste le samedi où c'est les internes en gynéco etc qui prenaient les gardes.

Interne5 : Les seuls internes aux urgences c'était les internes des urgences. A l'hôpital #6 il y a 2 internes, c'est internes des urgences, il n'y a pas d'autre interne dans l'hôpital.

Interne2 : A l'hôpital #2 on est séniorisés sur tout, mais tu vois ça dépend des chefs. Au début du stage on nous dit que tout doit être séniorisé. Maintenant au fur et à mesure tu as des chefs qui te disent si tu te sens de gérer de la petite traumatologie etc, si tu te sens de le gérer toute seule tu gères toute seule. Mais tu as des chefs qui jusqu'à la fin veulent que tu leur parles de tous les dossiers. Après parler d'un dossier ça peut être 2 minutes en disant : « écoute j'ai une entorse machin j'ai fait ça j'ai fait ça, je l'ai fait sortir. » « OK très bien. »

Interne5 : « Est ce que tu as bien fait ça ? » « Oui. » « OK. »

Senior2 : Je sais que là en faisant le point régulièrement, tu as quand même 10 box à gérer, tu as quasiment 14 patients à gérer en même temps à l'hôpital #1. En faisant le point régulièrement, tu arrives à savoir où tu en es, ta consultation elle dure 3 secondes et demie parce que tu as fait le point, t'as dit que sur Mme Machin 92 ans, elle on va devoir la garder et toi t'as déjà préparé ta filière. Globalement tu prépares ton terrain petit à petit et c'est vrai que l'étape finale de séniorisation, de : « je mets un point final au dossier », elle est rapide : sortie, hospité.

Senior1 : Après le truc c'est de ne pas trop confier de dossiers à l'interne. Parce que plus on leur confie de dossier plus ils sont noyés dans les dossiers. A l'hôpital #2, les seniors ils voient les malades, on essaie que les internes voient 2-3 patients, qu'ils essaient de les ventiler d'abord avant de voir d'autres malades. Mais il y a certaines structures ils laissent l'interne aller en avant aller voir 50 dossiers et après il est noyé complètement dans les dossiers, il ne sait

plus quoi gérer, et ça traîne.

Interne2 : Ça c'est parce que toi tu vois des patients, mais il y a des chefs qui en voient pas...

Interne5 : C'est vrai... Il y a des chefs qui partent au PMU, alors c'est vachement compliqué...

Interne3 : Après la possibilité d'être autonomisé elle dépend aussi vachement de l'équipe paramédicale. Tu vas avoir des infirmières tu prescribes ça ça ça ça,, elle te dit : « OK, d'accord », et hop, elle va voir le sénior : « et puis en fait il a dit qu'il faisait ça ça ça tu rajoutes un truc, t'enlèves un truc ? » Donc je trouve que l'autonomisation et du coup la séniorisation dépend vachement de l'équipe paramédicale.

Senior2 : moi ça m'arrive aussi ça, l'infirmière qui débarque, mais systématiquement je vais rattraper l'interne derrière pour lui expliquer ce que j'ai viré ou mis en plus sur le bilan par exemple, je vais pas faire le machin dans le dos.

Interne3 : tu te penches du coup quand-même sur le dossier, du coup ?

Senior2 : oui oui.

Interne3 : c'est que si tu connais l'équipe infirmière et qu'elle est venue te voir ?

Senior2 : j'estime que quand t'es sénior, et même quand t'es interne, tu es là pour bosser avec un équipe, et tu as besoin que toute ton équipe adhère à ta prise en charge. Donc si à un moment donné il y a un problème, si il y a une question « pourquoi est-ce qu'on ferait pas ça en plus ? » c'est quelque part que c'est pas clair pour l'infirmière. Et si c'est pas clair pour l'infirmière j'estime qu'il y a un bug, que ce soit de l'interne ou juste de l'infirmière qui peut faire du zèle en excès. Du coup hop, je me récupère l'interne, je fais le point sur le dossier avec lui, on discute, on va voir le malade, on fait le point : est-ce qu'on rajoute des trucs dans le bilan, ou des machins. Sauf quand c'est un patient grave où tu vas vite, tu rajoutes des trucs dans le dos, et tu fais le point après. C'est vrai qu'après c'est infirmière-dépendante. Tu as certaines infirmières, si elles viennent te tirer par la main, bah tu y vas. C'est comme certaines puer.

Interne3 : C'est vrai. Aux urgences pédiatriques, tu as certaines puer, que ce soit l'interne ou le chef, elles vont toujours essayer de te tailler le bout de gras... A la limite pff c'est pas grave.

Senior1 : Je pense aussi que la difficulté peut résider sur les internes de premiers semestres, quand ils sortent de l'internat, pour leur dire des trucs, c'est comme s'ils connaissaient la médecine, tu peux rien leur dire, ils sont tout le temps en train de te sortir des recos ceci les trucs cela, ils sont hyper butés. Tu passes plus de temps sur la pédagogie, je sais pas vous comment vous faites, mais des fois tu as du mal à faire passer le message que la théorie et la pratique c'est 2 choses hyper différentes.

Senior2 : Moi c'est simple, je coupe court au truc en

leur disant que leur réflexion elle est super, elle est géniale, mais que maintenant on est dans la vraie vie. Mais c'est ça qui est difficile, c'est clair, je suis d'accord avec toi, c'est super chaud. Et puis je te raconte pas, quand je me suis retrouvé dans ces situations là alors que j'étais encore interne, c'était une horreur, légitimité zéro !

Et toi Interne1 tu as des expériences à nous partager ?

Interne1 : Je vais commencer par la mauvaise : J'étais en 2^o semestre, j'avais des réflexes, beaucoup de réflexes, t'es peut-être pas crédible parce que t'en as peut-être trop. Bref, j'arrive avec ma feuille de scanner : céphalée brutale. Je lui dis : « bah je sais pas j'ai toujours appris que céphalée brutale c'est une hémorragie méningée jusqu'à preuve du contraire. » « Vas-y, décris-moi ce qu'elle t'as dit ? » Il m'a dit : « non non, je viendrais la voir plus tard, garde ta feuille, tu la jettes ». Ça se passe, une demie-heure, elle commence à s'aggraver, elle a de plus en plus mal au crâne. Je lui dis : « bah écoute elle est moins bien. » Voilà, tu lui exprimes tes doutes. Je reviens la voir une demie heure plus tard. « Elle vient de crier, ça y est elle est hémiplégique. » « Ah bon ... » « Nan, enfin vraiment, elle est hémiplégique ». Il va la voir il revient, je le vois blanchir devant moi, je lui dis : « tu vois vraiment j'étais inquiet ». Il me fait la réflexion : « T'avais besoin de moi pour prescrire un scanner ? » Je le vois il était blanc comme un linge. « T'avais besoin de moi pour prescrire un scanner ? » Et là je me suis dit : « t'es vraiment un gros connard ! »

Senior3 : T'es entre le côté « j'accepte la séniorisation parce qu'il l'a dit », et le côté « nan, c'est n'importe quoi ce qu'il est en train de faire mon chef, même si c'est mon chef » et au final t'as pris le parti de suivre ce que ton chef t'a dit.

Interne5 : ta responsabilité est pas engagée, mais en même temps quelque part t'es un soignant vis-à-vis d'un patient et tu te dis putain je suis dans la merde par rapport à cette patiente qui fait une hémorragie méningée.

Interne1 : Cette femme j'ai fini la main sur son... parce qu'elle était agitée, en train de gerber au scanner, il y a ma main sur le scanner, inondé... c'est comme ça que ça s'est fini. Donc voilà, mauvais vécu, pourtant c'est pas le dernier des cons aux urgences, c'est même un des meilleurs d'ailleurs.

Senior3 . Tu sais on merde tous, hein!

Interne1 : Nan mais la malhonnêteté...

Senior3 : Il y a façon et façon de merder.

Interne1 : J'ai mal vécu la malhonnêteté, tu vois. « t'as besoin de moi pour prescrire un scanner? » alors que tu arrives avec ton bon de scanner. Je lui ai dit : « bah moi j'aurais tendance à lui faire un bon. »

Senior3 : Du coup entre guillemets, c'est accepter la séniorisation alors que tu penses que c'est pas vrai ce qu'il est en train de te dire, le sénior. Alors que tu

adhères pas...

Interne1 : Est-ce que j'aurais dû le faire dans le dos ? Après, j'ai fait pas mal d'exams dans le dos...

Senior3 : Oui, c'est ça, c'est ça qui est hyper chaud...

Interne5 : Oui c'est ça, A l'hôpital #3, tu peux pas avoir un scanner si le sénior, il a pas parlé... Quand t'appelles, tu dis « oui bonjour je suis l'interne... » « OK passe-moi ton chef. »

Interne4 : Salauds de radiologues ! (rires de tous)

Senior2 : A l'hôpital #3, les chefs ne voient pas tous les patients d'emblée... et puis quand t'as du monde... pour un scan tu passais le téléphone à un chef, t'étais à côté, et tu dictais... (mimes de Senior2 - rires de tous) C'était catastrophique, dramatique, jusque parce qu'on veut pas parler à l'interne.

Senior3 : C'est caricatural de la séniorisation.

Interne4 : après il y a un truc avec les internes des étages qui viennent prendre des gardes sur le planning, plus les internes des urg' qui prennent leurs gardes sur le planning. Il y a un rapport déjà entre les séniors la nuit avec les internes qui sont avec eux pendant le semestre aux urgences. C'est pas la même relation. Après il y a un autre phénomène c'est les intérimaires. Il y a plein de mecs qui viennent boucher les plannings, et moi en tant qu'interne ça m'est arrivé de... En fait il y avait une nana, une italienne, elle s'était barrée, elle faisait tourner la traumato, et il y a eu un moment pendant hyper longtemps, putain mais qu'est ce qu'elle fout, je faisais tourner les box tout seul. Et en fait le SMUR revient, ils avaient vus l'italienne qui promenait son chien le long de... Elle était à l'hôtel pour 3 jours. Elle était partie des urg', donc je l'appelais sur son DECT ça ne sonnait pas, en fait elle s'était barrée ! A la fin de la journée, je mettais « OK Dr Machin pour prise en charge »...

Interne5 : Ils prennent pas la séniorisation à cœur parce qu'ils n'en ont rien à faire...

Interne4 : oui mais c'est cet aspect médico-légal de merde.

Senior3 : c'est bien fait pour sa gueule.

Interne5 : à la limite tant pis pour elle. Mais il y a le patient dans l'histoire.

Senior2 : C'est con à dire, mais en fait, t'apprends pas à être sénior.

Interne5 : oui, vous êtes pas universitaires...

Senior3 : Nous au SAMU, on a des internes, quoi. On est jamais passés au SAMU, on débarque : sénior, et on a des internes ! Donc tu vois déjà faut que tu gères ton stress, ton truc, ton premier SAMU, c'est quand-même différent que d'être « à la maison », et en plus t'as l'interne...

Interne3 : ...qui est hyper motivé...

Interne4 : ... qu'il faut impressionner...

Interne1 : Je vais raconter ma bonne expérience. Je

vais profiter du fait que Senior1 soit là parce que c'était remarquable ce qu'il a fait. (tout le monde rit)

Interne2 : quel lèche-cul !

Interne4 : C'est l'heure des fleurs !

Interne1 : Non, c'est vrai c'est vrai ! C'est rare.

Senior1 : Tu es encore interne, c'est normal !

Interne1 : On gérait une neutropénie fébrile avec Senior1. Je t'en avais parlé, et vient le moment de placer le patient, parce qu'une neutropénie fébrile, c'est pas forcément sa place de rester aux urgences avec le reste. Donc on s'est dit qu'il était temps de le mettre dans une chambre seule, à l'étage. Donc je passe un coup de téléphone à la chef du haut - Senior1 était dans les parages - en lui expliquant bien la situation, c'était assez clair, hein ? Qu'est ce que j'apprends le lendemain ? Que le patient était resté en transit entre les urgences et le service...

Senior2 : Dans l'ascenseur !

Interne1 : C'est presque ça !

Interne4 : Ça peut presque faire chambre stérile !

Interne1 : Et c'était une chef qui était intéressée que par les plaies et cicatrisations, elle m'a reproché le lendemain de ne pas avoir envoyé le patient au bon endroit hein, chose qui était fautive de A à Z puisque t'étais là pour valider la prise en charge, et l'envoi du patient. Donc dans l'orientation des patients vers les services je pense qu'il faut maîtriser la séniorisation. Si ça te permet de donner une caution à l'interne parce que tu as validé son dossier, et secondo s'il y a un pépin pendant le transit, t'étais au courant aussi et tu peux être au moins témoin aussi. Parce que moi j'étais dans la merde, elle m'aurait pourri...

Senior1 : C'est ça...

Interne1 : C'était le rouleau compresseur quoi ! J'ai apprécié que tu prennes ma défense, c'est pas évident : tu es chef, moi je suis là que 6 mois, toi tu l'as « à vie » avec toi... bah merci.

Dans toutes ces expériences, dans toutes ces choses que vous avez vécues, que vous nous racontez et qui touchent à la séniorisation, est-ce qu'il y a des éléments qui vous ont fait changer votre manière de travailler ? De sénioriser ? De demander une séniorisation ?

Interne2 : Moi je sais qu'à hôpital #2, une fois j'ai eu une vieille qui est venue : lettre de son médecin traitant : elle s'est fait mal à la jambe, je pense qu'elle s'est cassé quelque chose. PS. INR à 7. Donc là t'es content (rires et approbation globale)

Interne5 : Cadeau Bonux

Interne2 : C'est ça... Nota bene : INR à 7. Donc on la prend en charge sur le plan de son trauma, et quand-même on appelle le labo pour vérifier, effectivement INR à 7. Et j'en parle à mon chef. C'était l'été on était archi-blindés. J'en parle à mon sénior, « Elle vient de chuter, c'est une dame qui chute tout le temps à la maison, etc, peut-être que ce

serait bien de faire quelque chose. INR à 7, tu vois tu as des recommandations, peut-être qu'il y a un moment où il faut faire quelque chose et tout. » Il me dit : « cette dame-là a été envoyée pour son plateau tibial cassé, on a traité son plateau tibial cassé, maintenant tu lui dis qu'elle rentre, voilà. » Je lui dis : « quand-même, elle chute... » La famille hyper-présente voilà qui me dit : « nan mais vous pouvez pas la faire rentrer à la maison ! » etc. Donc l'interne qui essaie tant bien que mal de leur expliquer qu'il faut la faire rentrer à la maison avec son plateau tibial qui est bien, et là dessus ils me disent : « oui, et le médecin nous a dit que les analyses étaient pas terribles ». Donc moi j'étais pas du tout d'accord avec la prise en charge de mon chef, -donc on en revient au truc- et ben sur le dossier c'est pas bien ce que j'ai fait, mais j'ai pas marqué mon nom....

Interne5 : J'ai fait ça aussi.

Interne2 : ...parce que je n'étais pas d'accord avec sa prise en charge. J'ai pas marqué mon nom, je l'ai fait signer mais j'ai pas mis mon nom. Résultat on a reçu une lettre.

Interne4 : généralement le problème c'est que tu commences par ça ?

Interne2 : Nan nous c'est informatisé en fait, tu fais une lettre de sortie et tu signes chef et ton nom. Et ça a pas raté, 3 semaines plus tard, on a reçu une lettre du médecin, la mamie était tombée le lendemain et elle était morte, probablement une hémorragie. On a ressorti le dossier... On nous dit toujours, il faut que vous mettiez votre nom etc, et là vraiment j'en avais discuté avec lui : « la dame elle est grabataire, ses enfants ne sont pas là, si tu ne veux rien faire, au moins, garde-là... » il m'avait dit : « non non, on est surchargés de travail, tu la renvoies à la maison et tu fais un contrôle de l'INR dans 3 jours. » Voilà. Donc moi pour le coup quand la lettre de plainte... c'était pas une lettre de plainte, c'était juste une lettre de constat de la part du médecin traitant... De la part du médecin traitant, c'est quand-même pourri de te mettre juste à la fin : « PS : INR à 7. »

Senior3 : Il s'est dit : « il y a eu un labo aujourd'hui », il a appelé le labo, INR à 7, il te l'a mis à la fin, du coup.

Interne2 : je suis d'accord. C'est pour le truc de : j'ai pas mis mon nom alors que c'est la première chose qu'on nous dit aux urgences : sur tous les dossiers vous mettez votre nom et le nom de votre sénior. Bah là je l'ai pas mis, parce que je n'étais pas du tout d'accord.

Senior3 : bah c'est ça, c'est adhérer à la prise en charge au final du sénior, alors que tu n'adhères pas et que...

Interne2 : après je m'en suis voulu, c'est ce que disait Interne5, j'ai pas fait ce que j'aurais dû faire...

Senior3 : qu'est ce t'aurais dû faire ?

Interne3 : En parler à quelqu'un d'autre.

Interne2 : Exactement, c'est ça... Et depuis ce jour là, quand j'ai des dossiers un peu épineux, parce qu'au bout de 6 mois je connais un peu comment ils marchent tes chefs, et bah ce genre de dossiers je vais en parler à l'autre chef.

Interne5 : Senior2 tu disais : l'interne on sait ce qu'on peut attendre de lui ou pas, et ben finalement c'est pareil avec le sénior : Il y a des séniors, tu sais qu'il y a des trucs que tu vas pas leur demander.

Interne4 : Sauf si tu as besoin de sa signature...

Interne5 : S'il y a deux séniors c'est gérable, s'il n'y a qu'un sénior c'est pas gérable...

Interne3 : C'est toujours pareil : Dans la séniorisation tu as les 2 côtés : t'as la séniorisation pour t'aider, et tu as la séniorisation médico-légale.

Interne1 : Mais sur le principe : tout dossier doit être séniorisé ! Tu dois au moins en parler 30 secondes avec ton chef...

Interne5 : toutes les prescriptions en tant qu'interne sont sous la responsabilité d'un chef.

Senior2 : T'es sous la responsabilité du chef, donc après, c'est de toute manière pas une obligation, enfin je crois pas que ce soit une obligation dans les textes. Mais implicitement le sénior est censé être au courant de tous les trucs. On en parlait il y a peu : à l'heure actuelle, les services ne sont pas sensés avoir besoin des internes pour fonctionner, les internes ils sont en formation.

Interne4 : Nan mais c'était vrai il y a 10 ans ça ! Je discutais avec un urgentiste qui faisait mi-temps à l'hôpital #4 et mi-temps à l'hôpital #5, maintenant il bosse à plein temps à l'hôpital #5, il me racontait comment ça se passait il y a à peine 10 ans à l'hôpital #4, c'était hallucinant, il y avait les chefs de rhumato qui venaient chercher les internes de l'hôpital #4 pour aller jouer à la pala entre 14h et 16h parce qu'il n'y avait rien à faire. Il me disait que les urg' il y a 10 ans c'était que des SCA, que des OAP, des polytraum, des trucs comme ça... Et en fait là à l'hôpital #5, ils ont pris +40% de passages en 10 ans ils ont embauché zero PH de plus. Sauf que les promos de MG ont augmenté donc il y eu plus d'internes aux urg' et ils ont avalé le débit en prenant plus d'internes donc la séniorisation aux urg'... t'as forcément une part qui est obligatoire...

Interne5 : de la même manière que le directeur de l'hôpital #2 avait dit : « c'est très bien on a plus de passage, mais on a les internes aux urgences donc tu n'as pas besoin de rajouter un chef. » Je sais pas si c'était Interne6 qui était passée à l'hôpital #2 et ensuite à l'hôpital #6, et qui m'avait raconté ça. Il y avait Interne7 et Interne6, elles m'avaient dit effectivement : « le directeur a dit : *« C'est pas la peine de prendre des nouveaux postes de chef, il y a les internes. »* » Donc il se reposait vraiment sur les internes. Or, non. Elles ont toutes dit non. L'interne doit sortir en SMUR car il est en formation, on le laissera pas tout seul aux urgences. C'était pour l'histoire de laisser seul un interne aux urgences.

Senior3 : ah bah tu vois, l'hôpital #7 ils se posent pas la question. Il y a 1 chef la nuit s'il y a 1 SMUR t'es tout seul.

Interne4 : oui

Senior3 : Après, c'est l'hôpital #7...

Interne5 : l'hôpital #2 c'est pareil.

Interne3 : À l'hôpital #7, t'as le réa qui est sur place aussi, en cas de...

Senior1 : À l'hôpital #2 maintenant il y a 2 chefs, c'est la période où il n'y avait qu'un seul chef.

Interne5 : Oui c'était un peu la merde à cette époque il faut dire

Senior3 : Le truc qui serait intéressant, c'est de reprendre un peu les lois, je suis sûr que nous, on ne sait pas vraiment ; quand on est interne on se dit que c'est bon, qu'on a aucune responsabilité alors que je suis sûr qu'on en a une. On part du principe que c'est bon, s'il y a un pépin, c'est pas nous qui allons prendre, c'est le chef.

Interne1 : non, la loi elle dit que les 2 partent au tribunal.

Senior3 : mais si on présente pas ?

Interne4 : Attends mais c'est à l'hôpital #7 d'ailleurs qu'il y a eu une cacahuète énorme là dessus d'ailleurs.

Senior2 : Pour ce truc là : tu as pris en charge le patient, donc tu es entendu. Par contre, il y a le fait d'être entendu, et le fait de l'inculpation et de la responsabilité réelle. L'interne il est pas dans la responsabilité sauf... il y a des réglementations très particulières, je ne les connais pas par cœur...

Senior3 : si tu ne présentes pas le dossier au chef parce qu'il est en train de pioncer, parce qu'il est au PMU, ou je ne sais quoi... Je suis sûre que c'est l'interne qui prend alors que c'est le chef qui n'est pas là.

Interne2 : Ah bah c'est sûr !

Interne4 : Là à l'hôpital #7, les internes ont eu un gros problème.

Interne1 : Non. 100%.

Interne2 : C'est sûr que si tu ne l'as pas mis sur le dossier c'est l'interne qui prend.

Interne5 : c'est pour ça qu'il faut marquer : ne répond pas au DECT à telle heure, à telle heure, et puis voilà !

Ce risque, est-ce qu'il a changé votre manière de travailler ?

Interne5 : Oui, tu deviens hyper crétin sur le médico-légal : j'ai appelé le chef il a pas répondu, bah voilà. (vive approbation générale)

Interne2 : le radiologue !

Interne5 : ...j'ai appelé le radiologue, il refuse le scanner. (vive approbation générale)

Senior3 : Ou le dossier s'il n'y a pas de courrier. Parce que quand tu sors de courrier et qu'il y a écrit des trucs... moi je sais que quand j'écris une observ', souvent l'observ' sert au courrier... Quand tu relis pas forcément toutes les lignes quand tu signes en bas [d'un courrier rédigé par l'interne], et bah s'il y a des petits trucs comme ça, tu le louperas...

Interne3 : Dans tous les services d'urgences adultes, avant de faire sortir quelqu'un tu dois au moins en parler au chef, et là c'est ça qui m'a frappé aux urgences pédiatriques, c'est qu'au bout d'un mois il y a plusieurs chefs : « bah.... je te fais confiance ! Tu m'en parles si tu as besoin. »

Interne4 : Ouais, mais c'est pas des urgences, les urgences pédiatriques...

Interne3 : C'est des urgences, quand-même !

Interne5 : C'est comme un prat' ou un SASPAS, il te fait pas confiance parce qu'il a vraiment confiance, il te fait confiance parce qu'il a trop de monde, et qu'il a pas le temps.

Interne4 : Il y a quand-même beaucoup plus de pédiatrique générale... donc à partir du moment où le mec il a confiance en son interne, quand vraiment c'est des viroses à la con, qu'il y en a tellement, il va être capable de dire : « bah cet interne-là il va être capable de me dire s'il y a un truc qui cloche, et à ce moment-là, lui je vais aller le voir. »

Interne3 : mais si tu veux aller lui parler de tous, tu vas lui parler de tous...

Interne5 : oui, mais il va bien te faire comprendre que... C'est comme les internes de...

Interne3 : Ouais mais je sais pas, tu bosses aux urgences, tu vois bien qu'aux urgences pédiatriques quand t'as un sénior comme Sénior4, le chef de service et, qui te dit « je te fais confiance » tu sais très bien que...

Senior2 : t'as le problème de l'usure des anciens chefs. Moi je sais que les situations que vous racontez - je vais pas m'attarder sur les trucs - mais quand je suis passé aux urgences en tant qu'interne, les urgences de l'hôpital #1... je peux pas lancer des fleurs aux urgences de l'hôpital #1, mais ça a changé du tout au tout...

Interne1 : maintenant, alors ?

Senior2 : Mais même quand tu y es passé... par rapport à quand j'y suis passé comme interne si tu veux, Interne5 y était dans la même période : elle était dans les étages, moi j'étais aux urgences : c'était chaud !

Interne5 : c'était tendu quand-même !

Senior2 : c'était un no-man's land, c'était catastrophique...

Interne5 : c'était n'importe quoi, tu savais pas où donner de la tête...

Senior2 : t'avais, dans les bonnes journées, t'avais 3 chefs... dans les bonnes journées... Des gens qui à

l'époque ne restaient pas forcément plantés à leur poste, le bureau était très confortable, les clopes on les fumait nettement mieux dans le bureau, enfin c'était des trucs vraiment hallucinants... Et classiquement aux urgences de l'hôpital #1, t'avais 2 séniors, 2 internes. 1 en UHCD, l'autre devant, pour chacun des postes, et pour un débit qui était pas celui de maintenant mais... maintenant t'es entre 150 et 160 passages/jour, je crois, et à l'époque t'étais à... c'est l'époque où ils ont passé les 50000 par an, donc ça doit faire 130 en moyenne, un truc dans le genre, donc t'es quasiment sur le même genre de débit... Aux choix t'avais 4 internes qui pouvaient prendre les urgences de l'hôpital #1, aujourd'hui c'est 13, et sur les 4, il y en a une qui était en congés maternité pendant les 2 premiers mois... prends ça dans ta face... Le rythme c'était débile, et surtout : 1°) les chefs n'avaient pas envie de sénioriser, 2°) de toute manière, très clairement ils n'en avaient pas les moyens. Et quand tu demandes quelle expérience j'en ai tiré, personnellement, j'essaie de surtout ne pas reproduire ce truc-là.

Senior3 : ça tu peux le rajouter sur la liste : interne + sénior, moyens de séniorisation ?

Senior2 : oui je l'ai mis : augmentation de l'affluence

Interne5 : parfois tu as tellement de monde, c'est pas possible de tout sénioriser, l'interne fait partie des effectifs à part entière.

Senior3 : c'est ça. (Approbation globale)

Senior2 : A l'hôpital #1 tu as une organisation qui, enfin, du moins pour les soins d'urgence, est compatible avec une séniorisation qui me paraît assez adaptée. C'est à dire que tu peux arriver à voir des malades quand c'est trop le bordel, et à les faire tourner, et tu arrives à laisser les internes se démerder, mais tu es à côté quand-même, tu es là pour...

Interne3 : Oui mais du coup quand tu es dans ces situations où tu es avec un chef qui te fait confiance, et toi, assez en confiance pour faire sortir les patients que tu vois pour lesquels tu n'as pas de question, est-ce que ça peut te retomber sur la tronche au final ?

Senior3 : Oui, je pense, j'en suis persuadée.

Senior2 : même en pédiatrique je ne le fais pas. Maintenant je prends des gardes de sénior là-bas aussi, et c'est un truc sur lequel je suis moins à l'aise, donc je vais plus revoir les enfants.

Interne3 : C'est pour ça : c'est de la pédiatrique ! C'est pour ça que ça m'a encore plus étonné. Alors que chez les papys...

Senior2 : Ce qu'ils savent très bien, c'est que de toute façon les enfants quand ils vont mal ils vont mal, et tu le vois. Les enfants ils sont durs à tuer... C'est horrible ce que je te dis, mais enfin...

Interne3 : oui, je suis d'accord avec toi...

Senior2 : Et mine de rien quand Sénior4 te fait

confiance et te dit : « voilà, bon », il sait que si toi tu as fait sortir cet enfant et que lui, il a pas été averti de cet enfant-là, c'est que la puer qui l'a vue avant toi... C'est qu'il a une confiance totale en ses puer...

Interne3 : D'accord, mais tu prends le même cas, où c'est chir...

Senior2 : Ouais, en chir c'est chaud, il y eu des merdes.

Interne3 : premièrement : t'as aucun chef, 2° t'as un interne de chir qui est là mais il est là quand il peut, c'est pas de sa faute. On t'envoie des douleurs abdo de partout : « est-ce qu'il a une invagination ? », « est-ce que c'est une appendicite ? », « est-ce que... »

Senior2 : tu deviens référent régional en appendicite !

Interne3 : tu deviens référent régional en appendicite, quoi !

Interne5 : Ah mais c'est pour ça que ça chie, toutes les appendicites que j'envoie aux urgences ped... faut que j'arrête alors... Moi il y a une mère qui revient, elle me dit : « écoutez il a eu très très mal au ventre », effectivement c'était une suspicion d'appendicite, et elle me dit : « il ont même pas donné un truc pour la douleur ».

Senior2 : Ça par contre c'est faux, elle ment...

Interne5 : C'est vrai, c'est vrai.

Interne3 : C'est faux... parce que quand ils ont une EVA à 4, ils ont de la morphine !

Interne5 : Et bah écoute, il a rien eu, il a rien eu, et il a eu ni bilan bio...

Interne3 : Nan mais ils en font pas, ils en font pas.

Interne5 : ...et elle a bataillé pour l'échographie parce qu'il avait mal, il avait mal ici (montre le point de Mac Burney), et que ici !

Interne4 : bah il a l'appendicite ! (rires)

Senior2 : de toute façon, bilan bio : (fait un bras d'honneur en rigolant)

Interne3 : de toute façon bilan bio : t'en auras pas, écho : jamais.

Interne5 : ...et on a jamais su ce qu'il avait cet enfant, ils ont jamais vu l'appendice à l'écho, ils ont dit qu'au scanner on la verrai jamais...

Interne2 : bon bah il va bien cet enfant, il est où le problème ?

Interne3 : il n'y a pas d'appendicite au final !

Interne5 : effectivement 3 jours après j'ai rescript un bilan...

Senior2 : t'as pas de contracture, t'as pas de défense : t'as pas d'appendicite, t'as pas d'écho !

Interne3 : Tu feras rien ! T'auras pas de bio, t'auras pas d'écho, tu feras rien ! Et tu vois, t'auras même pas l'interne de chir.

Interne5 : J'avais une douleur vraiment exquise !

Senior2 : « Bon ça va pas trop mal, rentrez chez vous ! Si ça va un peu plus mal, revenez ! (Rires) »

Interne3 : t'appelles le radiologue pour une écho : « le diagnostic d'appendicite est clinique ». tu dois jouer un peu des coudes...

(rires, brouhaha...)

Nous allons revenir un peu à la séniorisation...

(rires, brouhaha...)

Interne3 : ...si t'appelles juste en disant : « j'ai une douleur abdo, je pense que c'est une appendicite, faut faire une écho », il te dit : « non, c'est clinique. » Par contre si tu y vas en disant : « il a une défense, éventuellement c'est une appendicite, mais je suis pas sûr », là il te fera ton écho.

Nous allons revenir un petit peu à la séniorisation si vous le voulez bien...

Interne3 : non mais là c'est en plein dans la séniorisation ! Par ce qu'effectivement il y a un problème d'effectifs : côté chir personne veut sénioriser parce qu'effectivement, y a pas les moyens... (montre le tableau où sont inscrites plusieurs des idées émises par le groupe quant aux difficultés de la séniorisation ou à ses caractéristiques)

Puisque tu nous montres cette liste des points que vous avez évoqués, on va la lire, et vous allez nous dire si ça correspond aux réalités que vous avez évoquées, et surtout s'il manque certaines idées à côtés desquelles nous serions passés.

Interne4 : oui, il en manque : je n'ai jamais vu des séniors aussi sympas qu'aux urgences.

Interne5 : c'est vrai...

Interne3 : plus proches des internes...

Interne5 : c'est sûr, on est tous dans la même merde...

Interne3 : C'est des chefs plus jeunes aussi, souvent.

Et cela rend la séniorisation... ?

Senior3 : Tout ce qui stresse un peu, ça rapproche, c'est obligé...

Donc il y a une proximité positive ?

Interne4 : Oui oui, je pense...

Interne5 : proximité positive. Il y a une grosse proximité, très positive.

Interne2 : une grosse proximité. Très souvent tu couches ! Il y a la chambre de garde (second degré)

Donc il y a une proximité avec les séniors qui est différente de celle d'autres services. Mais qu'est ce qu'elle apporte de plus dans la séniorisation, cette proximité ?

Senior3 : bah discuter.

Interne3 : je pense pas qu'il y ait que le stress. Parce

que tu prends les internes de chir, c'est eux qui sont le plus souvent dans des situations de stress avec leurs chefs, et c'est là que c'est le pire. Ils se font déboîter par leurs chefs et c'est jamais leur faute.

Interne4 : Moi j'ai aussi rarement vu des internes se faire aussi déboîter qu'aux urg'...

Interne5 : oui mais on va tous dans le même sens, l'objectif c'est vider l'accueil.

Interne4 : des espèce de soufflons, les internes en pleurs... assez scandaleux.

Interne5 : ...donc vous travaillez main dans la main, pour vous dire : « OK, maintenant le plus important c'est d'écluser le flot. »

Est-ce qu'on pourrait lire les points évoqués, marqués sur le tableau ?

Senior2 : On commence par quoi, les inconvénients ?

Par les points positifs, car il n'y en a pas beaucoup de marqués...

Interne5 : Oh mais si, franchement on les a pas écrits, on a dit plein de trucs positifs !

Interne2 : si, mais c'est parce qu'on a dit que les trucs négatifs...

Senior2 : On commence donc par quoi ?

Les points positifs.

Senior2 : L'aide à la réflexion.

Est-ce que vous avez envie de développer ce point-là ?

Interne5 : En fait c'est vraiment le rôle de l'interne, dans son rôle d'élève, le chef est là pour apprendre à l'interne qui est en formation.

Senior3 : C'est la base de la séniorisation

Interne4 : dans les points positifs, c'est quand-même des mecs assez passionnés, aussi. C'est des mecs passionnés, qui aiment leurs boulot, et qui m'ont aussi vachement donné envie de faire ce boulot, quoi.

Senior3 : l'expérience

Interne4 : Tu vois ils prennent le feu toute la journée, toi t'es interne : tu prends le feu pareil, et puis ils sont toujours à aimer ce qu'ils font, tu te dis bah voilà. Avec le sénior t'es quand-même très proche.

Senior3 : les seniors sont là pour la séniorisation.

Interne3 : par contre j'ai juste une question : c'est quoi l'objectif de ta thèse : c'est de dire : en ce moment ça se passe comme ça ? C'est de dire : on est pas assez séniorisés ?

Il s'agit d'étudier la relation de séniorisation, de voir si la séniorisation répond aux besoins exprimés par les internes. Peut-être que oui, peut-être que oui sur certains points, non sur d'autres points qui sont peut-être très ciblés. Et

voir si de l'autre côté, l'impression que peuvent avoir les seniors sur les mêmes points est concordante

Senior2 : c'est con à dire, mais l'idée ce serait : tu poses la question à un interne et un sénior....

Senior3 : pour les mêmes trucs, quoi.

Senior2 : ...voilà, et ils te mettent les mêmes avantages et inconvénients de la séniorisation aux urgences.

A peu près. En détaillant les différents éléments, les différentes étapes qui constituent le travail de séniorisation en fait, en le détaillant, histoire que les internes disent : moi sur telle partie de mon travail aux urgences, sur telle autre et telle autre, je suis hyper-content, les seniors ils sont pertinents, ils sont à leur place, ils sont à la juste distance en fait. Parce que c'est une question de distance, finalement. C'est pas sur des éléments objectifs que je veux évaluer la « quantité de séniorisation ». C'est la pertinence. Savoir si sur tel élément, tel élément de ton travail, si la relation est juste, si la distance est bonne, et si le regard de l'interne et du sénior sont concordants.

Interne5 : du coup c'est les attentes des internes, et la façon dont le sénior a l'impression de répondre à ces attentes.

Senior2 : il y a des problématiques qui risquent de se dégager, et effectivement on va se rendre compte que le sénior il veut un truc, l'interne, lui, il attend plutôt autre chose, et à ce moment-là, peut-être y travailler... En plus les services n'ont pas vraiment d'objectifs pédagogiques...

En fait, le DMG n'a pas vraiment d'objectifs pour le stage des urgences, les services d'urgences n'ont pas non-plus d'objectifs super clairs. Il y a en revanche des objectifs nationaux de compétences en médecine d'urgence pour le généraliste, mais ce n'est pas les objectifs du stage d'urgence.

Senior3 : Tu peux rajouter que les seniors ne sont pas formés, c'est une qualité d'être prof...

Senior2 : du coup il n'y a pas vraiment d'objectifs dans les services d'urgences, ça permettrait de donner des objectifs d'uniformiser un peu la formation...

Senior1 : Pardon, il n'y a pas un projet pédagogique entre, heu... où la séniorisation rentre dans le cadre du projet pédagogique...

Finalement, si on a ces items qui permettent d'évaluer la séniorisation, la juste distance, a qualité de cette relation pédagogique, de cette supervision. Finalement ça peut être des critères d'évaluation de la qualité globale de la séniorisation aux urgences, et même de la qualité du stage, puisque c'est garant d'un apport en terme de pratique professionnelle, d'expérience, de connaissances et de tout ça. (hochement de tête approbateur de Senior1)

Interne2 : moi je trouve que dans les points positifs, alors c'est très perso, mais je trouve que le fait que les urgentistes...

Interne3 : le chef était beau ! (rires)

Interne2 : le fait que les urgentistes soient des med gé, soient des médecins généralistes, ils connaissent notre formation, ils savent par quoi on passe, les trucs qu'on doit faire, qu'on doit savoir etc, et ils sont pas du tout dans le truc de la spécialisation justement quand tu passes dans les services, moi je suis passée en neuro, où bah voilà ils te forment sur la neuro... c'est le but mais...

Interne5 : ou ils te forment pas, parce que de toute façon « on s'en fout, il sera généraliste, je vais m'occuper de l'interne de spé. »

Interne2 : il n'y a pas cette notion entre guillemets de mépris par rapport à quand on est au hôpital #1, enfin moi là j'y suis à l'hôpital #1 en ce moment, et je le sens bien que je suis l'interne de med gé. Alors que quand tu es en périph, et encore plus là où j'ai fait mes urgences, bah voilà, t'es interne des urgences, ils sont là pour te former à la médecine d'urgence. Moi je veux pas faire de médecine d'urgence et pour moi ce stage-là il a été - enfin, même si je ne veux pas faire d'urgence - il a été super parce qu'ils m'ont fait faire plein de choses, ils m'ont fait faire un vrai stage d'urgence pendant 6 mois : j'ai intubé, je suis sorti en SMUR, voilà, des trucs que je ferais peut-être jamais dans ma vie, mais voilà ils se sont dit : elle est là pour 6 mois aux urgences, bah on lui fait pas faire que les angines et que les rhino, quoi. Donc moi j'ai trouvé ça vachement bien. Non mais c'est vrai ! Et c'est l'avantage des urgences de périph.

Senior1 : on est meilleurs que l'hôpital #1 !

Senior3 : c'est sûr !

Interne4 : Après, il y a un facteur jour-nuit qu'il faut prendre en compte je pense. À l'hôpital #5, c'est les spécialistes pour te faire, à minuit, surtout si tu es interne des urgences par rapport aux internes des étages : « allez salut à demain ! »

Interne1 : c'est pas midi, à l'hôpital #5 ?

Interne4 : Il va se coucher, il dort 7 heures, et il faut vraiment qu'il y ait un putain de gros truc pour qu'il se sorte du lit.

Senior3 : du coup c'est praticien-dépendant...

Interne4 : c'est carrément service-dépendant ! Le mec s'il le sent bien, tu vois... tu peux pas trop leur en vouloir, quoi. Tu bosses avec eux tous les jours et tout, la nuit s'il se passe trop rien...

Senior3 : ouais mais les mecs sympas le jour, qui sont dispo le jour, ils sont pas dispo la nuit ?

Interne4 : disons qu'ils sont motivés pour aller se coucher quoi. Et après c'est vrai, s'il se passe pas grand-chose, t'as confiance en ton interne, bon tu vois...

Interne5 : mais du coup il n'y a pas d'objectifs du rôle du sénior. On est toujours sur cette histoire du rôle du sénior, de la formation du sénior, et du fait que le sénior a des devoirs envers l'interne.

Et du coup si le rôle du sénior était à définir ?

Interne5 : bah se sentir obligé entre guillemets, de « cocher les trucs ». Parce qu'effectivement, ceux qui sont déjà de toute façon impliqués dans la formation de l'interne, dans le suivi, la supervision, ils le font, spontanément. Mais s'il y avait un truc où voilà, vous en tant que séniors, vous devez faire ça et ça et ça, même ceux qui sont tire-aux-flancs bah quelque part, ils... enfin je sais pas comment les faire se sentir obligés, mais...

Mais du coup sur quoi ils devraient se sentir « obligés » ? ou être présents ? Ou voir s'il ont à être présents ?

Interne5 : c'est surtout sur la possibilité d'être présent. C'est pas sur la présence. C'est être présent si l'interne a besoin.

Quelles sont du coup ces situations dans lesquelles l'interne peut avoir besoin du sénior ?

Interne4 : les situations de mort

Senior3 : oui, ça c'est vrai.

Interne4 : les situations de mort, ça c'est cash, les situations d'urgences vitales, d'urgences fonctionnelles tu vois.

Donc il y a des situations.

Senior3 : le décès oui, quand tu te retrouves toute seule au début, à annoncer à la famille qu'il est en train de mourir ou qu'il est mort.

Interne5 : oui, annonce de décès, ou d'information à la famille grave autre que le décès : pronostic vital engagé... (approbation globale)

Interne4 : oui voilà. Tu vois, annonce de cancer aux urgences, c'est typiquement le genre de truc, c'est hyper fréquent : ça typiquement tu peux pas être tout seul interne, tu vois, même si c'est toi qui l'as trouvé, il faut qu'il y ait un mec avec toi qui ait plus de bouteille, les bons mots.

Interne5 : annonce de LATA en post-urgences, ou en UHCD, c'est tendu quand-même

Le relationnel avec les familles et les annonces est un point important. (Approbation générale)

Interne5 : ne serait que parce que tu as 22 ans des boucles blondes, en fait tu peux juste pas aller voir la famille en disant : « voilà, on va arrêter toutes les thérapies actives, et genre il va mourir ici »

Interne4 : faut être 2, avec un mec gros avec une barbe pour ?????? un peu

Senior3 : Bah oui, c'est deux, oui.

Interne5 : déjà ils ont moins l'impression de se faire prendre pour des guignols la famille, et d'avoir affaire à l'étudiant qui arrive.

Senior1 : ça rassure la famille qu'il y ait un sénior

Interne5 : déjà il y a besoin d'un adulte, de quelqu'un qui...(rires) non mais c'est vrai !

Senior3 : je suis le sénior mais je suis pas sûre d'avoir l'air du sénior...

Interne5 : moi aussi...

Senior2 : quand je sors des box, je suis interne, des fois...

Interne5 : toi moins que nous, nous on est les infirmières, je te rappelle, hein ?

Interne2 : c'est ça !

Toujours un peu dans cet esprit là, on a vu le relationnel, où le sénior peut-il avoir sa plus-value, est-ce qu'il y a d'autres points sur lesquels le sénior peut avoir un rôle à jouer ?

Interne2 et Senior3 : les gestes techniques, oui.

Interne2 : les gestes techniques que tu n'as jamais, enfin que tu apprends, c'est con mais la première fois que tu fais des PL, des ponctions pleurales, que tu intubes, t'es bien content d'avoir un chef...

Senior1 : après tu as des internes qui ne veulent pas apprendre à faire certains gestes techniques. Là actuellement on a des internes qui veulent pas du tout même intuber, pour elle « je suis interne de médecine gé, ça ne me concerne pas » elle te dit : « je ne vais jamais intuber » Après ça dépend des internes que tu as en face, des fois on a des difficultés. Ça se passe régulièrement bien mais après en fonction de la personne que tu as en face...

Interne5 : non, ou sur la prise de hauteur, le fait justement de voir un patient dans son ensemble, savoir quasiment dès l'entrée du patient comment ça va se terminer etc, c'est ça finalement quand tu es interne et quand tu es interne de jeune semestre, tu connais bien tes cours théoriques, tu fais ton examen, tu prescrites tes bilans, mais tu sais pas trop finalement comment ça va se terminer. Quand tu es sénior, où que tu es vieil interne, globalement tu sais très bien comment ça va se terminer, enfin tu peux déjà prendre de la distance, tu anticipes déjà des choses, ce que tu fais pas quand tu es interne. Tu anticipes beaucoup moins. Ou d'aller voir les patient en disant : OK, votre mari vient d'arriver, comptez de toute façon 3-4 heures, le temps de machin, faire-ci faire-ça, machin, voilà : d'être déjà dans le truc d'après.

C'est un peu une synthèse de l'expérience, un recul, ce dont tu parles...

Interne5 : Oui c'est ça, de prendre de la hauteur... l'anticipation, c'est bien ça aussi.

Et anticipation...

Interne5 : ou anticipation sur le gros déchoc : le mec qui arrive avec une bonne hémodynamique, mais toi tu sens qu'il va merder dans les 10 minutes et qu'il faut déjà lui mettre un gros... enfin voilà, ça aussi ça peut rentrer dans l'anticipation, je pense.

(hochements de tête approbateurs des autres). Quand l'interne a l'impression, quand le gars il arrive : « bon, OK, il a 40° de fièvre, il est machin... », toi tu sais déjà que dans 10 minutes il va avoir la noradré... heu... ou pas, mais...

Du coup le sénior, son rôle par rapport à l'interne, là ?

Interne5 : bah il y a une vraie plus-value parce qu'il a l'expérience, il sait comment ça va se terminer. Tu vois bien quand il y a un mec qui pue, que l'interne il le voit pas forcément... Le mec qui est terreux, quand tu es interne, tu sais pas repérer le gars qui est terreux, qui va faire un trouble du rythme dans 10 minutes parce qu'il fait son SCA, typiquement.

Donc : sur la clinique, l'évaluation initiale du patient, le sénior peut avoir un rôle.

Interne2 : oui, il a l'expérience !

Interne5 : il peut même aller faire un tour en salle d'accueil, ou dans la salle d'attente, tu vois les gars, puis t'en vois un, lui, il a vraiment une sale gueule.

Interne1 : « dégages ! » (rires)

Interne5 : Et quand tu es interne tu sais pas bien dire...

Interne1 : « tu sors ! » (rires)

Interne5 : le tri aussi, peut-être...

Le tri ? C'est à dire ?

Senior3 : la hiérarchisation des urgences, quoi

Interne5 : la hiérarchisation.

Senior3 : oui c'est ça. La hiérarchisation des urgences.

Interne5 : C'est de dire, OK, certes, le bébé il pleure, mais bon, il a que ça, alors que l'autre il dit rien mais il est comme ça : (mime un enfant qui suffoque en silence)

Senior3 : oui.

Interne5 : bon, j'exagère un tout petit peu, mais..

Senior3 : oui, parce que ça, l'interne il sait reconnaître...

Interne5 : oui, je caricature un petit peu...

Dans l'organisation globale du service et les flux ?

Interne5 : Du coup l'interne est plutôt un effecteur, et le sénior est un peu plus un gestionnaire...

Cela rejoint un petit peu ce que disait Senior1 disait sur la ventilation des patients.

Interne5 : Oui.

Interne1 : il y a un truc. Tu as quand-même beaucoup de chefs qui... c'est pas une méprise de l'interne, mais... t'es qu'un interne.

Interne2 : Ah non, je suis pas d'accord.

Interne3 : ah si, moi, si.

Interne5 : « t'es qu'un petit interne de merde », si quand-même.

Interne3 : tu exposes ton truc et c'est « pffffff » (mime l'air désabusé et sceptique d'un sénior). Et tu sais que c'est pour toi, tu sais que c'est pas à cause du sujet... « oui, bon, et alors ? Et alors ? » (sourires amusés, ou rires des uns et des autres)

Senior3 : c'est vrai, ça arrive ça ?

Interne5 : oh c'est pas tout le monde !

Interne4 : C'est pas une affaire de sénior...

Interne5 : c'est une histoire de personne.

Interne4 : mais bien sûr !

Senior2 : Moi, j'avoue que ça m'arrive des fois, mais c'est ce que je disais tout à l'heure, quand effectivement on vient de voir 10 fois pour 3 merdouilles...

Interne1 : nan, c'est même pas ça, ce que je te dis, c'est décontextualisé, c'est même pas une situation. Ça m'est arrivé récemment.

Interne5 : donc c'est le fait d'être interne, c'est pas parce que c'est toi.

Interne1 : oui.

Senior3 : c'est le radiologue qui te fait ça !

Interne2 : oui c'est c'est c'est pas parce que c'est toi.

Senior2 : nan mais là c'est sur le rapport purement aux urgences, quoi... je sais pas...

Interne3 : nan mais moi c'est ça aux urgences pédiatriques...

Senior2 : moi très honnêtement, en position de sénior,...

Interne1 : on vient d'en parler, c'est pour ça que je me permettait de le redire...

Interne3 : après c'est pareil, moi j'ai pas eu ça aux urgences adultes, mais j'ai eu ça aux urgences pédiatriques, c'est où t'y vas, et c'est la particularité des urgences pédiatriques, et en plus aux urgences pédiatriques il y a cette particularité où ils nous disent justement : « si t'as pas de problème tu le fais sortir et si t'as besoin tu viens nous en parler » et sachant ça tu viens voir le chef, tu en parles, et c'est : (marque une pause, air dubitatif et méprisant) « ouais... »

Interne5 : en fait c'est viens nous en parler mais en fait viens pas nous en parler...

Interne3 : si tu viens en parler c'est que effectivement t'as un souci. Tu viens en parler, et ça va pas. Et c'est dédaigneux. Après je sais que c'est pas... du coup je sais que c'est pas que moi parce que c'est pas qu'avec moi. Donc c'est elle !

Est-ce que c'est parce que le chef ne comprend pas la demande, la difficulté qui est rencontrée, finalement ?

Senior1 : ça dépend de la personne, je pense.

Est-ce que c'est parce que la difficulté rencontrée par l'interne n'est pas comprise par le chef ? Ou est-ce qu'elle lui semble dérisoire ?

Interne3 : je pense que c'est parce que ça semble dérisoire pour elle.

Senior2 : oui je pense que c'est ça, je veux dire, très honnêtement, il y en a certains avec qui ça m'arrive. Après c'est très ciblé.

Interne5 : en fait t'es un connard ? (rires de tous)

Senior2 : mais oui mais parce que, enfin, c'est pas, parce que c'est pas une question de, c'est même pas une question d'être, d'être méchant dans le fond, je ne pense pas être vraiment traumatisant comme garçon, mais c'est juste qu'il y a de fois effectivement, on vient te voir une fois, on vient te... je reviens sur ce que je disais sur la séniorisation à outrance !...

Senior3 : mais dans ce cas là faut le dire !

Senior2 : ouais mais t'as beau le dire...

Senior3 : mais tu préfères ça ou plutôt un interne qui fasse les trucs de son côté ?

Senior2 : écoute, je suis tout à fait d'accord, mais c'est vrai qu'à un moment donné... il y a des fois où en fait... c'est pas le côté dérisoire c'est très difficile à verbaliser pour expliquer ce que je veux dire...

C'est plus lié à la situation clinique ?

Senior2 : c'est qu'en fait sur la situation, en fait t'es face à une situation et tu ne comprends pas où est le problème... Donc en fait : c'est évident ; celui qui est en face de toi, il a tout à fait compris... Comme on disait tout à l'heure au niveau des urgences on n'est pas dans la séniorisation très intense, et tu te retrouves avec une situation où en fait...

Senior3 : c'est pas la même échelle, quoi... lui il est interne de médecine gé, toi t'es urgentiste, et du coup...

Senior2 : Non, parce qu'en plus si tu veux, moi je m'en fous, je veux dire ; qu'il s'agisse de l'angine ou du truc, heu, je m'en fous...

Senior3 : oui, c'est sûr, ça fait partie du boulot !

Interne5 : oui mais c'est parce que tu réfléchis pas pareil en tant que médecin urgentiste et en tant que généraliste ; c'est grave ça reste à l'hôpital, ou ça sort.

Senior2 : C'est juste que tu arrives sur une situation, il y a une question qui t'es posée, et tu sais pas quelle est cette question en fait au final, parce que il t'a fait tout le point, il t'a fait tout le truc, même des fois, on disait tout à l'heure : « bah c'est une angine quoi ? » des fois t'arrives : « c'est une angine. » « OK, je suis d'accord avec toi. Il y a pas de problème il va pouvoir y aller », et en fait tu te retrouves avec l'interne qui reste en face de toi, tu sens qu'il y a quelque chose, quoi. Il y a un truc. Il y a une question, il y a un problème, mais tu sais pas ce que c'est, et personne ne te la verbalise cette putain de

question.

Donc non-verbalisation ?

Interne3 : Mais là je suis d'accord, mais moi mais moi si je te dis ça, c'est que je viens et j'ai une question.

Senior2 : Oui, mais parce que tu as effectivement des gens qui sont blasés, et ça c'est un autre problème, c'est le problème de l'usure aux urgences, et...

Interne3 : après, ça c'est une conséquence ! Je veux dire : quand tu bosses avec des gens comme ça : mais moi si je vais la voir, c'est que mon gamin il est en train de claquer, et (en insistant sur le « et ») que je sais pas quoi lui faire - parce que s'il est en train de claquer et que je sais quoi lui faire bah je vais lui faire ! - et que du coup j'étais avec mon patient, crise asthmatique, un peu sévère, je le prends en charge, et ensuite, je sais plus pourquoi la puer faisait un truc que je lui avais demandé, tout d'un coup elle jette un coup d'œil sur mon patient alors que j'étais en train d'en voir un autre et puis moi qui étais dans un autre box je les entends dans le couloir et discuter de mon patient et elle était en train de râler parce que « ouais c'est pas comme ça qu'il faut faire, t'aurais pas dû faire comme ça,... » Moi, je sentais pas qu'il y avait un problème, mon (en insistant sur le « mon ») patient va mieux avec ce que je lui ai fait, si t'as un souci il faut le dire mais tu me laisses pas le faire !

Senior3 : c'est pas de la séniorisation, ça.

Interne3 : si,...

Senior3 : ah si, c'est le sénior qui râlait.

Interne3 : C'est elle qui, quand je vais la voir, elle me souffle au nez parce que je la fais chier, et ensuite, quand j'essaie de me débrouiller tout seul, et en plus j'avais pas de problème, bah ça va pas parce que c'est pas comme elle elle veut qu'on fasse.

Interne5 : est-ce qu'on peut aborder le problème, enfin vous je sais pas mais dans certains stages, à l'hôpital #6 on avait ça, mais le fait que les séniors donnent des cours par exemple aux internes ?

Interne4 : Ah ouais, alors ça ! C'est exceptionnel quand t'en as !

Interne5 : C'est important quand-même, parce qu'on parlait tout à l'heure du décalage entre la formation du MG et la formation d'urgentiste

Senior3 : le décalage...

Interne5 : parce que l'urgentiste qui en gros est quand même : c'est grave ou c'est pas grave,...

Senior3 : VNI, machin...

Interne5 : ...ça rentre ou ça sort...

Senior3 : ...à partir de quand t'appelles le réa,...

Interne5 : effectivement : est-ce qu'on appelle le réa, est-ce qu'on fait de la VNI, est-ce qu'on fait machin, et ça, c'est un truc que tu n'apprends pas, en

gros, à part aux urgences, et c'est vrai qu'au delà de la séniorisation, il y a le rôle de... alors c'est vrai on parlait de l'aide à la réflexion, l'accompagnement, la pédagogie, mais il y a un vrai rôle de prof ! C'est à dire un cours, théorique, sur « qu'est ce qu'on fait dans quelle situation ». Et là dessus, c'est souvent les séniors à qui c'est délégué.

Interne3 : il y en a jamais ! T'as jamais aussi peu de cours que dans un stage aux urgences !

Senior2 : ... à l'hôpital #1...

Interne3 : moi aux urgences à l'hôpital #4, j'ai fait... 1 ou 2 cours !

Interne5 : nous c'est pareil, on avait un cours par semaine, on les a jamais eu !

Ça peut-être c'est un problème un peu différent de la séniorisation, au sens strict...

Senior3 : Bah si, ça fait partie de la séniorisation

Ça fait pas plutôt partie de ce qu'on attend pendant un stage aux urgences plus que d'une séniorisation ?

Interne5 : C'est le rôle qu'on attend d'un sénior !

Senior3 : c'est ce que tu attends d'un sénior.

Interne5 : Souvent les chefs de service disent aux séniors : « bah tu feras un cours aux internes sur la VNI » par exemple.

Interne4 : ouais d'accord, cours aux internes. Dans ce cadre-là, tu feras un cours aux internes, ça sort du cadre de la séniorisation. Il y a des mecs, pour un patient donné, qui vont te dire : « là, il vient pour heu... »

Interne5 : oui mais sur le terrain du coup, au lit du patient, c'est quand même l'expérience : « bon bah voilà tu fais machin et tout... »

Interne4 : il y en a : « faut penser à ci ça ça ça ça », il y a des mecs qui vont rien dire, il vont rien dire. Il y a des mecs il vont te dire : « faut pas que tu oublies ça... »

Interne5 : C'est ça... les séniors ne sont pas formés à être enseignants... voilà, entre le mec qui va régler sa VNI, et le mec qui va te dire : « OK, comment tu ferais toi ? »

Interne4 : C'est un peu comme la nana qui te souffle au nez, c'est une affaire de personnes...

Senior3 : mine de rien c'est pas inné d'être pédagogue non plus quoi... moi je suis pas convaincue... enfin je sais pas si je suis bonne pédagogue ou pas ? J'essaie... mais tu sais pas si tu le fais bien. On est pas profs.

Interne4 : ça, ouais je sais pas.

Interne5 : mais du coup est-ce qu'il n'y a pas un truc à faire ?

Senior3 : oui, est-ce qu'il n'y a pas un truc à faire ?

Interne4 : C'est comme quand tu es parents...

t'apprends pas à être parent, t'apprends pas à être sénior...

Senior3 : (rit) ça n'a rien à voir !

Interne4 : t'apprends pas à être prof quoi ! Il y a des gens quand ils t'expliquent un truc, c'est clair, et puis tu n'as pas l'impression qu'il soit dédaigneux quand il t'apprend un truc.

Interne5 : genre il est content de t'avoir appris un truc !

Interne4 : C'est vrai que c'est pas trop un truc de séniorisation, c'est une affaire de personne.

Interne5 nous dit que le sénior a un intérêt pour dire par exemple quand on commence la VNI, pour des prises de décisions en fait....

Interne5 : oui c'est ça... le jour de l'internat t'apprends : pour telle pathologie tu dois faire ça et ça et ça. Mais on te dit pas à quel moment. Tu sais juste quelles sont les étapes thérapeutiques, mais on te dit pas trop « tu commences par ça, et seulement à ce moment-là tu feras ça ». Ça, le sénior il sait.

Interne2 : C'est con mais effectivement, même sur des trucs à l'internat où tu apprends : « tu mets les antibiotiques, tu mets les C3G », moi la première chose qui m'est arrivée quand je suis arrivée aux urgences c'est les infirmières qui te viennent te voir : « je le perfuse avec quoi ? » (prend un air perplexe)

Interne4 : avec un cathé ? (second degré, rires de tous)

Interne2 : Tu vois c'est un truc con, mais est-ce que je le perfuse avec du PG5, avec du G5, du NaCl, du machin, du truc... tu te dis mais tu te dis....

Senior2 : et en plus elles le font exprès. Le premier jour elles le savent que ça va te foutre dedans et...

Interne2 : et tu vois elle le savent, et elles te disent ah j'ai piqué avec un bleu, et au final tu te rends compte que tu es bien content d'avoir un chef...

Interne5 : moi elles m'ont dit : j'ai piqué avec un vert, j'ai pensé un instant que c'était un ver de terre, je pensais qu'on appelait un cathé un ver, comme un ver de terre, je pensais pas que c'était une question de diamètre, voilà ! (rires de tout le monde) Eh bah voilà excusez moi ! J'ai cru que c'était V-E-R et pas V-E-R-T ! (rires)

Interne3 : et quand elle t'a dit qu'elle perfusait avec une orange ? (rires)

Senior3 : ou avec une rose ? (rires)

En résumé, Interne2 nous a dit que le sénior pouvait avoir son rôle à jouer dans l'aide à la décision thérapeutique.

Interne2 : c'est évident.

Senior3 : oui. Ça paraît évident.

Du coup, un interne aux urgences, sur quels éléments dans la prise en charge d'un patient, sur quels points il peut avoir besoin du sénior ? Ou

sur lesquels le sénior peut penser que c'est important ?

Senior3 : dans la gestion d'équipe peut-être ? Enfin ça m'est jamais arrivée mais la gestion d'équipe, je sais pas, si tu arrives dans une équipe où c'est un peu difficile de faire ta place en tant qu'interne, parce que tu es interne, moi ça m'est jamais arrivé, mais peut-être que ça peut jouer. D'avoir besoin du chef...

Senior2 : je pense que oui. Dans les urgences, c'est peut-être pas l'endroit où...

Senior3 : pour que l'infirmière accepte ce que tu dis parce que tu es nouveau, parce que tu es jeune, parce que tu es machin, parce que c'est pas comme ça qu'elle fait d'habitude, et toi t'arrives avec tes gros sabots.

Interne2 : ce qui est bien à l'hôpital #2, je savais que même si des fois - même si souvent - ça peut arriver de faire des conneries, les infirmiers pas d'accord et tout, moi j'ai eu toujours le chef, alors à tort ou à raison, j'ai toujours eu le chef qui prenait mon parti... pas mon parti dans le sens « c'est l'interne contre l'infirmière », mais en disant « peut-être qu'elle a fait ça pour ça, pour telle raison » c'est à dire que devant les équipes paramédicales, qui sont quand-même très soudées, quand t'es jeune interne souvent ils te testent, tu vois, en te disant voilà etc, et quand t'as des équipes derrière toi, des équipes médicales qui disent : « bah non, c'est l'interne, elle a fait ça elle a demandé ça, il y a un moment où c'est aussi elle le médecin » Tu vois le fait de dire « c'est elle le médecin » c'est important parce que bah voilà, après les équipes infirmières te disent « entre guillemets « même si l'interne a fait des conneries, il y a le chef derrière, le chef il pense qu'elle a raison » une assise d'un sénior, c'est pas négligeable et c'est important par rapport à l'équipe paramédicale, je pense.

Interne4 : je pense que c'est un sénior avec un peu de charisme ou un peu d'ancienneté dans le service qui peut se permettre de faire ça.

Interne2 : oui bien sûr, c'est pas tout jeune

Interne4 : jeune t'as envie de te foutre l'équipe paraméd dans la poche quoi, pour que ça file comme t'as envie, et s'ils commencent à défoncer l'interne, tu vas dire « oui oui, ils défoncent l'interne, dans 6 mois il est plus là de toute façon... » (approbation de l'Interne2). Ça je pense que c'est pas tous les séniors qui font ça.

Interne2 : ouais mais après ça dépend. (approbation de Senior3)

Le sénior il peut donc être aussi une espèce de caution globale.

Interne2 : Ah bah oui.

Pas uniquement pour les dossiers mais aussi dans le relationnel avec l'équipe.

Interne2 : Moi je sais que ça m'est arrivé de faire des conneries tu vois, et bah je me suis fait allumer

par un spé parce qu'elle m'a dit : « tu m'as mal présenté le patient », et bah j'ai mon chef qui est arrivé et qui lui a dit : « c'est de ma faute à moi parce qu'elle me l'a présenté à moi. Je lui ai dit, parce qu'il y avait tellement de monde, de t'appeler directement, mais c'est vrai que je lui ai pas posé cette question etc... » et au final ça fait plaisir parce que tu te dis pas après : « putain, il m'a laissé seule face au spé » je veux dire il a été derrière moi en disant « c'est de ma faute à moi en tant que sénior parce que sur ce dossier là je ne l'ai pas séniorisée comme elle aurait dû être séniorisée.

Senior3 : Il a pris ses responsabilités.

Interne5 : il a pris son rôle de sénior à cœur, il y a eu une sorte de compagnonnage

Interne2 : oui c'est ça, et tu es contente quand tu as ça parce que tu te dis : « j'ai fait une connerie, mais je suis pas toute seule, tu vois. » et oui j'ai fait une connerie parce que je suis interne...

Senior3 : t'as fait une connerie mais parce que t'as aussi la faute du sénior qui t'a laissé faire la connerie.

Interne5 et Interne2 : exactement

Senior3 : et il le reconnaît

Donc le sénior il peut avoir un rôle dans une demande d'avis à un spécialiste du coup.

Interne5 : Bah oui quand même.

Senior3 : Bah oui !

Interne2 : même si tu prends de l'assurance au fur et à mesure.

Senior3 : c'est spécialiste-dépendant, comme tu disais ; si t'appelles et qu'il te dit : « passe-moi ton sénior... »

Interne3 : c'est hôpital-dépendant aussi...

Interne5 : avant d'appeler un spécialiste souvent tu demandes « là je pensais appeler le neuro, là je pensais appeler le spé » et il te dit « OK vas-y appelles-le ». Effectivement il te dit : « est-ce que tu as pensé à faire ça avant d'appeler le spé ? »

Senior2 : Je pense que le sénior, sur ces avis-là, sans forcément être celui qui prend l'avis, il doit - quand tu as besoin de ça - connaître le dossier vraiment, parce qu'effectivement si tu veux, si effectivement il y a un défaut - on va dire - dans la présentation de l'interne, dans les explications de l'interne, bah c'est lui qui a ce moment-là doit revenir, doit faire le truc, et quelque part aussi est responsable de ce défaut, parce que c'est que quand tu as discuté du malade, je trouve que ton rôle de sénior c'est que voilà tu... Ton interne te présente le malade, tu sais qu'il y a un avis neuro, mais quelque part tu anticipes un peu les conneries que va te demander le neurologue. Et tu lui dis, et tu commences à faire le neurologue je dirais, sur le truc : « et bah voilà, t'as pensé à voir ça ? T'as pensé à voir ça ? T'as pensé à voir ça ? » qui sont des question qu'elle va fatalement se prendre

dans la tête, et pour éviter de mettre... pour empêcher ton interne de se mettre en défaut sur ces situations-là. Et c'est vrai que quand c'est sur des situations qui sont trop compliquées, bah c'est peut-être à toi justement, pour éviter que ça parte pas dans le bon sens, et avec un con en face au téléphone, bah de te mettre en premier rideau.

Interne2 : Les chefs ils le savent, enfin moi quand ils savaient que j'appelais par exemple le neurologue qui était un gros con, ils me disaient « laisse tomber je vais le faire » parce que voilà ils veulent pas mettre l'interne en porte-à-faux

Interne5 : c'est la plus-value du sénior, il met en avant ce que tu veux dire.

Interne2 : tu vas dire exactement la même chose, sauf que comme c'est le sénior...

Senior2 : c'est le docteur devant.

Interne2 : voilà

Interne3 : Au delà de ça, du fait d'envoyer au casse-pipe, il y a aussi le fait que s'assurer que ton chef qui est présent là, il puisse pas résoudre les problèmes que tu as toi,...

Interne5 : oui, avant d'appeler le spé.

Interne3 : ...avant d'appeler le spé. Sachant que ton chef il peut très bien le prendre en charge sans être tout seul, au moins avancer un peu plus dans la démarche, sans que ce soit au spé, qui lui a aussi son boulot de son côté, et qui va pas descendre pour un truc que toi tu aurais pu avancer...

Senior2 : C'est vrai, mais moi je pars du principe que quand tu surveilles globalement ce qui se passe dans ton secteur où tu es avec tes internes, si tu veux, globalement ces problèmes là, et le fait d'avoir à répondre à certaines question quand l'interne en vient à se demander s'il ne faut pas en parler au spé, c'est que quelque part, tu l'as déjà fait avant. Si tu accompagnes en permanence, t'es toujours là. Après, il y a d'autres trucs.

Interne5 : Oui c'est ce que tu expliquais, il y a les trucs que tu chapeutes...

Senior2 : Alors après il y a d'autres trucs. Effectivement, aux urgences, il y a d'autres trucs. C'est que les différents urgentistes n'ont pas tous le même niveau de compétences ; tu as la problématique de l'écho, dans un coin toujours, par exemple, effectivement t'as l'interne qui va te demander : « cette dame-là, je pense qu'elle a une phlébite » et tu vas voir l'urgentiste A qui fait de l'écho, il va savoir s'il y a une phlébite ou pas, et l'urgentiste B qui va dire « pfiou : radiologue. » Et ça c'est encore une autre problématique si tu veux.

Interne5 : oui mais dans un cas comme dans l'autre, c'est la compétence de l'urgentiste qui est mise... heu, que l'interne va chercher. Donc quelque part, il ne va pas chercher l'aval du sénior.

Senior2 : oui mais ça, je trouve que c'est la petite virgule sur le côté de la plus-value, qui peut-être

rajoutée sur la prise en charge, où globalement, quand je dis : « le radiologue en fait il intervient un peu comme un technicien à un certain moment, quoi. C'est à dire que bah, effectivement le sénior, peut effectivement aller faire le technicien à la place du radiologue sur certains trucs. Par contre, sur l'avis d'un neurologue, je pense que quand l'interne commence à se poser la question de l'avis du neurologue, c'est que quelque part nous normalement, l'interne a déjà fait le point avec le sénior. Parce que moi c'est la manière que j'essaie d'avoir pour bosser.

Interne3 : oui mais après ça dépend des trucs, moi c'est pour ça qu'ayant fait l'erreur... enfin, cherchant aux urgences à avoir toujours plus d'autonomie...

Senior3 : à aller plus vite.

Interne3 : enfin plus d'autonomie, au delà d'aller plus vite, c'est aussi d'avoir plus d'autonomie, et aussi de montrer que t'es capable de faire des choses pour qu'après on te laisse aussi faire des choses. Alors voilà au bout d'un moment tu court-circuites presque le sénior, effectivement il est peut-être pris à faire autre chose, et puis voilà, moi je suis sûr de montrer truc, alors j'appelle le spécialiste, et c'est là que tu te fais bâcher, et que tu te prends des trucs, genre « est ce que tu en as parlé à ton sénior ? » (mime le fait de jeter un coup d'œil par dessus l'épaule, cherchant le sénior.) « heu... ouais, il sait qu'il est là, quoi. (rires) Moi je parlais pas toujours dans la philosophie, maintenant je me suis un peu ravisé, mais je parlais pas toujours dans la philosophie de quand j'appelle le spécialiste, de : mon sénior est forcément, absolument au courant de tout le truc, et du coup c'est sur que là on a la question : est ce que l'interne qui demande l'avis d'un spécialiste doit s'assurer que le sénior soit parfaitement au courant du truc, et qu'il ne puisse pas l'avancer non plus. Et c'est vrai que moi, je le dis, ça ne me fait pas particulièrement plaisir parce que je préférerais avoir... prendre en charge mon patient tout seul, quitte à se faire bâcher après, mais...

Senior3 : Oui mais quand tu seras sénior ? Dis-toi dans l'autre sens, tu vois ? Quand tu seras sénior, est-ce que... après il y a des trucs évidents où évidemment le cardio, la tropo à 24, enfin j'en sais rien, mais évidemment il y a des trucs où tu vas dire : ah putain, il aurait pu m'appeler quoi !

Interne5 : il déconne l'interne ! Ou au contraire : « je sais que le spé est un connard, déjà j'essaie de me l'économiser, si en plus l'interne il va l'appeler pour un truc que j'aurais pu gérer, du coup je suis grillé. Tu vois, parce que si t'appelles le spé 2 fois de suite, du coup je suis grillé pour un vrai truc quoi. (tout le monde cherche à prendre la parole, avis divisés)

Interne3 : attends ça dépend du chef avec qui tu es quoi. T'as aussi des chefs qui te font presque une entière confiance quoi, donc tu y vas un peu tout seul aussi.

Interne2 : Je trouve que c'est à double tranchant

Interne5 : à chaque tournant, je pense que tu es censé dire un tout petit peu : « OK, je fais ça, t'en pense quoi ? »

Senior3 : Même. Tu restes interne, même si tu es très fort, même si tu es très bon, même si t'es dernier semestre

Interne5 : « je vais appeler le cardiologue : est-ce que tu es d'accord ? » « Oui OK. »

Senior3 : bah voilà !

Interne5 : en plus tu fais valider un tournant.

Senior3 : tu mets 10 secondes !

Senior2 : tu verras, entre le 1er novembre et le 2 novembre, ta manière d'être et ta manière de raisonner sur ces trucs là elle doit changer. Personne te l'a expliquée, personne ne t'a rien dit, mais tu dois faire autrement. Et si tu veux, vis-à-vis de l'interne que tu as avec toi, il faut que tu gères les trucs autrement. Il faut que tu lui accordes un maximum d'autonomie parce que tu sais très bien que – c'est pas 100% des internes, t'en as plein, si tu pouvais continuer à les pouponner et à leur accompagner le truc, il y en a un certain nombre qui serait content. Non pas plein mais quelques-uns qui seraient contents – mais une majorité, elle a envie d'avoir cette autonomie, elle a envie d'apprendre à examiner les gens, elle a envie d'être autonome, et comme tu le dis, toi, comme tu le dis (en désignant Interne2), d'aller jusqu'au bout de la prise en charge.

Senior3 : Nan nan nan, c'est pas le rôle de l'interne !

Senior2 : et toi en tant que...

Interne3 : oui mais c'est sénior-dépendant !

Senior2 : Et toi en tant que sénior...

Interne3 : quand on est justement avec le sénior-fantôme, voilà, si tu l'attends aussi pour appeler le spécialiste,

Senior2 : Moi je te parle de quand toi tu deviens sénior ! Quand tu es sénior, t'es là, tu dois accompagner ton interne jusqu'au bout.

Interne3 : nan mais ça je suis d'accord, mais ils ne sont pas tous comme ça !

Senior2 : Passer au-delà de certaines frustrations pour toi, de plein de trucs que tu aimais faire et que tu avais envie de faire avant que tu fais plus, mine de rien,

Interne3 : ça je le comprends très bien ! Ils sont pas tous comme ça, c'est ça le problème !

Senior2 : moi je te dis juste que tu as un jour en fait où tu as tout qui change.

Senior3 (s'adressant à Interne3) : Mais le mec-fantôme, il va pas te reprocher de ne pas lui en avoir parlé. Ou alors c'est vraiment se foutre de la gueule du monde

Interne3 : bah oui mais c'est...

Senior2 : Il y a des connards partout, mais...

Interne5 : C'est ce qu'on a dit, c'est un problème de juste distance, c'est d'arriver à laisser faire l'interne comme si l'interne était seul, mais en lui disant : « OK, je suis là, juste... » (mimant le fait de jeter un œil de loin, d'être là au cas-où)

Senior3 : « et tu m'en parles si... » (accord général)

Interne5 : Comme si...

Senior2 : limite t'es derrière, et au moment où l'interne est là : « oh mon Dieu... » (mimant la stupeur de l'interne) au moment où t'as la merde qui est là si tu veux, et que l'interne commence à faire : « oh mon Dieu » (mime encore la stupeur de l'interne), et bah t'es là juste derrière, et quand le « oh mon Dieu » arrive, tu sors le truc.

Interne5 : oui voilà t'es comme le père, le gamin avec les petites roues, le père il tient juste la selle, et le gamin il a l'impression qu'il a roulé tout seul.

Interne4 : quand on dit « oh mon Dieu », je suis là. Je me suis dit : on m'appelle ! (rires)

Interne3 : je crois aussi que le sénior doit aussi, quand il est avec de nouvelles équipes notamment, poser son cadre, parce que moi, je sais très bien que quand j'étais avec un sénior qui disait : « bah voilà, je veux voir ce patient, au moins tu m'en parles » bah voilà tu fais comme ça. Après - fantôme c'est encore autre-chose – après ceux qui te disent : « bah écoute je te fais confiance »... (mime le fait de s'en laver les mains, de se débarrasser de quelque chose, puis air interrogatif)

Senior3 : C'est clair, c'est hyper flou.

Senior2 : Moi je trouve que ça c'est pas normal.

Interne2 : Ca c'est pas normal ! C'est pas normal !

Tout ce que vous nous dites, cela nous ramène à la notion de juste distance.

Interne4 : « je te fais confiance », ça ne veut pas dire « je te laisse faire ce que tu veux » !

Interne3 : ça veut dire : « quand t'as un problème, tu viens me voir ! »

Interne5 : « je te fais confiance » : à quel moment tu viens me voir ?

Interne4 : oui exactement !

Senior2 : oui mais quand tu dis : je te fais confiance, tu donnes pas les règles du jeu, t'expliques pas ce qui se passe.

Senior3 : Mais moi je lui fais confiance, à l'interne ! Mais quand-même, je suis désolé, il ont pas toujours raison, quoi !

Senior2 : de base, de base si tu veux, je leur fais confiance, je vois le truc, je fais ça, alors après il y en a certains où effectivement, bah tu passes une journée avec, tu commences à voir qu'il y a des situations où il y a un peu plus d'errements, un peu plus de truc, c'est un peu plus technique... Bah quand tu as 2 internes à gérer, t'es un peu plus près de l'interne A que de l'interne B, mais tu restes un peu

plus près, et sur ta séniorisation tu vas un tout petit peu plus loin, c'est à dire que là où habituellement tu vas juste mettre la main sur le bide parce que l'histoire elle est un peu foirax et que bon, tu penses qu'il n'y a rien, mais bon, tu te dis que on sait jamais, bah là tu vas peut-être aller écouter un peu plus les poumons, écouter un peu plus le truc, enfin, parce que tu sens que c'est quelqu'un qui a peut-être juste besoin d'être rassuré, tu vois. (approbation des participants) Et c'est encore plus compliqué quand tu prends les internes globalement du DESC, ils sont tous en quête d'autonomie... c'est pas compliqué, c'est très simple : tu prends le mec qui est en DESC de médecine d'urgence aux urgences, celui le seul truc qu'il veut prouver c'est que de toute façon il peut se démerder tout seul

Interne4 : c'est un peu ça... (rire d'Interne4, Interne3 et Senior3)

Interne2 : mais moi tu vois ça me gêne que, quand ... nan mais ça me gêne que les internes d'urgence ...

Senior2 : mais je parle en connaissance de cause, je veux dire : j'y suis passé, j'ai fait mon truc, heu, voilà.

Interne4 : on est des gamins, quoi ! (rires)

Senior2 : je me suis géré des patients quand j'étais interne - parce qu'en plus quand j'y suis passé, comme je disais tout à l'heure, c'était no-man's land aux urgences à hôpital #1 – je me suis géré des malades aux urgences, je les gèrerais maintenant, je ferais peut-être moins le fier si tu veux... La fasciite nécrosante qui est en train de buller toute seule, tu vois les bulles qui apparaissent au fur et à mesure quand tu tournes la tête et que tu es en train d'en parler au réa, heu...

Senior3 : voilà, tu fais confiance mais on n'a pas tous les mêmes capacités de médecine gé et d'urgence.

Senior2 : C'est arriver à gérer cette confiance, et exactement comme l'a dit Interne5, comme l'a résumé Thibault : la distance ! Tu gères ta distance sur le truc. Alors t'es dans un périph où effectivement t'as pas forcément autant de malades, bah tu vois tes malades, tu vois ton truc, mais effectivement tu restes à proximité pour tout savoir. T'es à l'hôpital #1, t'as l'avantage, aux soins d'urgences d'avoir les 2 internes qui te gèrent les 2 côtés, et toi t'es à côté, tu sais tous les malades qui sont là, tu sais tous les malades qui ont été vus, tu sais où tu en es, tu récupères tes internes, tu fais un point comme je te disais toutes les 2 heures pour voir où ils en sont de la réflexion et de tout ça, et t'essaies d'accompagner, t'essaies de faire tout ça, t'essaie de faire avancer les choses et voilà : t'en es à l'idée (montrant le tableau) j'apporte de la plus-value, je fais un petit coup de mon expérience et de mon anticipation parce que bah voilà, j'ai déjà vécu ce genre de situations et je sais que c'est mieux de faire ça, plutôt que... Voilà, celui-là je sais de mon expérience, pas des bouquins, je sais de mon

expérience qu'il peut rentrer à la maison et se gérer son truc, et que bon s'il y a quoi que ce soit, il reviendra mais que normalement, dans 90% des cas ça ne se passera pas et je n'ai pas besoin de le garder en salle d'observation, par exemple. Et après, sur l'accompagnement, sur l'aide à la réflexion, c'est vraiment tout ce truc-là... si t'arrives à garder cette espèce de distance, c'est vraiment ce qui est le plus dur. Comme on disait,, on l'apprend pas. Entre le 1er et le 2 novembre, t'es celui qui demande le maximum de distance, et celui qui veut avoir le plus de proximité, quoi !

Interne3 : oui je comprends.

Senior2 : tu verras, là je caricature, mais moi honnêtement, ma manière de faire entre le – enfin, je sais pas toi (s'adressant à Senior3) - mais ma manière de faire entre le 1er et 2 novembre, elle a changé !

Senior3 : surtout quand on est arrivés au SAMU...

Senior2 : quand tu débarques au SAMU comme elle te disait tout à l'heure, tu ne connais rien, tu ne comprends rien,

Senior3 : t'es jamais passé au SAMU, tu te retrouves à dire à l'IADE - ça fait 15 ans qu'il est là - : « tu fais ça »

Senior2 : tu donnes une consigne à l'IADE qui fait : « haha... Non. » et à côté de ça t'as l'interne derrière toi que tu es censé formé qui est en train de faire (l'air constipé et perplexe) et qui comprend rien à ce qui se passe non-plus parce que bah lui dans ses bouquins c'est pas comme ça qu'on faisait, mais toi tu sais même pas ce que t'es en train de faire en fait... et après il te pose des questions... « parce que. » Le SAMU c'est encore un truc particulier, mais aux urgences même, moi je te dis, premier jour , j'étais interne encore, en réalité dans les papiers, le jour où je suis arrivé, j'ai dû expliquer que j'étais un interne mais que j'étais son sénior... Super.

Interne4 : plus vieux que toi... (l'air amusé)

Interne5 : oui mais ça pour sa thèse, c'est pas la même chose.

Senior2 : c'est pas le même truc mais la problématique qui m'est arrivée moi avec 1 an d'anticipation, entre le 1er et le 2 novembre...

Senior3 : de se positionner en tant que sénior

Interne5 : oui, en 1 jour, tu changes de statut.

Senior2 : Le mec qui est interne, il part de sa garde le 31 octobre, et il est sénior le 2 novembre, bah c'est ce mec-là qui le 31 octobre va vouloir un maximum de distance avec son sénior, et qui par contre le 2 novembre, il va être mort de trouille, et donc il va vouloir un maximum de proximité avec son interne.

Interne5 : et donc on est sur un manque de formation des séniors. C'est ce qu'on dit : du jour au lendemain, tu deviens sénior, sans aucune autre forme de procès.

Interne3 : Ça je suis entièrement d'accord, mais après,, je suis absolument d'accord, on flippe tous nos première gardes de sénior, enfin je flippe à l'idée de ma première garde de sénior, mais après justement à la longue, avec l'expérience, est-ce que tu n'as pas plus de... enfin t'as forcément plus de recul, t'as forcément un côté plus zen, sans être blasé.

Interne2 : de toute façon tu le sens quand tu es interne, enfin je sais pas vous mais moi les... mes vieux chefs, entre guillemets ceux qui ont un peu d'expérience, tu le sens qu'ils sont... bah voilà ils vont pas voir les patients parce qu'ils te font confiance, mais aussi parce qu'ils ont confiance en eux tu vois, en se disant bah oui là ça peut merder c'est possible, mais bon, c'est des choses qui arrivent, et tu vois finalement ils te mettent pas la pression, ils sont à la bonne distance, et ils interviennent quand ils sentent que t'as besoin... ils sont...exactement ce qu'a dit Senior2 : ils sont un peu au dessus, et malgré tout ils ont un œil sur tout et ils savent, ils savent le repérer. Nous à l'hôpital #2 c'est des plus petites urgences, mais ils ont un œil sur tous les dossiers et ils savent quand le dossier il est un peu foirax.

Interne3 : je pense qu'ils ont aussi énormément... ils connaissent leur terrain, quoi. C'est à dire qu'ils ont ce joint entre les 2 qui est le paramédical (approbation de tout le monde). Tu pourras pas faire sortir quelqu'un avec l'infirmière qui dit « hum hum ».

Senior2 : oui, mais ça c'est un autre problème et là, on sort un peu du cadre de l'interne en lui-même, et du problème-même de la séniorisation, c'est à dire qu'en étant sénior, tu fais confiance à un interne, mais aussi à une équipe paramédicale. Et c'est là que c'est encore plus compliqué. Et comme on disait tout à l'heure, le SAMU c'est encore un autre problème parce que c'est une situation qui est complètement différente, mais voilà, les urgences, tu as ton interne qui va, qui doit acquérir un maximum d'autonomie, parce que c'est vraiment ce que tu veux, et on sait, comme tu disais Interne2 : on est de formation généraliste, tous, quasiment, et à partir de là on sait que c'est aux urgences que tu te retrouves avec la première confrontation : tu vois tes malades tout seul, tu fais ton malade tout seul, et moi déjà, avant de le dire aux internes, c'est le truc que je dis aux externes. Que c'est le seul endroit où ils vont apprendre à examiner un malade et où il vont être seuls face à une situation.

Senior3 : On peut aussi parler des internes : le rôle de sénior des internes il existe.

C'est encore un autre sujet... Nous n'allons pas tarder à conclure ce focus group, et avant cela, il serait bien que l'on résume les différentes idées évoquées. Pouvez-vous me redire quelles sont les différentes étapes dans le travail de l'interne, sur lesquelles l'interne peut avoir une difficulté, où sur lesquelles le sénior peut vouloir intervenir ou vérifier ?

Interne5 : chronologiquement, je dirais que les 2 premières choses ce serait : savoir qui prendre dans la salle d'attente ou d'accueil - en fonction de comment sont organisées les urgences – même s'il y a une infirmière de tri, c'est savoir dire quel patient je vais voir en premier dans cette salle où il y a tous ces patients qui attendent. Donc attribuer une priorité, hiérarchiser la gravité. Là-dessus je pense que l'interne, selon son expérience.

Senior3 : sachant que si c'est grave, le médecin il y va.

Interne5 : savoir en 3 secondes si y a un patient:tu vas le garder ou tu vas pas le garder.

Interne4 : y a des endroits où il y a un MAO

Interne3 : d'une façon plus générale c'est vraiment l'évaluation de la gravité

Interne5 : du tac au tac, en 2 secondes

Interne3 : mais le souci c'est qu'à partir du moment où tu te dis : ça c'est le problème de l'interne, jamais tu peux te passer d'un look du sénior. (approbation générale)

C'est une évaluation de la gravité grâce à un examen clinique du sénior ?

Interne5 : on est d'accord que c'est sur l'évaluation, pas sur l'examen clinique.

Interne3 : l'évaluation initiale. C'est une impression clinique

Interne5 : Voilà, une impression clinique (accord de Interne3, Interne2)

D'accord. Parce que tout à l'heure certains évoquaient le fait que l'interne pouvait avoir un doute et qu'ils voulaient que le sénior aille réexaminer le patient. Notamment Interne1 avec son histoire d'hémorragie méningée, par exemple.

Interne5 : Après, tu peux avoir besoin que le sénior vienne pas parce que tu as un doute, et en l'occurrence il avait l'air très sur de lui, parce que c'est comme ça, parce que le sénior il est derrière toi et que c'est son rôle que tu sois séniorisé, quoi.

Senior3 : pour voir, quoi ! Oui.

Interne5 : Alors que la patiente elle s'en serait sûrement mieux tirée si elle avait pas attendu l'aval du sénior.

Senior3 : Exactement.

D'accord. Donc on a parlé de l'accueil et de l'évaluation de la gravité, on a aussi parlé dans la prise en charge de patient du travail de l'interne, et du rôle éventuel du sénior. Vous pouvez me le re-préciser ?

Interne3 : savoir venir quand l'interne a besoin, dès que...

Interne5 : c'est rester humble.

Interne3 : savoir appeler son chef dès qu'il voit que

ça va pas aller

Interne5 : du coup ça veut dire : se rendre compte...

Senior3 : connaître ses propres limites

Interne5 : C'est ça, connaître ses propres limites, se rendre compte : à partir de là, je sais plus bien gérer, et parfois c'est difficile. On parlait des internes de DESC d'urgence, je pense que du coup t'as un peu tendance à aller au delà de tes limites, à faire un peu ton cow-boy, quoi.

Interne4 : alors ça, c'est sûr.

Cela fait partie de la bonne distance. C'est ce qui explique que ma thèse ne va pas évaluer une « quantité », car il n'y a pas de « quantité optimale » de séniorisation, mais la quantité elle dépend de l'interne et du sénior à chaque fois.

Interne5 : bien sûr, un couple interne-sénior. Il y a toujours un couple interne-sénior.

Il y a des internes qui peuvent avoir besoin de beaucoup de séniorisation...

Interne5 : bien sûr. Sur des détails...

... d'autres qui peuvent avoir besoin d'un avis avant de demander un avis spécialisé, avant de prescrire une thérapeutique, avant d'orienter le patient, pour aller parler à la famille, c'est ces étapes-là de la prise en charge que j'aimerais qu'on finisse d'énumérer.

Senior3 : A chaque étape

Interne5 : A chaque bifurcation

Senior3 : à chaque étape il y a besoin du sénior au final.

Justement, est-ce qu'on pourrait finir de les identifier ?

Senior2 : je pense que c'est : 1°) ...

Interne5 : examens complémentaires ou abstention d'examens complémentaires

Senior2 : je pense que c'est pas compliqué : tu prends le patient dans son circuit ! C'est à dire : il arrive à l'accueil : il est grave ou il est pas grave ?

Senior3 : oui, c'est ça. Je l'examine ou pas. Ah non toi tu fais plus ça !

Interne4 : dé choc ou box.

Interne5 : examens complémentaires ou pas ?

Senior3 : examens complémentaires ou pas ?

Senior2 : 2°) est-ce que je lui fais un examen complémentaire ou pas ?

Interne5 : avis du spécialiste

Senior3 : Appel du spécialiste, exactement. Aller voir la famille

Senior3 parlait de la clinique : « je l'examine ou pas »... du coup, la clinique ?

Interne5 : nan mais tu l'examines de toute façon

Senior2 : oui après l'examen bon...

Interne2 : l'interne examine.

Interne5 : l'interne examine

Interne4 : ouais c'est orientation immédiate du patient quoi, à l'entrée

Senior2 : oui, et du coup appel à l'aide immédiat ou pas. Et c'est là qu'intervient la différence, je pense, entre l'interne de DESCMU et l'interne qui n'est pas en DESCMU...

Interne5 : la différence entre le bon et le mauvais chasseur quoi ! (rires)

Senior2 : qui effectivement bah

Senior3 : nan mais arrêtes avec ton interne de DESCMU...

(Brouhaha, avis divers sur l'intérêt de distinguer la séniorisation de l'interne de DESCMU)

On va ignorer cette situation puisqu'il va s'agir d'un sous-groupe et que leurs besoins propres seront évalués par ma thèse, puisqu'il y aura l'évaluation d'un côté des séniors, de l'autre côté des internes. On a donc parlé de la clinique, de la prescription d'exams complémentaires qui a été évoquée, il y avait la prescription de thérapeutiques,

Senior3 : l'interne peut avoir à décider la dose de Lasilix : « combien ? 20, 40, 60 ? » des fois il se tâte à chaque étape... ou s'il y a une crise d'asthme, est-ce que j'ai bien fait ça ça ça ? Qu'est ce que je dois faire de plus ? Tu vois ? Moi je pense que c'est le rôle du sénior de dire bah nan il y a des trucs à faire, ou effectivement cette prescription... thérapeutique : oui bien sûr !

Interne3 : en gros c'est la disponibilité quoi.

Senior2 : oui, à chaque étape de la prise en charge

Senior3 : oui, à chaque étape je pense...

Senior2 : l'étape 1 c'est vraiment l'identification du malade qui est grave. Je pense que c'est le malade dont le sénior doit être au courant si c'est l'interne qui s'est mis sur le dossier.

Senior3 : ouais mais bon, si l'interne t'en parle pas, je pense que c'est pfiou! (mime le patient qui court-circuite le sénior et va direct à l'interne)

Senior2 : oui mais bon, on sait jamais

Interne3 : moi je pense qu'avant ça, clairement, le sénior doit poser son cadre, quoi. La première fois que tu rencontres ton interne : « le cadre c'est comme ça.. Ca veut dire qu'avec moi ça va se passer comme ça » Et c'est vraiment différent selon les personnes justement. C'est savoir que l'interne avec tel sénior de la journée, bah faut être comme ça, quoi. Et tu sais que si tu va là, tu vas te faire taper sur les doigts.

Il faut que l'interaction soit d'emblée clarifiée...

Interne3 : que le cadre soit posé, quoi.

Interne5 : chaque couple est unique. Chaque couple sénior-interne est unique, et le curseur varie en fonction des attentes de l'interne, et spécifiques à chacun, à chaque binôme.

Interne4 : à mon sens, le truc c'est : il faut que le sénior soit OK pour la mise en branle d'une thérapeutique, pour une pathologie donnée, ou pouvant engager le pronostic vital, quoi. C'est surtout ça.

Senior3 : enfin « pouvant engager... » ça me paraît clair.

Interne4 : par exemple, une détresse respiratoire pulmonaire ou cardiaque, par exemple là faut pas que tu te chies, faut qu'il soit OK pour dire : on part là-dedans, on part là dedans, voilà... Les décès, ce genre de trucs... Les décès, ça tu vois on en parlait tout à l'heure : c'est sûr qu'il faut qu'ils soient là...

Senior3 : toi tu part du principe : pathologie, et après qu'en fonction de la pathologie, t'as plus ou moins besoin du sénior. Toi tu pars dans ce sens là, plutôt que de dire, dans tous les cas, j'aurais peut-être besoin à chaque étape...

Interne4 : tu vois dans cet état d'esprit : à hôpital #5 en tant qu'interne j'ai fait des urg', où vraiment tu pouvais, si ça se passait bien, qu'il y avait une confiance, que les séniors savaient que tu venais les chercher quand ça beurrerait, et du coup c'est vrai que...

Senior3 : Après je dis ça, mais c'est vrai moi aussi quand j'étais interne, on en parlait à la fin, on en parlait à la fin, du patient. Quand tu en parles avant, c'est vraiment que soit qu'il est pas bien, soit que...

Interne5 : si le patient est grave, même si tu vas gérer, t'en parles. Qu'il sache ce qui se passe dans tes box. Tu vas pisser, le patient il déconne, qu'il sache que c'est une détresse respi au box 2, voilà.

Senior2 : voilà, je pense que vraiment, l'identification du patient grave, et référence d'emblée au sénior... Comme il dit (montrant Interne3) c'est vraiment fixer sa règle, quoi.

Interne3 : Et après, après, le truc qui n'est jamais fait, pour moi, ça ne s'est jamais passé, mais je pense que ça serait intéressant, c'est au début : soit en début de garde quand tu commences une garde, soit en début de stage quand tu commences un stage, de faire un tour de table : « maintenant OK, en gros, qu'est ce que tu sais faire ? »

Interne5 : Eh bah nous on a fait ça aux urgences à hôpital #6... hyper important. Et qu'est ce que tu attends du stage, qu'est ce que tu sais pas faire....

Senior3 : bah bien sûr

Interne3 : Et sur quoi tu n'est pas à l'aise

Interne5 : Sur quoi tu peux progresser.

Interne3 : comme ça quand il s'en va bosser avec l'interne, là il saura qu'il a quelqu'un et il sait que là...

Interne5 : et il peut pas le pourrir en disant : mais attends tu m'as... voilà... mais nan, attends : je sais pas intuber, je sais pas gérer une détresse respi, les enfants j'en ai jamais vu... voilà, en gros.

Interne4 : mais ça ça met en jeu le fait que quelqu'un puisse penser savoir, alors qu'il ne sait pas, et tu vois du coup ça biaise encore plus ton...

Interne3 : oui oui, mais même si tu veux y aller et que tu connais un peu... enfin voilà.

Interne5 : en tant qu'interne t'es censé savoir t'évaluer aussi, savoir dire en quoi t'es bon, en quoi t'es pas bon.

Senior3 : il y en a qui ne s'en rendent pas compte.

Interne5 : après tu crois que tu sais faire, aussi parfois, mais c'est quand-même plus rare. Et tu apprends par l'expérience aussi.

Interne3 : après il y a des trucs que tu apprends aussi sur le tas, mais tu sais toujours les trucs où tu pêches quand-même. T'en as des cons qui te disent : « de toute façon je suis bon en tout ». Mais tu sais les trucs sur les quels t'es pas à l'aise.

Interne5 : ça très rapidement les séniors, ils voient que c'est pas le cas.

Interne3 : ou alors ça se voit au fur et à mesure du stage : c'est pas parce que tu as fait un check-up au début que tu peux pas en refaire. Quand tu es en stage, tu peux refaire un truc au moins en milieu de stage...

Interne4 : en disant : bah voilà, je voudrais que tu me lâches la grappe, parce que là je me sens mieux maintenant...

Senior2 : c'est un truc que va forcément soulever la thèse, c'est les objectifs pédagogiques de ces stages-là, quoi.

Senior3 : oui, et l'attente de la séniorisation... je pense que c'est l'évaluation de l'interne.

Senior2 : Déjà pour les suivre, faut qu'il y en ait. A partir du moment où tu as des objectifs pédagogiques clairs, que tu sais que : un interne qui passe dans un service d'urgence - faut être terre-à-terre, faut s'adapter un peu à la prise en charge, mais... - tu n'as pas le droit de sortir de ton stage d'urgence sans avoir posé une voie veineuse périphérique.

Interne2 : moi je pense que c'est fait dans les périphs, parce que comme toi tu avais à l'hôpital #6, moi à l'hôpital #2 j'avais mon livret de stage avec il faut qu'à la fin de mon stage, j'aie fait une PL, une ponction pleurale, un machin, truc etc, alors on les a pas côtés à chaque fois, mais tu vois c'était des objectifs, tu les avais en tête, quoi. Avec un bilan de mi-stage sur : qu'est ce que j'ai appris depuis et qu'est qu'il me reste à apprendre.

Interne5 : voilà, c'est ça.

Interne2 : et alors franchement, c'est con hein,

Senior3 : oui, le bilan de mi-stage. C'est pas fait partout, et c'est hyper intéressant.

Senior2 : le bilan de mi-stage il est fondamental à mon avis pour le sénior aussi

Interne2 : mais bien sûr !

Senior2 : c'est comme ça que tu progresses !

Senior3 : pour le sénior, oui. Après, c'est rare que les internes disent « oui, vous êtes pas assez pédagogues, j'apprends pas assez ici »

Senior2 : exactement et c'est là le problème.

Interne5 : ce carnet il existe, mais dans les faits, j'ai validé mon DES de médecine générale sans avoir jamais rendu mon carnet d'actes.

Senior2 et Senior3 : il y a un carnet d'actes ?

Interne5 : bah oui, il y a un carnet de trucs à savoir faire !

Interne2 : oui

Senior2 et Senior3 : non mais c'est quoi ça ?

Interne5 : on a reçu un carnet avec marqué : prise en charge du Parkinson : acquis, non acquis...

Senior3 : pardon ? Non mais... (rires)

Interne5 : la constipation : acquis, non acquis... oui, tous tous les actes !

Senior3 : c'est vrai ?

Interne2 : moi c'est un truc que les urgences m'ont demandé, c'est que comme il n'y a pas de formation à être sénior, c'est pour eux, qu'ils sachent ce qu'ils ont à attendre des internes...

Senior3 : et qui les évalue ?

Interne2 : bah c'est important de se faire évaluer !

Senior3 : oui mais qui les évalue ?

Interne2 : bah personne.

Senior3 : qui pourrait le faire ?

Interne5 : normalement il y a quand-même une évaluation de service.

Senior3 : ah oui c'est vrai.

Interne3 : Après c'est pas que le bilan de milieu de stage : l'interne, qu'est ce qu'il a appris, qu'est ce qu'il a pas appris. Le sénior, c'est aussi un relationnel.

Interne5 : tu te remets un minimum en question quand tu es sénior, si ton interne te dit : « attends, t'as rien branlé, mec », si t'as un mec concerné...

Senior2 : tu vois que sur le service, bah déjà tu vois que sur ton service, où tu as fait ton bilan de milieu de stage, ou de fin de stage, d'une manière générale il y a un souci qui est particulier, je veux dire voilà : les internes, d'une manière générale ils disent que le sénior il est trop là, oui, ils font pas de geste, et bah toi qui va entendre le truc, même si tu sais que toi, globalement, à chaque fois que tu es là, tu as pris un

interne qui passait par là et tu lui a dit : tiens, tu vas poser la voie veineuse, et ben tu vas prendre ce truc là et continuer à le faire. Si tu l'a fait qu'une fois sur 2, bah tu le feras à chaque fois.

Interne3 : et en plus ça peut permettre d'expliquer les situations comme ça et de désamorcer la bombe parce que nous, c'est un peu ce qui se passe aux urgences pédiatriques : c'est à dire qu'on est en train de gonfler un peu tous ensemble parce qu'il y a des trucs qui nous font royalement chier, sauf qu'avec les séniors c'est impossible d'en parler, mais si c'était possible d'en parler : soit ils nous donneraient une explication, ou ça permettrait d'en parler et de faire en sorte que ça se passe mieux, parce que c'est aussi du relationnel, enfin je veux dire. Il y a des gens que tu peux pas pifrer, c'est comme ça ça se passe comme ça. Mais il y a plein de situation où on peut juste en parler quoi ! Et rien que le fait de parler, ça peut améliorer la prise en charge et le ...

Senior2 : mais je pense que tu vois sur l'interne : même ne serait-ce qu'un bilan de mi-stage qui serait un peu croisé, c'est à dire globalement : les séniors d'un côté, et les internes qui vont remplir leur... un espèce de questionnaire sur le truc, où bah : voilà : voilà les problèmes qu'on a retrouvés chez les séniors, voilà les problèmes qu'on retrouve au niveau des internes, on est à mi-stage,, voilà ce qu'on attend des internes, les points sur lesquels il faut qu'ils s'améliorent.... Après, aux gens de s'adapter et de se rendre compte que le mec qui est hyper motivé et qui court partout, si on a marqué qu'il fallait voir des patients, c'est pas pour lui, quoi !

Interne2 : après, c'est l'intérêt d'avoir parmi les séniors, entre guillemets, un coordinateur des internes. Je pense que c'est très important. Tu vois que l'interne il ait un délégué, qu'il ait quelqu'un à aller voir. C'est facile d'aller voir un chef etc, mais quand tu as quelqu'un en disant : lui, il est référent pour nous, internes, bah c'est bien.

Interne5 : oui, il parle pas en son nom perso.

Senior2 : le souci c'est de trouver la bonne personne.

Interne2 : je suis d'accord.

Senior2 : parce que si tu veux, heu...

Senior3 : à l'hôpital #7 c'est pas la bonne personne.

Senior2 : je sais qu'à l'hôpital #1 juste avant, c'était pas la bonne personne. Là je sais pas qui c'est. Mais à l'hôpital #1, c'était pas la bonne personne. Je veux dire, j'ai vu des filles que, heu, des internes...

Interne2 : Là à l'hôpital #1 il est hyper bien il paraît, c'est Senior5 heureusement.

Senior3 : Senior5 ?

Interne2 : oui, il est vachement bien !

Senior2 : c'est lui qui est le référent ?

Interne2 : ah bah si, je sais que s'il y a des problèmes de garde, etc, je sais que c'est lui qu'on

nous dit d'appeler. En tous cas il a une super réputation auprès des internes.

Senior2 : Guillaume il est top. Mais juste avant c'était pas la bonne personne, et il y a des remarques qui sont sorties sur le bilan de fin de stage, c'est des trucs, tu dois le dire avant ! Si tu veux faire avances les gens, si tu veux faire un point...

Interne3 : le problème c'est que t'oses pas te plaindre à tes chef parce que tu sais que tu as encore 3 mois à tirer, et que tu n'as pas envie de te faire fusiller pendant tes 3 mois de stage !

Senior2 : moi je te le dis dans l'autre sens, je te le dis sur le versant sénior vers l'interne, parce que je sais... Quand tu es sénior, effectivement tu es dans ce putain de rapport pédagogique à un moment donné, et tu te dois, quand il y a un souci, quand il y a un truc, si effectivement tu n'as pas envie de vexer, de blesser les susceptibilités de chacun, bah les prendre systématiquement entre 4 z'yeux, et voilà : pas attraper... tu passes 3 jours d'affilée avec l'interne que tu as envie de dégommer sur le truc, et tu lui dégommages la gueule pendant 3 jours d'affilée sur le truc, à un moment donné il va comprendre le truc, à mi-stage tu fais : « allez ! On prend une ½ heure, on se fout dans le bureau », et entre 4 z'yeux tu fais le point, tu te dis les choses.

Interne3 : le problème c'est que c'est pas avec des chefs comme vous qui sont à peine plus vieux que nous...

Senior2 : eh ben si.

Interne3 : en l'occurrence ceux que j'ai rencontrés... enfin je trouve que les vieux chefs ils se souviennent plus de quand ils étaient internes, du coup ils réalisent pas. Quand là je suis avec des jeunes, déjà je mets pas la même distance et en plus je bosse plus facilement en déconnant.

Je vous remercie de votre participation à tous, je vous propose qu'on conclue ce focus group.

Annexe 5 : Grille du DMG pour l'évaluation des internes par les services

A N N E X E 1

FICHE D'ÉVALUATION DU STAGE DE L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

ÉTABLISSEMENT	INTERNE
Nom et adresse	Nom
.....	Prénom
SPÉCIALITÉ DU SERVICE	ANNÉE D'INTERNAT
.....	DES choisi
CHEF DE SERVICE :	SUBDIVISION D'ORIGINE
Nom
Prénom

GRILLE D'ÉVALUATION : APTITUDES PROFESSIONNELLES						
		A	B	C	D	E
1	Connaissances théoriques					
2	Aptitudes diagnostiques					
3	Aptitudes thérapeutiques					
4	Aptitudes à l'urgence					
5	Hygiène/propreté					
6	Relations avec les patients					
7	Ponctualité, assiduité					
8	Présentation orale de dossiers					
9	Intégration dans l'équipe de soins					
10	Acquisitions au cours du stage					
Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais (tout « E » doit être motivé en observation).						

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES
Aspects positifs
Difficultés rencontrées

AVIS du chef de service : Coordonnateur interrégional

Signature et cachet Signature et cachet

STAGE VALIDÉ : OUI/NON

Signature de l'interne

Signature et cachet du directeur de l'unité de formation et de recherche

Annexe 6 : Grille du DMG pour l'évaluation des stages par les internes

FICHE D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PÉDAGOGIQUE DU STAGE PAR L'INTERNE EN TROISIÈME CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES

ÉTABLISSEMENT
Nom et adresse
SPÉCIALITÉ DU SERVICE
CHEF DE SERVICE
Nom
Prénom

GRILLE D'ÉVALUATION						
		A	B	C	D	E
1	Accueil					
2	Organisation matérielle du stage (horaire, lieu,...)					
3	Suivi pédagogique par le chef de service					
4	Suivi pédagogique par l'équipe médicale					
5	Suivi pédagogique par l'équipe soignante					
6	Participation aux staffs					
7	Responsabilisation					
8	Encadrement médical si besoin					
9	Bénéfice pédagogique global					
10	Avis général du stage					

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable, E = Mauvais (tout « E » doit être motivé en observation).

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES
Aspects positifs
Difficultés rencontrées

Annexe 7 : exemple d'évaluations de stage compilées par le SIMGA

C.H. XXX



Service : Urgences

Chef de service : Dr XXX

Stage validant : Urgences

Nombre d'interne ayant participé à l'éval : 5

- **Données objectives**

Domaine d'activité, pathologies : Très variés : UHCD, Petite traumatologie, Pédiatrie, Gériatrie, Urgences vitales

Nombre d'internes : 6

Roulement: 1 semaine en secteur adulte, 1 semaine en pédiatrie, 1 semaine en UHCD, 1 semaine en petite traumatologie, 1 semaine repos

Horaires : 8h30-18h30

Nombre de samedis / mois : 1 à 2 hors garde (8h30-12h)

Nombre de dimanches / mois : 0 sauf garde

Lieu de garde (urgences, étages) : Urgences XXX

Nombre de gardes / mois : 3

Repos compensateur : Oui complet

- **Evaluation** (chaque item de 1 à 5/5)

Qualité de formation (visites, pédagogie) : 2 /5

Cours : Cours de pédiatrie 1h le matin avec les pédiatres le 1^{er} mois

Encadrement (compagnonnage, disponibilité) : 3,5/5

Autonomisation, responsabilisation : 4,5 /5

Gestes techniques : Plâtres, Sutures, Ponctions, Sondages Urinaires

Charge de travail (peu de travail=1/5) : 4,5 /5

Travail de secrétariat, partie administrative (peu de secrétariat=1/5) : 1,5 /5

Relations avec les médecins : Très variable de 2,5 à 5/5

Relations avec l'équipe paramédicale : 4,75 /5

- **Impression globale** : mauvaise / moyenne / bonne / très bonne

Points forts :

- Equipe paramédicale super

- Diversités des pathologies et gros avantage d'avoir de la pédiatrie avec pédiatres très disponibles

- semaines off

- Possibilités de faire des sorties SMUR

Problèmes :

- Les trajets Bordeaux XXX

- Certains médecins sont peu disponibles d'où un problème pour la séniorisation des dossiers

- Manque d'effectif de médecin titulaires

- **A conseiller pour quel semestre** : A partir du 3^{ème} 4^{ème} car souvent seul.

TITRE en anglais :

Supervision of emergency clerkship, residents' autonomy and optimal supervision distance : survey of residents and emergency physicians in the French region of Aquitaine.

RÉSUMÉ en anglais :

Introduction : The balance between the residents' supervision during emergency clerkship and their necessary autonomy is difficult. We have checked if self-assessment from residents and assessment from emergency supervisors were different about autonomy speed. We have checked whether or not residents' self assessments and assessment from emergency physicians regarding the speed of autonomy, were different. We looked for the points showing that the supervision distance is unadapted and the reasons associated with quick autonomy. **Methods :** This survey carried out in the French region of Aquitaine, compares residents that did their emergency clerkship with the physicians of 19 emergency departments. A questionnaire was sent to all of them from April 2013. **Results :** 74% of residents and 53% of emergency physicians completed the questionnaire. Out of 428 residents, 207 had already done their emergency clerkship. The main outcome showed no major difference ; empowerment was perceived slow for 2% and 7%, adequate for 73% and 69%, and quick for 25% and 26% respectively ($p=0,11$). Assessments of supervision sometimes differed for supervision distance in some details. A quick autonomy was associated with a low level of supervision of clinical reasoning ($OR=4,6$ [IC95% 1,8-11,9] ; $p=0,004$), to unclear responsibility ($OR=3,3$ [IC95% 1,4-7,9] ; $p=0,005$), and to residents' feeling that they compensate for the lack of emergency physicians ($OR=4$ [IC95% 1,7-9,8] ; $p<0,001$) which is shared by 80% of residents and half of emergency physicians. **Discussion :** Residents and emergency physicians share the same assessment regarding autonomy speed. But we showed some points of divergence on specific items that should be the focus of increased attention. The practice of regular mutual feedback between residents and emergency physicians needs to be developed to continuously improve empowerment. A constructive mid-clerkship debriefing delivered early enough to implement corrective measures is unanimously requested by residents and supervisors.

MOTS-CLÉS en anglais : emergency, clerkship, oversight, supervision, supervisor, mentor, mentorship, preceptor, preceptorship, tutor, assessment, self-assessment, clinical teacher, resident, student, feedback, pédagogie.

RÉSUMÉ :

Introduction : L'articulation entre supervision des internes en stage aux urgences et autonomisation indispensable à leur futur exercice est difficile. Nous avons regardé si les évaluations des internes et séniors concernant la vitesse d'autonomisation des internes étaient différentes. Nous avons cherché les points sur lesquels la distance de séniorisation n'est pas adaptée, et les facteurs associés à une autonomisation rapide.

Méthode : Cette étude compare en Aquitaine les internes de Médecine Générale ayant fait leur stage aux urgences, et les urgentistes de 19 services d'urgences. Un questionnaire leur a été diffusé à partir d'avril 2013.

Résultats : Nous avons obtenu 74% de réponses pour les internes et 53% pour les séniors. Sur 428 internes, 207 avaient fait leur stage aux urgences. Auto-évaluation des internes et évaluation des urgentistes n'étaient pas différentes à propos de la vitesse d'autonomisation, perçue comme lente pour respectivement 2% et 7%, adaptée pour 73% et 69%, et rapide dans 25% et 24% des cas ($p=0,11$). Elle diffère parfois pour la distance de séniorisation dans ses détails. Une autonomisation rapide est associée à un faible encadrement de la réflexion (OR=4,6 [IC95% 1,8-11,9] ; $p=0,004$), au caractère flou des responsabilités (OR=3,3 [IC95% 1,4-7,9] ; $p=0,005$) ainsi qu'au sentiment problématique de combler un manque d'urgentistes (OR=4 [IC95% 1,7-9,8] ; $p<0,001$) sentiment que partagent 80% des internes et la moitié des séniors.

Discussion : L'évaluation des internes rejoint celle des séniors concernant la vitesse d'autonomisation ; les points de divergences pourront faire l'objet d'une vigilance accrue. La culture du feedback mutuel régulier entre internes et urgentistes doit être développée pour une séniorisation toujours plus pertinente ; un bilan de mi-stage constructif réalisé suffisamment tôt pour mettre en œuvre les mesures correctrices éventuellement nécessaires est plébiscité par les internes et urgentistes.

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS-CLÉS : urgences, stage, sénior, séniorisation, supervision, encadrement, interne, résident, feedback, évaluation, auto-évaluation, enseignement clinique, pédagogie.

NOM et ADRESSE de l'U.F.R. :

Université de Bordeaux,
U.F.R. des Sciences Médicales,
146 rue Léo Saignat,
Case 16 – Espace Santé
33076 Bordeaux