



HAL
open science

État des lieux et ressenti global des internes de médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille à propos des gardes qu'ils effectuent aux urgences durant leur cursus

Martin Mazereeuw

► To cite this version:

Martin Mazereeuw. État des lieux et ressenti global des internes de médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille à propos des gardes qu'ils effectuent aux urgences durant leur cursus. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03442305

HAL Id: dumas-03442305

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03442305>

Submitted on 23 Nov 2021

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.

**Etat des lieux du ressenti global des internes de médecine générale de la
faculté d'Aix-Marseille à propos des gardes qu'ils effectuent aux urgences
durant leur cursus**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 26 Octobre 2021

Par Monsieur Martin MAZEREEUW

Né le 22 juillet 1993 à Lille (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Docteur CARRIER Hélène

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Directeur

**Etat des lieux du ressenti global des internes de médecine générale de la
faculté d'Aix-Marseille à propos des gardes qu'ils effectuent aux urgences
durant leur cursus**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 26 Octobre 2021

Par Monsieur Martin MAZEREEUW

Né le 22 juillet 1993 à Lille (59)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Docteur CARRIER Hélène

Assesseur

Madame le Docteur MARTIN-SAVELLI Marie-Agnès

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso-kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967 MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974 MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975 MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976 MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977 MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978 M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980 MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981 MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982 M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985 MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986 MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikaël
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Lactitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHII Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITAUX
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETTELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703**MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANDEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/21

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/09/21)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

PHYSIOLOGIE 4402

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ma soutenance de thèse, j'accueille avec respect votre appréciation. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère considération et de mon profond respect.

Madame le Docteur Marie-Agnès Martin-Savelli, je tiens à t'exprimer ma profonde gratitude pour avoir dirigé mon travail avec autant de bienveillance et de disponibilité, sans compter tes heures ni ménager tes efforts. Tu m'as soutenu, encouragé et judicieusement conseillé sans relâche. Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée. J'ai pris beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés et je tiens à te faire part de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Hélène Carrier, pour avoir accepté de juger mon travail et pour votre dévouement aux internes de médecine générale au travers de votre engagement au sein du DUMG, je vous prie de recevoir ma plus grande reconnaissance.

Aux internes qui ont accepté de faire partie de cette étude, merci à chacun d'entre vous d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. Merci pour votre implication, l'intérêt que vous m'avez témoigné, et la sincérité de vos réponses sur ce sujet relevant de la sphère intime.

À mes conseillères et relectrices, merci à Manon d'avoir pris le temps de me guider, me conseiller et m'orienter dans les différentes étapes de cette thèse du haut de ton expérience. Merci à toi Maman pour ta précieuse relecture, en dénichant les quelques fautes et tournures de phrase hasardeuses, tu as contribué à la fluidité et à la clarté de mon travail.

À mes pairs, à mes collègues, merci aux médecins qui ont su prendre du temps tout au long de ma formation, pour me guider et m'apprendre la médecine. Merci en particulier à Olivier, Alain, Mylène, Anne et Benjamin, vous m'avez donné le goût de l'exercice en cabinet et formé à la pratique de mon métier à venir. Merci à vous tous

de m'avoir accompagné sur le chemin de l'internat, et de m'avoir aidé à grandir professionnellement et personnellement.

À tous les patients rencontrés depuis le début de mes études de médecine, merci de m'aider à progresser en tant que médecin et en tant que personne à votre contact.

À mes co-internes, vous m'avez accompagné pendant trois ans, tous ces bons moments partagés ainsi que les occasions de défoulement ont rendu le travail plus léger, merci à tous.

À mes amis,

Aux Mouvallois et aux Marcquois, started from the bottom now we here. Un apprentissage de la vie partagé, une collaboration de très longue date, parfois à distance, parfois rapprochée, jamais rompue. Compagnons de route de toujours, vous avez été de tous les événements importants de ma vie, vous serez de tous ceux à venir. Rendez-vous au Mulli.

Aux BBC et autres Lillois, à qui j'ai initialement pensé consacrer ma thèse « Effets bénéfiques (ou tragiques, le doute m'habite) de la bière, de la fête et de la franche camaraderie sur une cohorte de studieux P1 ». Malgré un recrutement plus que robuste, l'idée n'a malheureusement pas été retenue. Ces années magiques à vos côtés sont passées en un éclair, que nos aventures vécues ne soient que les prémices de toutes celles à venir.

Aux Toulonnais de Clémenceau, la Dream Team de La Garde, vous avez été ma seconde famille du Sud, vous m'avez tendu la main, peut-être à un moment où je ne pouvais pas, où j'étais seul loin de chez moi. Les soirées au quatrième et les barquettes cinq étoiles garderont pour toujours un goût de paradis.

À tous les collègues, les fratés, le sang. De Toulon à Gap, d'Avignon à Hyères, et même à Marseille que je pourrais tout compte fait limite apprécier, une multitude de régions, une multitude de potes. Merci pour ces moments de dolce vita, merci pour les randos, la plage, les fêtes, les jeux, et merci pour les pied-à-terre que vos appartements vont devenir pour mes séjours à venir en terre provençale.

À la colocation de Romette, par votre accueil chaleureux dans votre manoir, votre soutien moral, votre bonne humeur à toute épreuve, par tous les animaux et malgré les mouches, par le vélo, la montagne, le bateau, vous avez rendu ce semestre finalement pas si pourri que ça. Merci pour cette fin en apothéose.

À ma famille,

Maman, mes premières pensées sont pour toi. C'est grâce à toi si j'en suis arrivé là. Tu as depuis toujours éveillé ma curiosité et m'as donné le goût d'apprendre, tu m'as à chaque instant apporté un soutien sans faille, et bien sûr un amour infini. Cette thèse est aussi à toi. Merci pour tout. Je t'aime.

Papa, pour quelqu'un qui « ne voulait pas ne pousser à faire comme toi », c'est réussi. 28 ans après toi, c'est à mon tour de prêter serment. Sacrée histoire. Tu as forgé le médecin et l'homme que je suis, l'amour infini marche pour toi aussi. Ta fierté est une belle récompense. Je t'aime.

Justine, Louise, tout était plus tranquille avant que vous arriviez. Tout était plus marrant après. « Happiness only real when shared », surtout avec vous. Merci de m'avoir accompagné depuis toujours, vous n'êtes pas pour rien dans mon plaisir de revenir à Lille. Allez, on se le dit pas souvent, mais vous aussi je vous aime.

À mes grands-parents, Matje et Bon-Papa d'où tu es, Manou et Grand-Père. Un nouveau Docteur Mazereeuw, un de plus dans la famille Guisnet, les chiens ne font pas des chats. Merci pour votre bienveillance et votre amour inconditionnel.

Marie-Hélène, Gilles, Mathilde, Luc, mes nombreux oncles et tantes, mes cousins encore plus nombreux, j'ai la chance d'être entouré d'une grande et belle famille. Merci pour votre présence à mes côtés.

À Sophie,

La soutenance de cette thèse met un point final à une période de trois ans un peu particulière. Tout ne s'est pas déroulé selon le plan prévu initialement. Les occasions de se voir furent toujours trop rares, toujours trop nombreuses furent les interminables heures de train, les séparations douloureuses à la gare et les longues soirées solo à se consoler avec un coup de fil.

De cette période, notre relation sort renforcée au centuple. La rareté des moments passés à deux les a rendus encore plus intenses et précieux, ton absence m'a prouvé combien tu m'étais indispensable, et n'a pas empêché mon amour pour toi de décupler. Place maintenant à une vie de couple un peu plus normale, que nous allons savourer à sa juste valeur.

Merci pour le soutien et l'équilibre que tu m'apportes au quotidien depuis sept ans,

Merci de me faire rire et pleurer,

Merci de me supporter même quand je te fais tourner en bourrique, que je fais du boudin ou que j'agis comme un enfant de quatre ans,

Merci pour les beaux projets qui se dessinent ensemble,

Merci pour l'avenir radieux qui s'annonce à deux,

Merci de partager ma vie,

Je t'aime

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	3
A.	Expérience personnelle	3
B.	Actualité.....	4
II.	DEFINITIONS	6
A.	Qui sont les internes de médecine générale ?	6
B.	Modalités de formation et place des gardes.....	6
III.	ENJEUX	9
IV.	QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS.....	10
V.	MATERIEL ET METHODE	11
A.	Choix du type d'étude	11
B.	Population.....	11
1.	Recrutement.....	11
2.	Critères de sélection.....	11
3.	Taille de l'échantillon	12
C.	Recueil des données	13
1.	Guide et type d'entretiens.....	13
2.	Réalisation des entretiens	13
D.	Analyse des données.....	14
E.	Recherche bibliographique	15
VI.	RESULTATS	16
A.	Population.....	16
1.	Descriptif de l'échantillon étudié	16
2.	Descriptif des entretiens réalisés.....	16
B.	Motifs d'inquiétude et de déstabilisation.....	18
1.	Peur de mal faire.....	18
2.	Désir de faire ses preuves.....	19
3.	Rôle particulier de l'interne étudiant-médecin	20
4.	Confrontation à la mort.....	20
C.	La séniorisation, curseur principal au déroulement des gardes aux urgences.....	22
1.	Disponibilité du médecin référent	22
2.	Qualité de la supervision	25
3.	Relationnel avec le référent.....	25
D.	Autres sources de réassurance	28
1.	Organisation personnelle.....	28
2.	Soutien externe	29
E.	Importance du cadre de la garde dans le ressenti.....	30
1.	Connaissance ou non du cadre de travail.....	30
2.	Influence de l'équipe soignante	31
a)	Relationnel.....	32
b)	Organisationnel.....	33
3.	Patients	34
4.	Affluence	35
a)	Répercussions sur le travail.....	35

b) Répercussions sur le ressenti.....	36
5. Modalités pratiques de la garde.....	37
F. Rythme de travail.....	39
1. Rythme pendant la garde	39
2. Gestion du sommeil pendant la garde	41
3. Fréquence des gardes	42
G. Une grande variété de nuances dans le ressenti des gardes et leurs répercussions	44
1. Répercussions psychologiques des gardes.....	44
a) Avant la garde	44
i. Anxiété anticipatoire.....	44
ii. Autres conséquences.....	46
b) Pendant la garde	46
c) Dans les suites immédiates de la garde.....	48
d) A long terme	50
e) Contexte particulier de la crise COVID-19.....	51
2. Répercussions des gardes sur le plan matériel	52
a) Rémunération	52
b) Temps libre en repos de garde	53
3. Fatigue induite par les gardes	53
4. Amélioration des compétences	55
5. Avis quant au caractère obligatoire des gardes.....	56
VII. DISCUSSION	60
A. Critique de l'étude.....	60
1. Forces.....	60
2. Faiblesses.....	61
B. Analyse des résultats, comparaison à la littérature	63
1. Les gardes aux urgences, source d'une anxiété majeure	63
a) Le soin aux malades, une tâche difficile et anxiogène	63
b) Difficulté liée à l'organisation du travail	64
c) L'internat, un rôle hybride et une transition brutale.....	66
2. Le recours à la séniorisation, réaction privilégiée par les internes en réponse à cette angoisse.....	68
3. Répercussions	71
a) Ecueils.....	71
b) Bénéfices.....	73
C. Perspectives	75
VIII. CONCLUSION.....	78
IX. BIBLIOGRAPHIE	80
X. ANNEXES	85
A. Annexe 1 : Guide d'entretien.....	85
XI. LISTE DES ABREVIATIONS	86

I. INTRODUCTION

A. Expérience personnelle

A l'écriture de ces lignes, j'ai terminé ma carrière d'interne de garde dans un service d'urgences. Elle aura duré presque trois ans, soixante-trois nuits, dans cinq services différents. Lors de ma première garde, que je redoutais autant que je l'attendais, j'ai dû examiner, prescrire, suturer, rassurer, avec l'aplomb qu'un patient peut attendre de son médecin dans ce genre de situation, en cachant aussi bien que possible mes incertitudes et ma fébrilité. J'ai cru me liquéfier quand mon médecin sénior m'a envoyé bouler au téléphone alors que j'avais besoin de son aide. J'ai fini par rentrer chez moi à 9h, éreinté, empli d'un immense sentiment de soulagement et de la satisfaction d'avoir survécu à cette nuit. Pour ma soixante-troisième garde, j'ai fourni le même travail, à la différence toutefois que celui-ci était fluide, maîtrisé, assuré. Je n'ai pas eu à appeler une seule fois mon superviseur au secours. Quand je suis rentré chez moi, j'étais une nouvelle fois éreinté, mais empli cette fois du sentiment d'avoir accompli mon travail routinier.

Les gardes aux urgences font partie du quotidien des internes de médecine générale. En discutant avec mes collègues internes, j'ai pu observer un large spectre de ressenti dans l'expérience de la garde aux urgences, depuis les internes - pourtant expérimentés - fondant en larmes avant chaque garde, à ceux qui en redemandent tant ils les apprécient. Je me trouvais quant à moi dans une position intermédiaire. J'aimais travailler aux urgences, mes gardes se déroulaient bien, aucun incident majeur n'est jamais venu perturber mes gardes. Pourtant, j'étais atteint avant chaque garde d'une anxiété accompagnée d'une sensation de « boule au ventre ». Je savais cette appréhension disproportionnée et irrationnelle au vu du bon déroulement habituel de mes gardes, et même si j'arrivais de mieux en mieux à la réfréner à mesure de ma progression dans l'internat, elle n'a toutefois jamais totalement disparu.

Ce constat de l'existence de réactions fortes, multiples et diamétralement opposées, m'a poussé à m'intéresser de plus près à la phénoménologie de ce ressenti des gardes aux urgences, aux mécanismes qui le régissent, et à ses conséquences.

B. Actualité

Entre 2019 et 2021, des mouvements successifs de grève des internes ont rassemblé 16 000 internes, soit 60% du contingent national(1). Parmi les revendications, certaines concernent plus particulièrement le sujet des gardes. Une étude de l'ISNI montre en 2020 que le temps de travail hebdomadaire moyen des internes de médecine général est de 52h(2), pour un maximum légal de 48h(3), mis à mal par le nombre de gardes effectuées. Les internes ont également réclamé une réévaluation à la hausse de l'indemnité de garde, qui n'avait progressé que de 7,2% depuis Septembre 2002(4)(5), face à une inflation de 27,2% sur la période(6).

Les conditions de travail des internes et leur rudesse ont été régulièrement mises en lumière et dénoncées ces dernières années au travers de médias variés, médicaux ou généralistes, depuis les articles de presse écrite(7)(8)(9) au cinéma(10), en passant par les reportages et séries télévisés(11). Ce phénomène existe depuis de nombreuses années, mais semble s'accroître progressivement, dénotant une prise de conscience et une sensibilisation sociétale sur le sujet. A travers son travail, le réalisateur - et médecin - Thomas Lilti met en exergue les difficultés auxquelles sont confrontés les internes dans les services d'urgences, et notamment lors de leurs gardes. Dans son état des lieux de la santé mentale des internes(12), le Docteur Frajerman souligne un taux de suicide trois fois plus élevé chez les internes que dans la population générale. Il pointe entre autres la participation des gardes à l'état de santé mentale des internes, en mettant particulièrement en exergue le temps de travail important qu'elles occasionnent et leur faible rémunération.

Un média en particulier a retenu mon attention. Depuis quelques années fleurissent sur les réseaux sociaux des pages dédiées aux étudiants en médecine et aux internes, et traitent de leur quotidien et de l'actualité(13)(14). Dans les espaces dédiés aux commentaires de ces publications, on retrouve des centaines de témoignages, émanant souvent de carabins, profitant de cet espace pour raconter leur expérience, leur vécu, dans une sorte d'exutoire, de catharsis, mais également de recherche de soutien de la part de leurs pairs internes.

De nombreux dispositifs d'accompagnement existent, et se sont particulièrement développés au cours de la dernière décennie. Ils proposent aux internes en détresse d'obtenir rapidement une écoute et un soutien, de façon bénévole et anonyme. On peut citer les dispositifs proposés par l'ISNI, le gouvernement, le Conseil de l'Ordre des Médecins, des associations telles que la LIPSEIM, ou sur un plan plus local par le SAIHM.

Plusieurs travaux de thèses récents se sont penchés sur le sujet des gardes aux urgences effectuées par les internes de médecine générale. Codron(15), Cremière(16) et Garling(17) ont étudié la question du stress généré par ces gardes, Viard(18) celle de la séniorisation pendant la garde. Si ces aspects sont des composantes particulièrement importantes de la garde aux urgences, aucun ne s'est cependant intéressé au ressenti global des internes vis-à-vis des gardes qu'ils effectuent aux urgences. C'est donc un tableau d'ensemble que je vais tâcher de brosse dans cette thèse.

II. DEFINITIONS

A. Qui sont les internes de médecine générale ?

Pour les besoins de cette enquête, je me suis appuyé sur les données statistiques des internes appartenant à ma promotion, ayant passé les ECNi en 2018.

En 2018, à la suite des ECNi, 3254 étudiants ont choisi de s'orienter vers la médecine générale, dont 64,3% de femmes(19). L'internat de médecine générale ayant une durée de trois ans, et le nombre de postes de médecine générale disponibles étant relativement stable voire en légère augmentation au niveau national, on peut estimer le contingent d'internes de médecine générale à environ 10 000 en France. Leur âge au moment de débiter leur internat est en moyenne de 25 ans, la grande majorité de cette population se trouve donc dans une fourchette d'âge entre 24 et 30 ans.

Il est intéressant de souligner que le système de répartition inhérent aux ECNi implique la possibilité pour les étudiants de choisir de réaliser leur internat dans une ville différente de celle où ils ont réalisé leur externat. Parmi les internes de médecine générale de la promotion ECNi 2018, 49% sont concernés par cette mobilité, choisie pour 84,1% d'entre eux, les autres se la voyant imposée par le processus d'affectation. Ce déracinement peut avoir son importance, notamment en ce qui concerne le soutien apporté par leurs proches.

B. Modalités de formation et place des gardes

Le statut des internes en médecine est fixé par le Code de Santé Publique, qui les décrit comme étant des « Praticiens en formation spécialisée [...] sous la responsabilité du praticien responsable de l'entité d'accueil »(20). L'interne est un agent public, mais ne bénéficie cependant pas, à l'instar des praticiens hospitaliers, du statut de fonctionnaire.

La formation pratique au cours de l'internat de médecine générale est délivrée sur une période de trois ans, pendant laquelle l'interne aura à compléter une maquette de six stages d'une durée de six mois chacun(21). Cette maquette doit comprendre les stages suivants, répartis sur une phase socle d'un an suivie d'une phase de consolidation de deux ans :

- Un stage dans un service d'accueil des urgences.
- Un stage ambulatoire dans un cabinet de médecine générale.
- Un stage de gynécologie et un stage de pédiatrie, parfois couplés lors d'un stage partagé en deux périodes de trois mois, pouvant se dérouler en milieu hospitalier, ambulatoire, ou dans une structure de PMI.
- Un second stage ambulatoire, le SASPAS, pour lequel l'interne évolue en autonomie supervisée dans un cabinet de médecine générale.
- Un stage hospitalier, à réaliser dans un service dit de « médecine adulte ».
- Eventuellement un stage libre laissé au choix de l'interne.

Au cours de ces stages, l'interne est soumis à deux types d'obligations(22).

L'obligation de service, dans laquelle on retrouve de façon hebdomadaire huit demi-journées de stage et deux demi-journées de formation, pour une durée ne devant pas excéder 48h par semaine, lissées sur le semestre. Les demi-journées travaillées de façon supplémentaires (les samedis matin, les nuits, les dimanches et jours fériés) doivent théoriquement être rattrapées.

L'obligation de garde : les internes doivent participer au service de garde normal, qui comprend une garde de nuit par semaine et une garde de week-end ou jour férié par mois. Ce service peut être supérieur, puisqu'une ligne de garde peut être ouverte dès lors que six internes au moins y participent. Il est à noter que leur indemnisation est réglementée par la loi, et qu'une participation supérieure au service dit normal ouvre théoriquement droit à une rémunération supérieure. Une garde ne peut pas excéder 24h consécutives, et doit être suivie d'au moins 11h de repos.

Afin d'organiser la permanence des soins pour les patients, est mis en place un dispositif de garde en dehors des heures ouvrables. Des médecins et des internes sont présents et disponibles pour répondre aux sollicitations dont la prise en charge ne peut attendre le lendemain. Pour les internes de médecine générale, ces gardes peuvent s'effectuer auprès de patients hospitalisés dans des services conventionnels,

mais la majorité sont réalisées au sein de services d'urgences de l'hôpital dans lequel ils travaillent. Les internes prennent leur garde le soir après leur journée de travail, ou le week-end après avoir travaillé toute la semaine. Ils assurent sous l'autorité d'un médecin sénior l'accueil et la prise en charge des patients qui se présentent pendant ce laps de temps.

III. ENJEUX

Les gardes aux urgences sont, dans la littérature et l'actualité, décrites comme des évènements stressants voire traumatisants pour les internes. La réalité est certainement plus nuancée que ce constat abrupt. Je souhaite étudier le ressenti réel qu'ont les internes de leurs gardes, mettre en évidence les éléments problématiques d'une part et ceux qu'ils décrivent comme bénéfiques d'autre part, et analyser les répercussions qu'ont les gardes sur leur vie personnelle et professionnelle. En fonction des résultats de cette étude, de potentielles modifications de ces différents déterminants pourraient permettre d'optimiser à la fois le bien-être global des internes et la qualité de leur formation. En résulterait in fine une meilleure prise en soins des patients, lors de leurs gardes aux urgences et plus tard dans l'exercice de leur métier de médecin généraliste.

IV. QUESTION DE RECHERCHE ET OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux du ressenti des internes de médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille à propos des gardes qu'ils effectuent aux urgences durant leur cursus. Je chercherai à comprendre les besoins éprouvés par les internes pour le bon déroulement de leurs gardes, les déterminants qui pèsent sur le ressenti de la qualité de leur garde, et les répercussions qu'ont les gardes aux urgences sur leur vie au quotidien.

V. MATERIEL ET METHODE

A. Choix du type d'étude

Afin d'explorer la question de recherche, j'ai mené une étude qualitative, au travers d'entretiens individuels semi-dirigés, réalisés auprès d'internes en médecine générale de la faculté d'Aix-Marseille sur une période s'étendant de Février à Mai 2021.

B. Population

1. Recrutement

Lors de la réalisation d'une étude qualitative, l'objectif n'est pas d'obtenir une représentativité de la population étudiée, mais la plus grande diversité de réponses possible. Le recrutement s'est effectué en « boule de neige », avec une sélection secondaire des sujets selon des critères que j'ai établis pour obtenir une hétérogénéité et une variabilité maximales de l'échantillon étudié. J'ai contacté les participants potentiels par messagerie électronique, et les ai inclus dans l'étude sur la base du volontariat. Sur l'ensemble des sujets contactés, un seul a refusé de participer à l'étude.

2. Critères de sélection

J'ai établi les critères de sélection en m'appuyant sur l'aide des lignes directrices COREQ traduites en français(23). L'objectif de cette sélection était d'obtenir une diversité maximale dans le profil des participants interrogés. Les critères initiaux ont été les suivants : sujet en cours de réalisation de son internat en médecine générale à la faculté d'Aix-Marseille, ayant déjà réalisé des gardes dans un service d'accueil des

urgences, sans critère de discrimination quant à l'établissement de réalisation de ces gardes.

Après cinq entretiens, j'ai pu constater une certaine réserve lors des entretiens menés auprès des internes appartenant à mon cercle d'amis proches, en comparaison avec les entretiens menés auprès d'internes avec lesquels je n'entretenais pas de lien de proximité. La durée moyenne des entretiens était significativement plus courte pour les internes dont j'étais proche. J'ai donc ajouté à partir du sixième entretien un critère d'exclusion des internes que je fréquentais régulièrement. Le but de cette manœuvre était d'éviter un éventuel biais de mesure lié à une auto-censure, dans le cadre d'une étude portant sur des éléments pouvant relever de la sphère intime.

A partir du huitième entretien, l'échantillon a été volontairement équilibré selon deux caractéristiques, le sexe de l'interne interrogé, et le nombre de semestres validés.

3. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon n'a pas été fixée a priori, mais obtenue selon les bonnes pratiques de la méthodologie qualitative par saturation des données, c'est-à-dire le moment où l'analyse des entretiens ne permet plus de faire émerger de nouvel élément contribuant à caractériser le phénomène étudié. Cette méthode requiert donc une analyse des données au fur et à mesure de leur recueil. Pour cette étude, la saturation a été obtenue lors du dixième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de s'assurer de la réalité de la saturation, et d'équilibrer les effectifs, notamment de promotion et de sexe.

Les caractéristiques de la population interrogée ont été établies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

C. Recueil des données

1. Guide et type d'entretiens

J'ai rédigé le guide d'entretien avec le soutien de ma directrice de thèse, et à l'aide d'une documentation spécialisée sur la méthodologie inhérente à la méthode qualitative(24)(25)(26). Il débute par une présentation succincte du travail mené et une prise de coordonnées permettant la caractérisation de l'échantillon étudié sans toutefois qu'elle ne menace l'anonymisation des données recueillies. J'ai effectué au début de chaque entretien un rappel systématique de l'anonymisation et de l'enregistrement audio, ainsi que de l'intérêt de chaque réponse dans une étude qualitative, avec un encouragement au développement de toute idée par le sujet interrogé sans crainte du « hors sujet ». J'ai demandé l'accord verbal de l'interne, qui a été obtenu pour l'ensemble des entretiens menés.

L'entretien en lui-même est constitué de dix questions ouvertes, avec des possibilités de relances ou de reformulation établies a priori. Les questions n'ont pas été modifiées après la phase test de deux entretiens.

Le recueil des données s'est effectué lors d'entretiens individuels semi-dirigés. J'ai fait le choix d'entretiens individuels plutôt que de focus-groups en raison de la sensibilité du sujet choisi, pouvant toucher aux émotions, au personnel voire à l'intime, et ainsi favoriser la liberté de parole sans crainte du jugement d'autres participants. Les entretiens semi-dirigés autorisent une liberté de parole du sujet interrogé, et favorisent une digression vers des thèmes non-abordés par le guide qui était encouragée au début de chaque entretien.

2. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre les mois de Février et Mai 2021. Une phase de test initiale a été menée sur deux entretiens, et s'est avérée concluante. Le guide d'entretien n'a pas été modifié après cette phase test.

J'ai systématiquement proposé deux modes de recueils à chaque participant, qu'il choisissait selon sa préférence. Soit un entretien physique individuel, dans un lieu calme convenu entre le chercheur et le participant, soit en visioconférence.

Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrit à l'aide du logiciel Microsoft Word selon la méthode « mot pour mot » afin d'obtenir un verbatim fidèle à l'entretien. Cette méthode reprend l'ensemble des mots prononcés par le sujet interrogé, les remarques annexes sur les questions de l'entretien, en corrigeant les fautes de langage(27).

D. Analyse des données

Je me suis formé à la recherche qualitative à l'aide du séminaire dispensé par la faculté de médecine d'Aix-Marseille en Octobre 2020, ainsi que par la lecture d'ouvrages spécialisés(28)(29)(30)(31)(32).

L'analyse s'est faite progressivement au fur et à mesure des entretiens, afin d'arriver au phénomène de saturation. J'ai analysé les entretiens via la méthode de théorisation ancrée, méthode inductive reposant sur un codage des données en trois étapes successives.

Premièrement, j'ai effectué une analyse par codage ouvert. Cette étape requiert une lecture répétée de chaque entretien. Les propos retranscrits sont étiquetés par fragments de texte, visant à cerner l'idée générale d'un verbatim, son sens essentiel, son thème. Au fur et à mesure de l'analyse successive des entretiens, un code identique pouvait être retrouvé dans des entretiens différents, et ainsi regrouper sous son étiquette un groupe de mots ou de phrases. Dans le cadre de ce travail de thèse, je me suis fait aider d'une tierce personne formée en recherche qualitative afin d'effectuer un double codage des entretiens, conformément aux règles de bonne pratique de la méthodologie qualitative, pour minimiser le biais de préconception. Pour cette étape, j'ai utilisé le logiciel QDA Miner Lite. Il permet une inscription du codage dans la marge, avec pour résultat une meilleure lisibilité des passages recelant de nombreuses occurrences.

Dans un deuxième temps, j'ai procédé à un codage sélectif. Les codes créés lors de la première étape sont comparés et combinés entre eux, en essayant de faire émerger des thèmes et sous-thèmes regroupant des codes de même type. Un code peut appartenir à plusieurs thèmes, ou à aucun. Contrairement à la méthode quantitative, toutes les données ont le même poids, la même valeur pour l'analyse, quel que soit leur nombre d'occurrences dans l'ensemble des entretiens.

Enfin, j'ai réalisé un codage théorique, qui consiste en l'élaboration d'une théorie à partir des données codées et catégorisées lors des étapes précédentes. Les différentes catégories ayant émergé lors du codage sélectif sont mises en relations, et articulées autour d'une catégorie centrale, permettant de modéliser un schéma synthétisant les résultats obtenus lors de cette étude.

E. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a débuté préalablement à la rédaction du guide d'entretien, afin de contextualiser le sujet choisi, et d'explorer les recherches déjà effectuées sur ce thème. Elle a été poursuivie tout au long du travail de thèse, et particulièrement approfondie au moment des différentes étapes d'analyse des données.

Cette recherche repose sur une variété de sources d'information. J'ai utilisé les banques de données bibliographiques par l'intermédiaire du catalogue en ligne de la Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille, du SUDOC pour la recherche de thèses de médecine, de bases de données telles que EMConsulte, PubMed, Cairn. Une partie de la recherche s'appuie sur la littérature grise, c'est-à-dire les documents dont la publication n'est pas contrôlée par l'édition commerciale. Ainsi, j'ai consulté plusieurs sites Internet de structures gouvernementales ou non, par exemple legifrance.gouv.fr ou le site de la HAS, des présentations de congrès, des guides ou ouvrages d'aide à la recherche qualitative.

VI. RESULTATS

A. Population

1. Descriptif de l'échantillon étudié

Douze internes ont été interrogés pour cette thèse, cinq femmes et sept hommes. L'âge moyen est de 26,7 ans. Les sujets sont répartis entre le deuxième et le septième semestre d'internat du DES de médecine générale, avec respectivement trois internes de première année, quatre internes de deuxième année, quatre internes de troisième année et une interne de quatrième année (qui réalisait une FST).

Les internes interrogés avaient réalisé au moment de l'entretien entre 19 et 60 gardes, avec une moyenne de 18,5 gardes par semestre en moyenne au cours de leur internat, moyenne s'échelonnant de 7,5 à 50 gardes par semestre.

2. Descriptif des entretiens réalisés

J'ai mené les entretiens entre Février et Mai 2021. Huit se sont déroulés au domicile du sujet interrogé, trois via visioconférence et un dans le bureau médical d'un service hospitalier.

La durée moyenne des entretiens était de 14min57s, avec des extrêmes de 7min38s et de 19min37s.

J'ai pu constater une saturation des données au dixième entretien, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

Entretien	Sexe	Age	Semestre n°	Nombre de gardes total	Nombre de gardes moyen par semestre	Mode d'exercice envisagé	Lieu de réalisation de l'entretien	Durée	Date
1	F	26	3	25	12,5	Cabinet libéral	Domicile	00:19:37	04/02/2021
2	F	27	7	30	7,5	Hospitalier (soins palliatifs)	Bureau médical	00:14:12	09/02/2021
3	M	28	5	50	16,7	Cabinet libéral ou urgences	Domicile	00:10:11	10/03/2021
4	M	27	3	19	9,5	Cabinet libéral	Domicile	00:09:57	11/03/2021
5	M	27	5	40	13,3	Cabinet libéral	Domicile	00:07:38	11/03/2021
6	M	27	3	35	17,5	Cabinet libéral	Domicile	00:18:02	11/03/2021
7	F	28	5	40	13,3	Cabinet libéral	Domicile	00:15:34	13/03/2021
8	F	27	5	60	20	Cabinet libéral	Domicile	00:14:53	13/03/2021
9	M	26	4	20	10	Mi-temps cabinet libéral / Hospitalier (soins palliatifs)	Visioconférence	00:16:57	10/05/2021
10	M	25	2	34	34	Hospitalier	Visioconférence	00:18:50	11/05/2021
11	M	26	2	50	50	Cabinet libéral ou urgences	Visioconférence	00:14:06	18/05/2021
12	F	26	4	35	17,5	Hospitalier	Domicile	00:19:24	20/05/2021

B. Motifs d'inquiétude et de déstabilisation

Au fil des différents entretiens, les notions d'inquiétude et d'incertitude liées au travail mené en garde aux urgences ont été abordées de façon récurrente par les internes. Les motifs d'inquiétude évoqués sont multiples, et débouchent selon les individus sur différentes stratégies d'adaptation et de réassurance.

1. Peur de mal faire

Chez de nombreux sujets interrogés, quel que soit l'avancement dans leur cursus, on retrouve un doute dans leurs compétences médicales par rapport au travail demandé, voire un sentiment de manque de compétence et de formation pour pouvoir faire face aux situations rencontrées en garde.

E2 : « Parfois un peu de peur, d'appréhension, par rapport à ce que je vais voir et si je vais savoir gérer. »

E4 : « Je savais pas trop comment m'y prendre pour vérifier un décès, on m'a jamais vraiment appris à le faire. »

E12 : « Sensation de se retrouver [...] face à des trucs qui me semblaient bien au-delà de mes capacités. »

E6 : « J'ai dû gérer une natrémie à 155 j'avais jamais fait, une tension à 23 je savais pas pourquoi. »

E7 : « J'avais [...] des cas que je savais pas trop gérer. »

Cette peur de mal faire est exacerbée, dans le cadre de la garde de nuit, par la difficulté à travailler en situation de manque de sommeil, la fatigue induite par une longue période de travail sans repos étant de nature à nuire à la qualité de ce travail.

E1 : « On arrive à une heure tardive à 5h du matin où il faut réfléchir comme si on était frais alors qu'on l'est pas et donc on fait des erreurs, mais on a peur d'en faire plus. »

Au-delà de leur caractère désagréable, ces situations d'incertitude et d'inadéquation entre les compétences et le travail demandé amènent chez l'interne un sentiment de perte de chance pour le patient qu'il prend en soins.

E1 : « Parfois un sentiment de culpabilité, si c'était pas moi qui l'avais pris en charge ça aurait peut-être été différent. »

Ce sentiment de manque de compétence est à l'origine d'une inquiétude vis-à-vis d'une responsabilité médicale jugée trop importante ; on retrouve également une crainte des conséquences médico-légales d'éventuelles erreurs dans les prises en charge des sujets interrogés. Cette inquiétude est renforcée par un sentiment de solitude ou d'isolement parfois ressenti pendant la garde.

E1 : « Moi le moment que je redoute, c'est le moment où les chefs vont se coucher et qu'on est les médecins en charge des urgences, et donc les infirmières vont venir se référer à nous, en disant tel patient va moins bien est-ce qu'il faut que je fasse ça, il y a tel monsieur qui veut partir contre avis médical, voilà, moi c'est ce moment-là que je redoute. »

E4 : « En termes de responsabilité et d'assurance je trouve qu'on est mieux avec un sénior. »

E6 : « On avait peur de faire une erreur médicale et de compromettre notre carrière. »

2. Désir de faire ses preuves

Plusieurs internes ont fait part de leur volonté de faire bonne impression auprès des médecins référents et de l'équipe soignante présente pendant leur garde, et du désir de ne pas être un fardeau pour les autres.

E1 : « Je veux montrer à mon chef que je vais vite, [...] je veux pas passer pour le boulet. »

E9 : « Je faisais mauvaise impression auprès de l'équipe, [...] je ralentissais le truc, ils me le faisaient ressentir. »

Cette volonté de faire ses preuves se retrouve également auprès des patients pris en charge par l'interne ou de leurs proches, quitte à feindre la maîtrise et la confiance en soi.

E4 : « Il a fallu appeler la famille, et là j'ai dû [...] faire comme si je maîtrisais mon sujet alors que pas du tout. »

3. Rôle particulier de l'interne étudiant-médecin

Le DES de médecine générale correspond pour les étudiants qui y sont inscrits à leurs septième, huitième et neuvième années d'études. Si les internes apprécient le fait de pouvoir faire leurs preuves, acquérir un certain degré d'autonomie et participer à l'effort de travail commun, ils soulignent toutefois leur rôle d'étudiant, de médecin en formation. Le rôle qui leur est attribué aux urgences n'est parfois pas en adéquation avec leur statut, participant à leur inquiétude. Les internes les plus expérimentés revendiquent donc un droit à l'incertitude.

E1 : « Petit à petit j'ai [...] moins la peur d'être nulle, car de plus en plus je me dis que je suis là pour apprendre. »

E2 : « Quand je sais que je sais pas, j'ai pas trop honte de pas savoir parce-qu'on peut pas tout savoir, et je me dis que le chef est là pour ça. »

E9 : « *[A propos de son médecin référent]* Je suis sensé l'aider et apprendre, pas faire le boulot à sa place. »

4. Confrontation à la mort

La garde aux urgences est parfois l'occasion de la confrontation au décès de patients. Qu'il soit attendu ou non, il reste un événement traumatique pour l'interne en charge.

E4 : « J'étais pas très à l'aise, c'était la première fois que j'étais confronté à un cadavre. »

E9 : « Première nuit avec le téléphone de garde, j'ai eu deux détresses respiratoires et les deux sont morts, je pense que ça m'a traumatisé. »

Il incombe fréquemment à l'interne de garde d'appeler la famille du défunt pour annoncer le décès, source d'une difficulté psychologique supplémentaire.

E4 : « Sur le plan moral ça a été dur cette annonce, même si l'épouse s'y attendait j'ai entendu que c'était un déchirement pour elle, j'avais les larmes aux yeux. »

C. La séniorisation, curseur principal au déroulement des gardes aux urgences

Pour faire face à ces situations d'incertitude, les sujets interrogés ont recours à différentes stratégies d'adaptation et de réassurance. Parmi ces facteurs, l'encadrement par un médecin référent, ou « sénior », a été cité dans tous les entretiens menés lors de cette étude, et ressort comme un des facteurs prépondérants au bon déroulement des gardes pour les internes.

On retrouve dans les différents entretiens des expériences opposées vécues par les sujets interrogés, allant d'une séniorisation de qualité presque systématique à une séniorisation défailante.

E4 : « Globalement j'ai toujours été bien séniorisé donc ça s'est toujours bien passé. »

E5 : « Moi sur mes gardes on est toujours séniorisé. »

E6 : « *[A propos des médecins proposant une séniorisation de bonne qualité]* C'est une minorité de chefs. »

L'évaluation globale de leur supervision par les internes repose sur plusieurs critères : la disponibilité du médecin référent, sa qualité de la supervision qu'il propose, ainsi que l'aspect relationnel.

1. Disponibilité du médecin référent

La capacité du médecin référent à se rendre disponible pour l'interne en cas de besoin est un des points clés au bon déroulé de la garde, rapportés par la majorité des internes. Ils y associent un sentiment de sécurisation, de filet en cas de situation difficile à gérer. On retrouve surtout la notion de disponibilité, de réponse à la sollicitation, plus qu'une véritable présence physique ou qu'une intrusion ou ingérence dans les prises en charge de l'interne.

E1 : « Je pouvais les réveiller sans doute, sans aucune contrainte, je savais que je pouvais les appeler. »

E2 : « Le chef était accessible, il te faisait confiance mais tu pouvais venir le chercher, ils étaient disponibles en fait. »

E6 : « Quand t'as un chef super qui va se coucher à 3h en disant appelle-moi au premier souci, [...] là tu passes de bonnes gardes »

E12 : « Des chefs gentils et qui sont prêts à t'aider, [...] qui s'adaptent à toi, je pense que c'est le principal, qui soient prêts à te filer un coup de main. »

La présence physique continue d'un médecin sénior dans le service des urgences n'est pas systématiquement évoquée dans les entretiens, toutefois les internes la citent comme ayant un effet sécurisant lorsqu'ils sont interrogés sur les conditions de garde idéales.

E1 : « Les conditions idéales ça serait d'avoir toujours un chef réveillé auquel on peut se référer, ça ça serait vraiment l'idéal. »

E3 : « Avoir toujours un sénior référent qui traîne dans les urgences pour pouvoir lui parler de tes soucis particuliers. »

E4 : « Je trouve ça bien quand on est [...] avec toujours un chef et un interne, plutôt que les endroits où y'a les chefs qui vont se coucher et l'interne est tout seul. »

E6 : « *[La garde idéale]* c'est simple, ça serait qu'il y ait un chef qui soit tout le temps là [...] dès que t'as un doute tu vas parler au chef qui est à deux mètres de toi. »

A contrario, lorsqu'ils sont interrogés à propos de gardes qui se sont moins bien passées, la notion d'indisponibilité des médecins référents revient fréquemment pour expliquer ce ressenti désagréable.

E3 : « Moi j'ai jamais eu le problème, mais on entend toujours des histoires où le chef va se coucher et ne se réveille pas, là c'est pas pareil. »

E5 : « Des gardes où t'es laissé en roue libre, où t'es tout seul. [...] Avec certains chefs en particulier je savais que j'allais pouvoir compter que sur moi-même. »

E6 : « Là où j'étais on était pas mal lâchés la nuit même si les chefs étaient très sympas, et on avait peur de faire une erreur. »

E12 : « Une ou deux [gardes] où ça a été très compliqué, chefs pas du tout aidants donc sensation de se retrouver tout seul. »

Ce manque de disponibilité du médecin référent pousse parfois l'interne de garde à prendre des décisions sans qu'elles soient validées par son supérieur.

E5 : « Avec certains chefs en particulier je savais que j'allais pouvoir compter que sur moi-même, donc je travaillais [...] tout en sachant que derrière j'avais pas forcément l'aval qu'il fallait pour avancer au mieux avec les patients. »

La supervision par un médecin plus expérimenté n'a pas besoin d'être intrusive dans la prise en charge des internes, un certain degré d'autonomie est apprécié, adapté au niveau et à la volonté de l'interne de garde. Cette supervision peut être organisée, avec des périodes d'autonomie entrecoupées de mises au point en équipe.

E2 : « Le chef reste avec toi, il fait un peu sa vie, il est pas forcément là mais en tout cas il part pas dormir en te donnant pas le bon numéro de téléphone. »

E10 : « Juste avertir ton chef sans avoir besoin qu'il t'aide. [...] J'aime bien aussi être à un moment un peu tout seul dans le service et pouvoir gérer comme je l'entends. »

E12 : « Des chefs [...] qui te proposent de venir voir le patient, qui font un point régulièrement, genre un tour des patients, pour t'aider à avancer là où ça coince. Après si il y a pas besoin ils te laissent tranquille. »

2. Qualité de la supervision

Outre la disponibilité du médecin référent, ses compétences médicales et de gestion du service, la qualité de sa supervision, varie selon les situations, et influence sur le ressenti de l'interne.

E5 : « Quand on a des chefs qui supervisent bien, globalement même si on prend le jus on a toujours un appui derrière. »

E8 : « *[Une bonne garde, c'est quand]* tu sais que tu peux compter sur ton chef, qu'il est fort, qu'il va pouvoir t'aider à débloquer des situations en cas de besoin, qu'il panique pas. »

E1 : « J'avais confiance en eux, je savais que si je les appelais ils allaient savoir juger, pouvoir se lever, venir m'aider, m'aiguiller. »

Ainsi, lorsqu'on leur propose une séniorisation de bonne qualité, les internes non seulement passent une garde plus agréable, mais déclarent également fournir un travail de meilleure qualité.

E1 : « Comme il y avait la confiance j'étais bien séniorisée, du coup j'étais relâchée, plus entreprenante, j'avançais plus vite, il était content de moi, enfin bref c'était un cercle vertueux. »

E12 : « Si t'as un chef bienveillant comme ça, que tu sais qu'il garde un œil sur ce que tu fais, tu peux tout affronter. »

3. Relationnel avec le référent

Le médecin référent tient pour l'interne de garde le rôle de tuteur, de formateur, de supérieur hiérarchique, de responsable. La nature et la qualité des liens relationnels affectent la qualité du lien professionnel entre l'interne et son référent.

E5 : « Il y avait des chefs avec qui ça se passait plus ou moins bien. [...] Si j'étais avec un chef cool je savais que j'allais passer une bonne soirée même si on allait prendre le jus. »

J'ai pu constater à plusieurs reprises un besoin d'estime et de reconnaissance émanant des internes, l'obtention de la confiance du médecin référent étant un motif de satisfaction et un objectif à part entière, presque une récompense.

E11 : « Je l'ai vu dans l'attitude des chefs, eux ils étaient beaucoup plus confiants. J'avais plus besoin de leur présenter mes cas dans le détail, ils savaient que si je ne demandais pas d'aide et que j'avais confiance en moi, ils pouvaient me laisser faire. »

E6 : « Au bout de 2 mois tes chefs te disent que t'es fiable, tu travailles bien, on est contents de toi, et du coup ça te met en confiance. »

E10 : « J'aime bien aussi être à un moment un peu tout seul dans le service et pouvoir gérer comme je l'entends, ça montre que les chefs te font confiance. »

On retrouve également chez plusieurs internes interrogés une crainte des remontrances de la part de leur médecin sénior, une peur de le déranger avec un motif qu'il pourrait juger futile.

E6 : « *[La nuit]* Ton chef si tu l'appelles il va te dire un peu d'aller te faire voir. [...] J'osais pas réveiller la chef parce-que je savais que je serais mal vu. »

Ce phénomène s'estompe chez les internes plus expérimentés, qui s'attendent toujours à recevoir des remontrances, mais les craignent moins.

E1 : « J'ose également plus réveiller mes séniors, j'ai moins la peur d'être nulle. »

E2 : « De toute façon j'appelle le chef pour les patients, et s'il veut pas venir j'insiste, et s'il veut toujours pas venir j'insiste et à la fin il viendra. Maintenant j'ai beaucoup moins d'appréhension, j'ai pas peur de me faire engueuler. »

Certains internes décrivent une motivation à travailler calquée sur celle de leur responsable, à qui il appartiendrait de montrer l'exemple.

E9 : « J'avais une espèce de mimétisme, si tu t'entends bien avec le chef et qu'il charbonne ça te motive à bien travailler, par contre s'il en fout pas une je me décarcassais pas non plus. »

E11 : « S'il y a du retard, s'il y en a un qui travaille moins que les autres, tu perds plus de temps à être énervé de ça qu'à travailler. »

D. Autres sources de réassurance

En dehors de la séniorisation, les internes ont également recours à différentes méthodes pour se rassurer et faire face à leurs incertitudes et difficultés.

1. Organisation personnelle

Afin de faire face à des situations dans lesquelles ils ne se sentaient pas à l'aise, les internes ont recours à différents moyens relevant de l'organisation personnelle.

Le recours à une tierce personne, en dehors du médecin référent, a été évoqué.

E2 : « Et t'as un co-interne, ça c'est bien, comme ça tu peux discuter, si tu te poses des questions ou juste pour confirmer ta prise en charge. »

E5 : « Je travaillais beaucoup plus avec les paramédicaux, ils sont habitués, ils ont de l'expérience, ils peuvent vraiment t'aider à débloquer des situations. »

Certains s'organisent dans leur pensée et leur travail pour avoir recours le moins souvent possible à leur médecin sénior.

E5 : « J'essayais d'anticiper au maximum tous les examens complémentaires, les soins qu'on allait pouvoir faire, etc., j'essayais d'anticiper le plus possible pour que ça soit le plus fluide possible. »

Différentes plateformes et médias permettent à l'interne de garde d'accéder à des données médicales et scientifiques, afin de l'orienter dans sa prise en charge.

E4 : « Je savais pas le faire donc je suis allé voir une vidéo sur internet. »

E2 : « Je prends toujours mon bouquin Urg de Garde, je l'ai sous le coude au cas où. »

E6 : « J'ai dû ressortir mes cours en pleine nuit. »

E9 : « J'ai un truc depuis le milieu du semestre, deux ou trois applications sur mon téléphone hyper claires, pour les posologies, des arbres de décision sur les situations les plus courantes, parfois ça me sort de mauvais pas, et puis c'est rassurant parfois d'aller checker quand t'as un petit doute. »

2. Soutien externe

Dans des situations de mise en difficulté, les internes de garde ont besoin de soutien psychologique, d'une personne tierce à qui se confier et qui puisse les encourager. Cette personne peut être un collègue, un supérieur, un proche, etc.

E2 : « Et t'as un co-interne, ça c'est bien, comme ça tu peux discuter, si tu te poses des questions ou juste pour confirmer ta prise en charge, même si ce qu'il va te dire t'en as rien à foutre, au moins il y a quelqu'un qui a écouté. »

E4 : « D'ailleurs le lendemain j'ai eu besoin d'en parler à ma copine, j'étais marqué, fallait que j'évacue. »

E. Importance du cadre de la garde dans le ressenti

Les paramètres de réalisation de la garde aux urgences sont multiples et variables. Ils dépendent de l'individu qui réalise la garde, du lieu et de l'équipe de garde du jour, de l'organisation du service, des tâches attribuées à l'interne, des patients pris en charge. Selon leur configuration, une même garde peut être vécue de façon diamétralement opposée par l'interne.

1. Connaissance ou non du cadre de travail

La connaissance du cadre de travail, le service des urgences dans lequel la garde est réalisée, est rapporté par les sujets interrogés comme étant un facteur facilitant le bon vécu de la garde. Plusieurs gardes sont nécessaires pour prendre ses marques s'habituer à un nouveau lieu de gardes.

E2 : « Là ma dernière garde c'est seulement la deuxième à cet endroit, t'as pas le temps de t'habituer, souvent les premières à un endroit sont un peu chiantes. »

E12 : « Pour que ça roule bien il faut connaître le service, l'organisation, le logiciel, les procédures etc., et bien sûr le personnel soignant. »

La mauvaise connaissance du cadre de travail occasionne également une dégradation de la qualité du travail de l'interne, une perte de temps.

E7 : « On passe plein de temps sur des trucs pratico-pratiques de prescriptions, etc. »

Le simple fait de méconnaître les lieux et des équipes amène chez certains un stress, une anxiété anticipatoire avant même le début de la garde.

E3 : « Ne pas connaître l'équipe, c'est vraiment plus stressant. »

E2 : « Mais si je connais pas trop le lieu du stage, [...] je suis stressée, je dors pas très bien la nuit d'avant, [...] j'y vais en traînant les pieds. »

Une importante distinction existe entre la réalisation de gardes aux urgences pendant le semestre réalisé dans le service d'urgences, et les gardes réalisées lors d'un stage en service d'hospitalisation conventionnelle.

E3 : « Les gardes quand tu es interne aux urgences, du coup tu connais l'équipe, c'est comme aller en stage, du coup c'est beaucoup moins stressant que les services de garde où t'es en stage dans les étages, du coup tu dois descendre, tu connais personne, tu connais pas les locaux. »

E7 : « Parfois on nous explique pas bien, quand on vient des étages surtout, comment ça se passe. »

La motivation n'est pas non plus au même niveau selon que l'interne réalise son stage ou non dans le service d'urgences.

E9 : « Le ressenti était assez différent quand j'étais en stage aux urgences parce que je connaissais bien les chefs, je m'entendais bien avec eux, j'étais investi dans le service, alors qu'en médecine adulte je m'en fichais complètement. »

E10 : « Je viens d'en faire une alors que je suis plus en stage aux urgences, et je trouve que c'est beaucoup moins motivant d'y aller quand t'es pas en stage aux urgences. »

2. Influence de l'équipe soignante

Le travail dans un service d'urgence s'effectue en équipe, avec plusieurs corps de métiers s'articulant autour de la prise en charge du patient. Les stages d'internat de médecine ayant une durée de six mois, l'interne de garde est souvent le dernier arrivé dans une équipe qui se connaît bien et qui a ses habitudes de fonctionnement.

La qualité de la relation tissée avec l'équipe et l'organisation adoptée dans le travail d'équipe ont un retentissement important sur le bon vécu de la garde par l'interne. On retrouve chez certains la crainte d'avoir à travailler avec une équipe non-appréciée, pouvant compromettre l'ensemble de la garde.

E9 : « Une mauvaise équipe ça te bloque tellement fort que ça peut te ruiner ta garde. »

a) Relationnel

La bonne ambiance entre membres de l'équipe soignante a été citée à de nombreuses reprises au cours des entretiens comme un facteur majeur au bon déroulement d'une garde aux urgences. L'interne doit alors faire l'effort de s'intégrer à une équipe déjà en place

E2 : « *[Pour une garde idéale il faut]* une équipe aussi qui est sympa et contente d'être là. »

E10 : « Je trouve ça sympa de prendre cinq minutes pour discuter un peu avec les collègues. »

E11 : « Ce que je voulais c'était retrouver l'équipe, même si on bossait bien c'était top, bonne dynamique de groupe, super. [...] c'est vraiment uniquement en fonction de l'ambiance, si t'es avec des chefs avec qui tu t'entends bien, ça travaille bien ça rigole bien, du coup tu passes des super bons moments. »

E12 : « Bien sûr le personnel soignant, il faut que ça roule bien avec tout le monde, c'est même bien quand c'est décontracté, que ça taquine un peu, ça met une bonne ambiance. »

E7 : « *[Les meilleures gardes]* C'est quand j'avais une équipe agréable, [...] des chefs et des parameds sympas. »

E5 : « *[La nuit en garde]* on a un contact avec les autres professionnels qui n'est pas du tout le même qu'en journée. En général c'est des équipes plus petites et souvent plus soudées, on a souvent aussi plus le temps qu'en journée, de discuter, faire un petit repas avec ses chefs alors qu'en journée chacun mange en décalé. »

E11 : « C'est à nous de faire notre trou, eux ils sont déjà là depuis longtemps, donc forcément c'est à nous d'aller vers eux. »

La relation de confiance est importante à instaurer entre l'interne et les membres de l'équipe en place, pour permettre un meilleur déroulement des gardes.

E11 : « Le plus important c'est la confiance, quand l'équipe infirmière te fait confiance tout se déroule mieux, de l'ASH à la cadre. »

Des relations plus tendues avec les membres de l'équipe soumettent l'interne de garde à une pression supplémentaire.

E6 : « Avec l'infirmière qui me mettait la pression devant le bureau. »

La présence d'un autre interne pendant la garde est souvent appréciée.

E2 : « *[A propos de la garde idéale]* Tu as un co-interne, ça c'est bien, comme ça tu peux discuter. »

E4 : « Je trouve ça bien quand on est plusieurs internes. »

E10 : « C'est toujours cool d'avoir un co-interne, j'ai besoin qu'il y ait une ambiance cool même si ça bosse dur, pouvoir rigoler un peu. »

b) Organisationnel

L'organisation du travail en équipe est variable d'un service à un autre, une bonne organisation est appréciée par les internes interrogés, avec par exemple une organisation en équipes fixes avec une sectorisation du travail.

E5 : « Il faut avoir des organisations en équipes fixes avec un chef, un interne, un externe, une équipe paraméd, et avec plusieurs équipes distinctes. Par exemple, c'était le cas dans [tel hôpital], il y avait autant d'équipes, et on prenait trois patients à la fois, et une fois qu'on avait vu trois patients c'est la deuxième équipe qui voyait trois patients, et en fait ça permettait de voir ses patients tranquillement sans se dire il y a d'autres patients qui arrivent, pouvoir les gérer, les faire sortir, etc. Ça c'était assez agréable. »

L'équipe paramédicale peut être amenée à prendre des initiatives et une certaine autonomie dans la prise en charge des patients, ce qui déleste l'interne de garde d'une partie de sa charge de travail.

E3 : « Une équipe infirmière compétente, qui anticipe pas mal de choses, c'est vrai que quand ils font des bilans un peu avant, des ECG, de pas devoir tout leur dire "fais ci, fais ça", c'est quand même assez cool. »

Toutefois, il a également été rapporté qu'une organisation avec une stricte démarcation des rôles de chacun était plus facile à gérer.

E5 : « Une bonne gestion de l'équipe, c'est-à-dire chaque personne a ses missions et on déborde pas de ses missions. »

3. Patients

Le patient est au cœur du travail fourni aux urgences. Selon la gravité des pathologies prises en charge, ce travail peut être plus ou moins fastidieux pour l'interne.

E1 : « Le jour où j'ai été confrontée à des patients très graves, où il y a eu des morts, des transferts en déchocage ou en réa, j'en garde un mauvais souvenir. »

E10 : « *[A propos des gardes qui se sont mal passées]* C'est surtout à cause des patients. Quand ils sont trop lourds, ou que tu sais pas quoi en faire... »

Devant certains patients dont la prise en charge est jugée difficile ou compliquée, la situation peut ainsi sembler inextricable pour l'interne.

E11 : « Je savais pas quoi faire de mes patients, j'avais 4-5 patients difficiles, aucun de cadrés, t'es pas à l'aise, tu peux pas profiter parce-que tu sais pas trop où tu vas, tu regardes les bilans, tu te tâtes, tu sais pas trop... »

E10 : « Les boulets que tu traînes sans pouvoir t'en débarrasser entre guillemets, ça me pèse à mort. »

La relation avec les patients et leur entourage est parfois conflictuelle, apportant une dimension de complexité et de pression supplémentaire à gérer pour l'interne.

E9 : « Je suis tombé sur un patient insupportable que j'arrivais pas à faire sortir, c'était plus la famille d'ailleurs qui était compliquée à gérer, le patient voulait juste partir donc tout allait bien. »

4. Affluence

L'afflux de patients peut varier dans de grandes proportions entre deux gardes, avec même au cours d'une même garde des périodes de plus ou moins forte affluence. Les sujets interrogés rapportent être impactés par cette affluence, à la fois dans leur travail et dans leur perception de la garde.

a) Répercussions sur le travail

Les internes rapportent spontanément le confort de travailler dans une affluence modérée, ce qui leur permet de prendre le temps de travailler correctement, chose difficile en période de forte affluence.

E6 : « Il y a deux façons qu'une garde se passe super bien. La première c'est qu'il y ait très peu de monde. »

E9 : « Comme c'était super calme, j'ai pu prendre mon temps avec mes patients. »

E1 : « Du monde, du monde, [...] on prend pas le temps qu'on voudrait pour examiner et réfléchir. »

A plusieurs reprises néanmoins, les sujets interrogés ont souligné le besoin d'une affluence minimale, permettant de maintenir un certain niveau d'occupation.

E2 : « Un flux de patients qui te permet de travailler toute la nuit pour pas avoir rien à faire. »

E7 : « Une garde avec un peu de personnes en continu, [...] du monde mais pas trop. »

E9 : « Faut pas non plus que t'aies rien sinon tu t'ennuies trop et dès que quelqu'un arrive t'as pas du tout envie. »

E12 : « Il faut un petit flux tranquille, sans que les gens poireautent des heures, mais quand même un peu de travail sinon c'est très long. »

b) Répercussions sur le ressenti

Au-delà d'un confort de travail, l'afflux de patients a des conséquences importantes sur le vécu de la garde par les internes. Avant même le début de la garde, certains s'enquêtent de l'affluence pour savoir à quoi s'attendre pour la première partie de leur garde.

E1 : « On vérifie le tableau, voir s'il y a du monde, tout ça, c'est de l'anxiété et de l'appréhension, savoir comment ça va se passer, à quelle sauce on va être mangé. »

Lorsque l'afflux de patients est particulièrement important, l'interne de garde peut se sentir débordé, sous pression, avoir une impression de charge de travail insurmontable.

E9 : « Ça m'a mis souvent mal, le gros afflux de patients. Ça donne l'impression qu'on s'en sortira jamais. »

E1 : « La pression aussi bien du flux des urgences, du monde, du monde. »

E7 : « L'affluence ça joue quand même pas mal, quand t'es débordé, la garde devient dure. »

La pression vient également parfois de l'équipe soignante, qui souhaite que l'interne accélère ses prises en charge pour absorber l'afflux important de patients.

E1 : « La pression des médicaux et paramédicaux vis-à-vis des patients en attente, c'est-à-dire il faut aller plus vite, il faut faire sortir les patients, il faut en voir plus, il faut en voir plus, là où on n'a pas forcément toutes les capacités de le faire, la sensation de capacité en tout cas. »

La pression peut enfin venir des patients, ne supportant pas l'attente allongée par l'affluence importante.

E7 : « Ça m'est arrivé d'avoir des patients un peu tendus avec l'attente et tout. »

5. Modalités pratiques de la garde

L'organisation du service et de l'hôpital dans lequel l'interne prend sa garde influe sur le bon déroulé de celle-ci. Des locaux de qualité avec un agencement adapté permettent d'éviter des situations difficiles.

E7 : « Où les box ne débordent pas avec des gens partout dans le tri et où c'est l'enfer. »

E12 : « Il y avait des gens dans tous les coins, on mettait les gens dans les couloirs ils t'interpellent tout le temps. »

Un autre motif d'inquiétude pour les internes de garde est l'absence de places d'hospitalisation d'aval pour les patients dont ils s'occupent aux urgences, les plaçant en situation désagréable de devoir prendre une décision non-optimale.

E10 : « Parfois y'a des situations infernales où t'as ton patient sur les bras et tu sais pas quoi en foutre parce-que y'a aucune place, tu le renvoies chez lui alors qu'il devrait être hospitalisé ou tu l'hospitalise n'importe-où, c'est un des pires trucs pour moi. »

E12 : « L'hôpital était archiplein, les box étaient bourrés de patients qu'il fallait hospitaliser, [...] avoir beaucoup de places d'hospitalisation, ça t'évite pas mal de situations désagréables, ça te retire un poids énorme. »

Dans certains services, l'interne de garde doit lorsqu'il débute sa garde récupérer des patients dont un médecin qui termine sa journée de travail a déjà débuté la prise en charge. Cette tâche est particulièrement redoutée par les internes, qui manquent de confiance dans les informations transmises, et se retrouvent perdus dans une prise en charge dont ils ne maîtrisent pas le déroulement.

E1 : « D'abord j'arrive en garde il y a toutes les transmissions, moi là c'est un moment anxiogène parce-qu'on me fait beaucoup de transmissions, des patients que je connais pas, moi je fais pas confiance forcément, enfin j'ai besoin en tout cas de revoir tous les dossiers dans leur intégralité. »

E9 : « Je déteste relever les patients de l'interne de la journée, tu maîtrises pas bien ce qu'il a fait, tu connais mal le patient, t'es perdu dans la prise en charge. »

E11 : « *[A propos de la garde idéale]* Pas avoir beaucoup de relèves parce-que c'est compliqué. Tu démarres toujours un peu moins bien avec des relèves difficiles. »

E12 : « Pas de relève, c'est super dur à gérer les patients que tu connais pas. »

Selon le lieu de garde, l'interne de garde aux urgences peut se voir attribuer la responsabilité des patients hospitalisés dans les étages, et doit être joignable à tout moment par les infirmières desdits services en cas de besoin. Si certains internes redoutent cette responsabilité, d'autres apprécient le fait de pouvoir varier leur activité.

E9 : « Pas de téléphone des étages, ça aussi je déteste vraiment. [...] Ça m'a hanté à chaque sonnerie. Je pouvais même pas dormir au début juste parce-que je savais que j'avais le téléphone d'étage. »

E12 : « Les appels des étages moi j'aime bien, ça fait couper un peu, mais c'est aussi parce-que j'ai jamais eu de truc très grave. »

F. Rythme de travail

Le travail en garde aux urgences, s'il est de même nature que le travail aux urgences en journée, impose un rythme de travail inhabituel. Travail nocturne, enchaînement de nombreuses heures de travail, sont des facteurs à même de déstabiliser l'interne de garde.

1. Rythme pendant la garde

La garde aux urgences impliquent souvent une période de travail continue de vingt-quatre heures, ce que la majorité des sujets interrogés dénonce comme des conditions de travail difficiles, sur les plans physique, moral, intellectuel. Cette difficulté est retrouvée tant pour les gardes de 24h aux urgences que pour l'enchaînement d'une garde après une journée passée en service conventionnel.

E1 : « Les conditions idéales donc ça serait pas des 24h parce-que je trouve que c'est inhumain et on est fatigués, on peut faire des erreurs. »

E2 : « Les 24h maintenant c'est une purge. Quand tu passes la nuit tu vois les heures et tu vois que ça avance, alors que 24h tu vois les heures mais si tu comptes ce qui te reste c'est plus désespérant qu'autre chose. »

E6 : « Les pires moments, c'est quand il est 16h-17h, t'es déjà fatigué, tu sais que t'as encore 16h à assurer derrière. [...] Tu peux pas bien travailler 24h. »

E8 : « C'est vraiment les 24h d'affilée que je trouve compliquées. »

E12 : « Si tu fais 24h, ou même un samedi, c'est beaucoup trop long, impossible d'être bien concentré aussi longtemps. »

E3 : « *[C'est difficile]* de repartir le soir après ta journée, pour passer la nuit aux urgences. »

E7 : « Ça dépend aussi de la journée qu'on a eu avant. »

E9 : « *[A propos de la garde idéale]* Ne pas enchaîner 24h de boulot avec le service avant. »

Une solution proposée par les internes interrogés est d'avoir un temps de repos avant de débiter leur garde.

E3 : « Début de la garde à 20h, comme ça t'as le temps de manger avant. »

E4 : « Quand je suis passé à [tel hôpital] c'était début à 20h, je trouve que déjà c'est beaucoup plus adapté. On arrive, on a mangé, on est plus en forme, on a eu 1h30 pour couper après le service. »

E9 : « Pouvoir avoir au moins 2h entre [la journée de service et la garde] pour pouvoir se reposer un peu. »

La possibilité d'entrecouper la garde de plages de pauses permettrait également de la rendre plus facile à supporter.

E12 : « Qu'on puisse avoir des vraies pauses, là en règle générale tu prends quoi, maximum 30min pour bouffer un truc généralement pas bon dans une pièce sans fenêtres au milieu des urgences, sur toute la durée de la garde c'est pas du tout assez, moi j'ai besoin d'une vraie coupure genre 30min toutes les 2h, prendre l'air, se poser un peu. »

Certains internes rapportent leur difficulté à appréhender le travail de nuit, qui représente pour eux un obstacle majeur en comparaison avec le travail aux urgences en journée.

E7 : « En fait si ça pouvait être que la journée... Moi c'est vraiment le fait que ça soit la nuit qui me dérange, plus le rythme de boulot que le boulot en lui-même. »

E9 : « La nuit je suis un peu automatique, trop fatigué pour être dans l'apprentissage. »

E12 : « Pourquoi pas retravailler aux urgences, mais en journée seulement, parce que ça me plaît pas mal, c'est méga formateur, c'est juste les gardes qui me bloquent. »

E1 : « A 8h30 on sait qu'on a la journée et moi ce qui me fait vraiment peur c'est la nuit. »

E9 : « Pour le côté formation, je trouve que la nuit je sers à rien. [...] Mais ça c'est vraiment spécifique à la nuit, la journée je ressens pas du tout ça. »

E12 : « Il y a vraiment une différence entre les urgences le jour et la nuit dans la façon d'appréhender, vraiment une journée ça passe tout seul, mais si tu me parles d'une nuit ou pire de 24h là c'est plutôt un sentiment désagréable au global. »

2. Gestion du sommeil pendant la garde

Le travail de nuit implique une perturbation du rythme de sommeil circadien, et provoque une fatigue au cours de la garde, avec un retentissement sur la qualité du travail fourni.

E3 : « Un petit coup de mou vers 1h-2h du matin où tu commences à dire bon, j'irais bien me coucher. »

E8 : « A 6h j'ai envie de pleurer tellement je suis fatiguée. »

E1 : « A partir d'une certaine heure, je pense qu'il y a un phénomène de fatigue, la vigilance est diminuée, les facultés cognitives le sont également je pense. »

Lorsque la situation le permet, il est parfois possible de dormir quelques instants à tour de rôle pendant la garde. Pour certains, il s'agit d'un élément important au bon déroulement de la garde, permettant de relâcher la pression

E1 : « Si on peut dormir 1h30 ça nous fait un petit cycle de sommeil c'est quand même beaucoup mieux. »

E3 : « *[A propos de la garde idéale]* Pouvoir couper avec les chefs et les internes, pouvoir aller se coucher quand y'a plus beaucoup de monde et que ça commence à se calmer. »

E8 : « *[A propos de la garde idéale]* Tu peux un peu dormir quand même, même s'il y a du monde dormir 2h c'est un minimum. »

E12 : « *[Quand]* tu peux dormir beaucoup ça c'est le must, genre couché à 2h et levé 8h. »

E9 : « Quand on a coupé je savais que j'avais fini et j'ai pu me détendre un peu. »

Pour d'autre, si la garde se déroule bien, le sommeil n'est pas un élément primordial.

E8 : « Même s'il y a du monde, tant que t'as un bon chef c'est pas grave de pas dormir. »

E11 : « Même quand c'était mon tour j'allais pas dormir, je restais avec l'équipe infirmière et on tapait la discute, on rigolait, on partageait. »

E12 : « Une de mes meilleures gardes j'avais bossé non-stop mais j'avais déroulé. [...] C'est plutôt cette garde que je garde en mémoire que des gardes pépères. »

Cette période de sommeil peut même devenir une source d'appréhension, notamment à cause de la solitude quand les autres médecins partent dormir.

E1 : « Qui dit dormir dit couper et dit les chefs dorment, et donc me retrouver toute seule. [...] Un autre pallier dans l'anxiété c'est l'autre co-interne va se coucher et là je suis vraiment le médecin des urgences réveillé, et s'il y a une urgence vitale, quelque-chose, c'est moi qui dois sauter dessus la première. »

Les quelques heures de sommeil obtenues pendant la garde sont souvent de mauvaise qualité, car il est difficile pour l'interne d'avoir l'esprit complètement tranquille.

E10 : « Au moment où on coupe *[je pense à la suite de la garde]*, au point que je rêve de trucs improbables, ça m'angoisse complètement, je dors super mal. »

3. Fréquence des gardes

La fréquence des gardes est prépondérante dans leur acceptabilité par les internes, qui ne rechignent pas à cet exercice tant qu'il n'est pas répété trop régulièrement.

E2 : « Si on en a une par semaine, ce qui est finalement le quota normal de gardes, comme je mets une semaine à m'en remettre physiquement avec l'âge, c'est un peu chiant. »

E3 : « C'est pas un problème que ça soit obligatoire, en tout cas jusqu'à deux-trois gardes max par mois, plus ça serait plus embêtant. »

E7 : « J'ai eu des stages où j'en faisais presque pas donc je me disais c'est pas grave, et d'autres où j'en faisais beaucoup et où du coup ça devient rude. »

E9 : « Ça dépend aussi du nombre de gardes qu'on t'impose. Une par semaine c'est beaucoup, surtout quand t'as un stage où t'es là tous les jours. Deux par mois par exemple je trouve ça honnête. »

La répétition de gardes à fréquence élevée permet toutefois de s'habituer au rythme et à la tâche.

E8 : « Quand j'étais aux urgences et que j'en faisais souvent ça allait, mais là je commence à en avoir marre. »

Pour rappel, les internes interrogés pour cette étude ont déclaré avoir réalisé en moyenne 18,5 gardes par semestre, soit 3 gardes par mois, avec des extrêmes allant de 7,5 gardes par semestre (1 garde par mois) à 50 gardes par semestre (8 gardes par mois).

G. Une grande variété de nuances dans le ressenti des gardes et leurs répercussions

1. Répercussions psychologiques des gardes

a) Avant la garde

i. Anxiété anticipatoire

L'approche d'une garde aux urgences donne lieu chez de nombreux internes à une anxiété anticipatoire. Cette anxiété peut se fixer sur différents objets : appréhension de situations difficiles à gérer, peur de l'inconnu, ou bien être une anxiété générale sans objet précis.

E1 : « Ça a un rôle aussi sur ma vie privée parce-que j'ai peur avant. »

E10 : « Je suis complètement dans l'interrogation de savoir comment ça va se passer. [...] Je pense toujours aux cas que je peux avoir, aux situations, ça me le fait avant chaque garde, pour le premier patient je me dis sur quelle merde je vais tomber. J'espère que je vais pas avoir un patient sur lequel je vais buter et rester empêtré toute la soirée. »

E12 : « Je pense que j'anticipe pas mal de trucs désagréables. »

Chez certains, cette appréhension peut s'exprimer plusieurs jours avant la garde.

E1 : « Plusieurs jours à l'avance une anticipation, je sais que tel jour je suis de garde donc j'appréhende. »

E9 : « Moi ça me déprime, ça me lessive, y'a un vrai impact. Plusieurs jours avant même. »

E12 : « Faut pas que j'y pense trop, genre même la veille ça peut me mettre mal de savoir que je suis de garde le lendemain. »

Le niveau d'angoisse et d'appréhension peut aller jusqu'à perturber le sommeil des internes avant leur garde, occasionnant un état de fatigue physique et psychologique avant même le début de leur garde.

E1 : « On se lève en se disant qu'on est parti pour 24h, donc une espèce de fatigue anticipatoire, est-ce que c'est la fatigue liée au stress qui nous bouffe un peu d'énergie et qui fait qu'on est fatigué, est-ce que c'est la fatigue de se dire qu'on va pas dormir pendant 24h... [...] souvent la nuit d'avant il y a des insomnies, en tout cas un sommeil qui est moins bon que d'habitude. »

E6 : « Les premières aux urgences c'était horrible j'étais hyper stressé, je dormais 3-4h avant d'aller faire ma garde de 24h. »

L'état d'esprit pré-garde dépend de la teneur des gardes précédentes. On observe malgré tout une évolution globale allant vers la diminution de l'appréhension et la prise de confiance à mesure de la progression de l'interne. L'appréhension peut alors laisser place au plaisir d'aller en garde.

E1 : « Ça dépend à chaque fois souvent de la dernière garde, quand ma dernière garde s'est mal passée, celle d'après je l'appréhende énormément, en me disant s'il se repasse ça voilà, en fait j'ai une perte de confiance, inversement si la garde d'avant se passe bien, j'y vais plus confiante en me disant bon, c'est une garde comme une autre, ça s'est bien passé la dernière fois, y'a pas de raison. »

E6 : « Les dernières du semestre tu commences à te détendre et ça va mieux. [...] Je trouve que tu prends confiance au fur et à mesure du semestre. »

E10 : « C'est sûr que j'appréhendais moins la dernière garde que la première. »

Pour certains, cette anticipation et cet état d'esprit pessimiste compromet l'ensemble de la garde à venir.

E9 : « Je pense qu'il y avait une espèce d'effet psychologique où je partais d'office avec l'idée que je voulais pas faire la garde, et ça me plombait tout. »

ii. Autres conséquences

Chez certains internes, c'est le manque de motivation qui prédomine avant la garde. Certains cherchent à éviter d'avoir à effectuer leur garde, en essayant de la transmettre à un autre interne.

E3 : « Toujours un peu saoulant d'aller en garde. »

E9 : « Ça m'évoque aussi ma fuite des gardes de *[tel hôpital]*, [...] j'essaie de la refile à quelqu'un, parfois jusqu'au dernier moment. Ça m'est arrivé même le jour même, quitte à la revendre. »

E4 : « Parfois j'ai pas trop envie parce-que ça prend la nuit, ça prend du temps, ça fatigue. [...] Plus on avance, plus j'ai cette flemme d'y aller, plus j'ai envie de les redonner à d'autres internes. »

A contrario, d'autres internes ont plaisir à se rendre en garde, et soulignent l'activité variée offerte par les gardes aux urgences par rapport à leur activité habituelle.

E2 : « Quand c'est vraiment un endroit que j'aime bien, que j'ai vu avec quel chef j'étais et que c'est un chef sympa, éventuellement si même j'ai un co-interne sympa, je peux être contente d'aller en garde. »

E4 : « Je suis plutôt content d'aller en garde parce-que ça change, [...] par rapport au service où je suis-je vais faire des prises en charge différentes, un peu plus tout venant. »

b) Pendant la garde

Chez la grande majorité des internes présentant une anxiété anticipatoire, cette dernière se révèle disproportionnée par rapport à la réalité des faits, les différents motifs d'appréhension ne se vérifient pas une fois la garde commencée.

E2 : « En général c'est pas si terrible. »

E6 : « Une fois que t'es parti je trouve que t'es dedans, t'as plus aucun sentiment, t'es dans ton truc. »

E7 : « Souvent au début t'as pas trop le courage, et puis une fois que t'es dedans ça va. »

E9 : « La réalité c'est que j'avais beaucoup d'a priori avant la garde alors qu'à chaque fois ça se passait bien. [...] J'en avais conscience, je savais que ça allait bien se passer, mais j'avais quand même la boule au ventre. »

E10 : « Une heure avant la garde ça me fait chier au plus haut point, mais quand j'y arrive finalement je suis globalement content d'y être. J'y vais à reculons mais ensuite c'est cool. »

E12 : « Je pense que j'anticipe pas mal de trucs désagréables qui se produisent pas, donc c'est toujours mieux que ce que j'appréhende. »

Quel que soit l'état d'esprit de l'interne avant d'entamer sa garde, il évolue le plus souvent favorablement une fois celle-ci commencée, avec de multiples motifs de satisfaction : travail intéressant, plaisir de travailler dans de bonnes conditions, autonomie, satisfaction des patients, etc.

E7 : « La garde en elle-même, parfois c'est intéressant. »

E10 : « Je me suis débrouillé tout seul, ça m'a vraiment marqué. En fait moi ce que j'aime bien c'est quand tu prends tout en charge de A à Z, par exemple tu prends un infarctus et tu peux tout déclencher, mettre les traitements, et ensuite juste avvertir ton chef sans avoir besoin qu'il t'aide. »

E10 : « Le mec était super content. [...] La reconnaissance des patients aussi, c'est vraiment agréable. »

Pour les internes manquant de motivation, les cas de figure varient. Ce manque de motivation peut s'estomper comme persister tout au long de la garde, et retentir sur la qualité du travail fourni.

E9 : « Souvent ma flemme passe assez vite, mais sur quelques gardes que je voulais vraiment pas faire, que j'essayais de refiler jusqu'au bout, vraiment j'arrivais pas à me motiver, je me forçais pas, je trouvais moi-même que j'abusais un peu. »

L'appréhension ne disparaît pas totalement pendant la garde, et peut refaire surface au milieu de celle-ci à propos de la suite des événements à venir.

E10 : « Au moment où on coupe, je me mets à penser à mon quart et à nouveau je me demande ce qui va pouvoir me tomber dessus, je m'imagine des trucs impossibles à défaire, comme un deuxième début de garde au milieu de la nuit. »

c) Dans les suites immédiates de la garde

En sortie de garde, les internes évoquent des sentiments mêlés et mitigés.

Chez certains, c'est le soulagement qui prédomine, dénotant une certaine tension interne persistant jusqu'à la fin de la garde

E1 : « Je ressens un soulagement si la garde s'est bien passée, un énorme soulagement, ça y est c'est fini. »

E3 : « Je me sens libéré. »

E9 : « Ça me rappelle une sortie de garde en hiver, où du coup tu vois pas le jour pendant toute la nuit, et en sortant de l'hôpital j'ai vu un rayon de soleil, et moi j'aime beaucoup les jeux vidéo et ça m'a rappelé les jeux d'horreur qui se passent sur une nuit et le matin c'est quand t'as survécu et que t'as gagné. »

E12 : « A partir du moment où il reste 30min je sais que je vais refiler la responsabilité à quelqu'un d'autre c'est vraiment un soulagement. »

Pour beaucoup d'internes, on retrouve un sentiment de bien-être pouvant toucher à l'euphorie.

E2 : « En général je suis up, j'arrive pas à dormir. »

E3 : « On se sent bien, un peu comme quand on a fait du sport. »

E6 : « Emotionnellement souvent t'es content, tu conduis en sortant de ta garde dans le soleil, limite euphorique, t'as un sentiment de liberté, la journée commence, les autres vont travailler et moi j'ai fini. »

E9 : « Je suis trop heureux d'être en repos. [...] Rien que prendre une douche, te faire un bon plat et dormir, les plaisirs simples de la vie qui prennent une autre ampleur en repos de garde. »

Dans certaines situations, l'euphorie laisse place à des doutes et des questionnements sur les évènements qui ont eu lieu pendant la garde.

E1 : « Si la garde s'est moins bien passée, je peux sortir avec des doutes, des... pas des reviviscences mais des questionnements, est-ce que j'aurais dû faire ça, est-ce que j'ai bien prescrit, j'ai pas vérifié. »

E2 : « Soit il y a un truc qui m'a dérangé sur ma garde, un loupé ou un truc sur lequel je reste, et du coup je suis pas trop satisfaite. »

E6 : « Il y a toujours une garde sur cinq ou six où je me dis est-ce que j'ai pas fait de la merde avec tel ou tel truc, où t'harcèles tes co-internes de messages pour savoir comment ça a fini. »

Majoritairement toutefois, les internes sortant de garde sont satisfaits de leur travail, qu'ils considèrent le plus souvent comme bien fait. On retrouve également chez certains un sentiment d'utilité, un investissement dans la mission de continuité de soins.

E2 : « Je suis satisfaite de ma garde et du coup j'ai un sentiment d'accomplissement. »

E4 : « Les meilleures gardes pour moi c'était quand à la fin de la garde j'avais eu des belles prises en charge, j'avais su gérer pas mal de choses tout seul, où j'étais fier et satisfait de mon travail. »

E10 : « J'ai eu un patient qui avait un vertige paroxystique bénin, et comme j'étais passé en ORL en tant qu'externe je connaissais la manœuvre, le mec est arrivé complètement en vrac et j'ai fait la manœuvre et c'était réglé. Donc j'étais hyper satisfait. »

E11 : « Tu vois des trucs importants aux urgences, parfois tu sauves des vies, tu gères des vrais cas, ça fait super plaisir, t'es fier de toi. »

E10 : « Sur le plan personnel je trouve ça très gratifiant, t'as l'impression d'avoir été utile. »

d) A long terme

Sur la continuité, les internes interrogés rapportent une forte amélioration de leurs compétences liée à leur travail en garde, ainsi qu'une importante prise de confiance en eux. Les progrès se constatent dans plusieurs domaines, et mènent à une autonomisation de l'interne pendant la garde

E1 : « D'un point de vue général, il y a quand même une courbe qui va vers la prise de confiance. »

E5 : « Plus serein maintenant [...] sur la gestion de l'urgence et la gestion du patient. Et aussi la communication avec les autres professionnels. »

E7 : « Ça se passe mieux avec l'âge, on gère mieux, on sait comment ça fonctionne, ce qu'on attend de nous. On est beaucoup plus à l'aise dans notre boulot. »

E8 : « On est plus à l'aise pour gérer l'imprévu. »

E10 : « Je sens que je suis compétent et que je progresse. »

E11 : « Dans les dernières gardes j'étais hyper à l'aise, limite j'avais plus besoin de prendre d'avis. »

E12 : « Je me sentais ultra en confiance dans ce que je faisais. »

La répétition des gardes permet aux internes de se sentir plus à l'aise dans ce mode d'exercice. A l'inverse, un sentiment de régression peut apparaître avec le manque de pratique.

E12 : « Ça a été fulgurant pendant le semestre aux urgences, j'en ai fait beaucoup donc je suis passée de quasi rien à hyper à l'aise. Après [...] j'en ai fait moins, donc c'est plus dur, je pense que je suis moins à l'aise maintenant qu'à la fin de mes urgences. »

Un interne interrogé rapporte s'investir particulièrement dans les gardes, avec pour objectif de gérer sa problématique addictive.

E11 : « Avec le confinement tu peux vite tomber dans des mauvaises habitudes ou des addictions, moi c'était mon cas, et le taff c'était une délivrance pour plus rester là-dedans. [...] Le taff ça me permettait de penser et faire autre chose, [...] ça me canalise. »

e) Contexte particulier de la crise COVID-19

Les internes interrogés au cours de cette thèse ont travaillé aux urgences pendant le contexte particulier de la pandémie COVID-19, avec les périodes de confinement associées. Ce contexte a fait du travail en garde une opportunité de sociabilisation particulièrement appréciée.

E11 : « Avec le confinement ça m'a permis de voir plein de gens [...] c'est aussi un contexte particulier du COVID, si y'avait la vie normale j'aurais sûrement eu plus la flemme de faire des gardes. »

2. Répercussions des gardes sur le plan matériel

Les gardes aux urgences sont chronophages, et ont lieu pendant une période habituellement réservé au temps personnel. Cet empiètement sur le temps libre est vécu comme un inconvénient par certains internes.

E9 : « Quand c'est un week-end ça te bousille un moment qui aurait dû être chouette. »

E12 : « Ça me prive de trucs sympas les week-ends de garde. »

Les internes interrogés rapportent tirer de leurs gardes des bénéfices matériels de deux types : la rémunération et le temps de repos de garde.

a) Rémunération

Pour de nombreux internes, l'indemnité de garde est une motivation importante, voire une source de revenu indispensable.

E5 : « Les gardes ça permet de gagner des sous déjà, donc ça c'est le côté bien de la chose, parce-qu'avec le salaire de base on peut pas se permettre beaucoup de choses. »

E11 : « Financièrement pour un interne c'est ultra important, avec toutes les gardes que j'ai pris je faisais 3000€ de salaire. »

E12 : « Forcément ça fait des sous, perso j'ai pas les moyens de lâcher cent balles plus cent balles de paie pour ne pas faire une garde, à la fin quand tu vois la fiche de paie ça fait quand même plaisir. »

Néanmoins, ces émoluments sont parfois jugés insuffisants au regard de l'effort consenti.

E9 : « Je me dis est-ce que tant d'argent me vaut tant de souffrances, et à chaque fois la réponse est non, je préfère donner des sous et ne pas la faire. »

b) Temps libre en repos de garde

Les internes apprécient le temps de repos en sortie de garde, soit pour pouvoir rattraper leur dette de sommeil, soit pour vaquer à d'autres activités. Ce temps est particulièrement apprécié car considéré comme mérité après une nuit de travail.

E3 : « On sait qu'on a la journée pour pouvoir se poser chez soi tranquillement. »

E4 : « Y'a des gardes où on dort un peu plus que d'autres, où on peut faire des choses la journée, donc ça c'est toujours cool d'avoir le repos. »

E9 : « T'as l'esprit libéré, t'as une bonne raison de ne pas être productif et de pouvoir faire ce que tu veux. »

E10 : « J'ai la journée devant moi pour faire des trucs, généralement je vais pas me coucher, ou alors juste une petite sieste. Et puis il y a cette sensation d'avoir mérité ton repos, t'as bossé toute la nuit donc c'est pas volé. »

Pour d'autres internes, ce temps n'est pas exploitable, en raison de la fatigue accumulée pendant la garde.

E5 : « Pas vraiment-la possibilité de faire des trucs le lendemain je trouve, parce que si tu fais quelque-chose tu vas payer le coup sur les 2 journées d'après, et si tu fais rien et que tu dors, en général tu te lèves à 14h-15h et t'es juste épuisé, t'as flingué ta journée. »

E6 : « J'étais une grosse loque en revenant de mes gardes, je me couchais à 10h je me réveillais à 17h. »

3. Fatigue induite par les gardes

Le rythme de travail inhérent au garde et leurs répercussions psychologiques occasionnent une fatigue, avec laquelle il faut apprendre à composer. En sortie de garde, l'accumulation des heures de travail résulte en une importante fatigue, à la fois physique et psychique.

E1 : « Physiquement par contre c'est un épuisement des plus total. »

E4 : « La plupart du temps on dort pas beaucoup, on est épuisé, et en fait on rentre pour se coucher. »

E5 : « En général quand tu sors de garde aux urgences t'es quand même bien K.O. [...] quand une garde s'est mal passée y'a la fatigue plus la fatigue psychique qui se surajoute et ça peut être assez pesant. »

E6 : « T'es essoré. »

Cette fatigue est problématique pour les internes devant utiliser leur voiture, qui craignent la survenue d'un accident de la route, quand ils ne l'ont pas déjà vécu.

E1 : « A chaque fois j'ai peur de m'endormir sur le retour de garde, et je fais attention à ne pas m'endormir. Mais quand on dort zéro minute, le retour en voiture est compliqué. »

E8 : « Souvent j'évite de prendre la route. »

E12 : « J'ai déjà eu un accident de voiture en rentrant, pas grave mais je me suis assoupie une seconde et j'ai frotté un truc avec ma voiture, ça aurait pu m'arriver cinq minutes plus tôt j'étais sur l'autoroute. »

La fatigue accumulée en garde est prolongée pour beaucoup d'internes, et a un retentissement sur leur quotidien pendant plusieurs jours après la garde.

E1 : « Le travail de nuit me fatigue, les 24h me fatiguent énormément, je mets plusieurs jours à m'en remettre. »

E2 : « Pendant une semaine je suis pas bien, je dois me remettre de ma dette de sommeil. »

E7 : « Les gardes où on dort pas ça a vraiment un retentissement sur ma vie personnelle, je mets vraiment deux ou trois jours à m'en remettre, je trouve que c'est fatigant. »

Les gardes de week-end jouent également un rôle dans cette fatigue persistante, les internes se plaignant de l'absence de temps de repos sur une période prolongée.

E4 : « On enchaîne les semaines de travail sans avoir de week-end. »

E9 : « T'enchaînes deux semaines sans trop de repos tu finis sur les rotules. »

Cette fatigue va plutôt en s'aggravant à mesure de la progression dans l'internat.

E2 : « *[A propos de la fatigue prolongée]* Ça me faisait moins ça au début de mon internat. »

E8 : « Un peu plus fatiguée qu'avant je trouve. »

Pour faire face à ce phénomène, un interne a indiqué qu'une cure de sommeil dans les jours précédant la garde lui permettait d'anticiper au maximum la fatigue à venir.

E8 : « Il faut que je me couche tôt les jours d'avant, ça s'anticipe un peu. »

4. Amélioration des compétences

Un seul interne a rapporté un sentiment de peu de formation apportée par les gardes aux urgences.

E9 : « Pour le côté formation, je trouve que la nuit je sers à rien. [...] En fait j'ai vraiment l'impression de faire du tri, de pas vraiment aider les gens. »

Pour la majorité des sujets interrogés, les gardes aux urgences sont un lieu majeur de formation, d'acquisition de connaissances et de compétences utiles pour la pratique médicale à venir.

E1 : « Mine de rien les gardes certes c'est fatigant et tout ça mais ça peut être formateur, [...] on apprend énormément aux urgences. »

E5 : « C'est important pour justement se donner des armes pour plus tard, le jour où on a une grosse journée de consultation très usante et qu'on finit la journée tard, au final la fatigue physique et la fatigue psychique sera à peu près la même. »

E7 : « Au final même si on n'a pas le courage d'y aller ça reste super formateur, au fond de moi je me dis que même si j'ai pas envie on perdrait de la formation en n'y allant pas. »

E10 : « C'est enrichissant sur le plan des connaissances et de la pratique. [...] Ceux qui n'en font pas auraient un vrai trou dans leurs compétences, alors que c'est des trucs indispensables. »

Certaines de ces compétences sont acquises spécifiquement en garde aux urgences.

E5 : « C'est quelque chose qu'on pourra pas apprendre en cabinet de médecine générale, qu'on n'apprend pas forcément en journée aux urgences, et je trouve que la gestion de l'urgence, du stress, de la fatigue, savoir diagnostiquer, savoir parler au patient, dans un état de stress physique et psychique. »

E10 : « Tout médecin peut être confronté à une urgence et avoir à se débrouiller tout seul, et ça c'est vraiment en garde que tu l'apprends. »

5. Avis quant au caractère obligatoire des gardes

Pour la plupart des internes, si la garde n'est pas forcément un plaisir, elle fait partie intégrante du métier de médecin.

E3 : « Ça fait partie de notre rôle en tant qu'interne et médecin d'assurer la continuité des soins. »

E5 : « Je pense qu'à partir du moment où on évolue, même en tant que médecin généraliste, dans une permanence des soins, la garde en fait partie. »

E6 : « A un moment on a un devoir donc il faut y aller. »

E9 : « Ça fait partie du taff, même si c'est pas un plaisir y'a pas que des bons côtés et faut l'accepter. »

Le caractère contraignant de la garde peut mettre l'interne dans une mauvaise disposition psychologique, que l'on ne retrouverait peut-être pas si la garde était choisie.

E1 : « Le caractère obligatoire, je trouve que ça inclut un caractère de contrainte, peut-être que si c'était pas obligatoire j'irais moins la boule au ventre parce-que ça serait un choix d'apprendre, d'assurance, de prendre confiance, de me confronter à la médecine d'urgence, or là c'est une obligation donc qui est vécue plus comme un fardeau. »

Pour la grande majorité des internes interrogés, l'obligation de garde est nécessaire, car l'interne est indispensable au fonctionnement du service des urgences pour assurer la continuité des soins.

E1 : « Je pense que si ça n'était pas obligatoire les plannings ne seraient pas remplis, donc je ne pense pas que ça soit possible, parce-que les urgences ne peuvent pas tourner sans internes. »

E8 : « C'est aussi notre métier, on doit avoir la continuité des soins, c'est important d'en faire partie, ça poserait problème de ne pas avoir d'internes en garde. »

E11 : « Si on les rend pas obligatoire il n'y aura pas assez d'internes pour les faire. Après c'est une autre problématique, de savoir si c'est aux internes d'être indispensables. Mais en tout cas là c'est le cas, et si c'est pas obligatoire beaucoup en feront zéro, et actuellement sans internes les urgences ça marche pas. »

E12 : « Actuellement, même si ça devrait pas être comme ça, les urgences ont trop besoin des internes de garde pour faire tourner le truc. »

Une partie des internes avoue qu'ils prendraient moins de garde si leur caractère obligatoire était levé, et les internes volontaires en pâtiraient.

E1 : « Je ne dis pas que personne n'en prendrait mais je pense que les gens en prendraient à leur rythme, de manière stratégique, des dimanches qui paient plus cher, mais en tout cas les vendredis ou les samedis par exemple seraient peu ou pas remplis. »

E6 : « Si les gardes sont plus obligatoire tout le monde dira qu'il veut plus les faire et personne n'en fera. »

E7 : « Si c'était pas obligatoire on en ferait tous moins. »

E12 : « On peut pas faire autrement. Sinon moi la première j'en ferais zéro. »

E8 : « Si c'était facultatif les rares qui en prendraient en auraient beaucoup plus. »

De même, envisager des dérogations semble difficile dans l'optique de conserver une équité entre internes. Certains suggèrent que la permanence de soins devrait être assurée uniquement par les internes en stage aux urgences.

E4 : « Moi je trouve ça normal que ça soit obligatoire quand on est en stage aux urgences. »

E10 : « C'est délicat de pas être sur un pied d'égalité et de laisser des gens en prendre moins. »

L'obligation de réaliser des gardes permet aux internes de prendre goût à ce mode d'exercice.

E10 : « Je détestais ça, si ça avait pas été obligatoire je suis pas sûr que je me serais jeté dessus, alors que finalement j'y ai très vite pris goût. »

Enfin, l'obligation ne serait peut-être pas nécessaire si l'indemnité de garde était plus attractive pour les internes.

E12 : « Il faut une incitation financière plus importante si c'est facultatif, et là je pense que t'es même content d'y aller si c'est pour bien gagner ta vie. »

VII. DISCUSSION

A. Critique de l'étude

1. Forces

Les conditions de travail des internes de médecine sont un sujet d'actualité récurrent. Les médias font régulièrement écho des difficultés liées à ces conditions de travail, des revendications des syndicats d'internes, et du drame des trop fréquents suicides d'internes. La crise COVID-19 a mis en exergue ces difficultés, et les a mises en lumière au regard de la société.

Cette thèse, en s'intéressant au ressenti des internes vis-à-vis des gardes qu'ils effectuent aux urgences, aborde une partie spécifique de leur exercice, pesant pour une part importante dans leur qualité de vie professionnelle et personnelle.

Afin d'explorer ce sujet, la recherche qualitative m'est apparue comme étant la plus adaptée. En interrogeant les internes sur leur ressenti, leurs perceptions, leurs sentiments, leur expérience, elle permet d'explorer des phénomènes subjectifs, d'essayer de les comprendre, dans le but de faire émerger de nouvelles théories.

L'échantillon de population étudié dans cette thèse et décrit dans les résultats présente une grande variabilité en termes d'expérience en tant qu'interne, ainsi que d'expérience en garde aux urgences. On observe également des profils professionnels variés entre les sujets interrogés. L'équilibre masculin / féminin est presque atteint.

J'ai travaillé avec la méthodologie la plus rigoureuse possible tout au long de ce travail de thèse. La définition du sujet et de la question de recherche, la rédaction du guide d'entretien, l'échantillonnage, le recueil des données, l'analyse, la bibliographie, ont été réalisées en cherchant à coller au plus proche des recommandations de bonne pratique de la recherche qualitative, et avec l'aide des lignes directrices du COREQ.

La validité externe est vérifiée, avec notamment des résultats concordants retrouvés dans plusieurs thèses de médecine, enquêtes, ouvrages, portant sur le vaste sujet du bien être des internes, de leur qualité de vie et de leurs conditions de travail.

2. Faiblesses

On peut retrouver au niveau de l'échantillon étudié un probable biais de sélection. Les internes interrogés ont été recrutés sur le mode du volontariat, privilégiant ainsi des sujets intéressés et se sentant concernés par le sujet exploré. Par ailleurs, le mode de recrutement en boule de neige, indirect, a probablement mené au recrutement de sujets ayant des profils similaires.

Le recueil des données a été effectué par entretiens semi-dirigés, en s'appuyant sur un guide d'entretien identique pour tous les sujets interrogés. S'il a permis une bonne reproductibilité, ce guide d'entretien a également introduit un biais de circularité, les questions étant ordonnées et avec une progression pouvant influencer la réflexion et orienter les réponses des sujets interrogés.

J'ai pu constater au cours de mon recueil le biais d'investigation suivant : les internes interrogés faisant partie de mon cercle d'amis proches faisaient preuve de retenue dans l'expression de leur ressenti, avec des entretiens d'une durée raccourcie. Afin de contrer ce biais, j'ai introduit à partir du sixième entretien un critère d'exclusion des internes que je fréquentais régulièrement.

Ce travail de thèse était ma première expérience concernant la méthode qualitative. Malgré l'appui de ma directrice de thèse, la formation dispensée par la faculté de médecine d'Aix-Marseille et la lecture d'ouvrages dédiés, mes compétences naissantes dans cette méthode représentent une limite.

Etant moi-même interne, j'ai avec moi un bagage d'expérience aux urgences, mon propre vécu, mon ressenti personnel. Particulièrement intéressé par le sujet, au travers de mon expérience personnelle et des discussions tenues avec mes collègues internes, je me suis lancé dans cette étude avec un certain nombre d'idées préconçues

et d'a priori. Conscient de cet inévitable obstacle, je me suis appliqué à rester le plus neutre possible au cours de chaque étape de cette thèse. Toutefois, il ne faut pas négliger la part de subjectivité présente dans ce travail, inhérente à tout travail de recherche qualitative.

B. Analyse des résultats, comparaison à la littérature

1. Les gardes aux urgences, source d'une anxiété majeure

a) Le soin aux malades, une tâche difficile et anxiogène

Les internes interrogés ont rapporté avoir été mis en difficulté par des patients présentant des pathologies graves, ou pour lesquels ils étaient dubitatifs quant à la prise en charge diagnostique et thérapeutique la plus adaptée. L'interne étant un praticien en formation, il est par nature amené à faire face à des événements qu'il ne maîtrise pas encore. A mon sens, tous les internes se sont un jour retrouvés dans une situation inconfortable, d'inadéquation entre leurs compétences réelles et la tâche qui leur est demandée. Dans une telle situation, la nécessité de prise de décision dans l'incertitude est le plus souvent mal vécue par les internes, responsable d'un sentiment d'échec et de mauvaise opinion du travail réalisé, comme montré par Bettes dans sa thèse(33). On peut s'interroger sur le cheminement faisant du travail dans l'incertitude un objet d'anxiété, alors même que cette incertitude les accompagnera tout au long de leur carrière médicale, et pourrait être abordée comme une stimulation intellectuelle, ou une opportunité de réflexion nouvelle.

L'impression de disproportion entre la tâche à réaliser et les compétences amène une peur de mal faire, une crainte d'être à l'origine d'une erreur dans la prise en charge d'un patient, et des conséquences qui en résulteraient. La médecine est un art particulier, dans le sens où il s'exerce sur la personne humaine. Un de ses principes fondamentaux, inculqués aux carabins dès le début de leurs études, est le respect de l'intégrité de la personne, avec la célèbre locution « Primum non nocere ». Dans ce contexte, il apparaît sain que les internes se questionnent sur leur droit à l'erreur : est-il défendable lorsque l'outil d'apprentissage est une vie humaine ? Dans son livre(34), le Professeur Éric Vibert le défend, comme il plaide pour la reconnaissance de ces erreurs dans un but pédagogique, afin qu'elles ne soient plus reproduites. La banalisation de la communication des médecins sur les erreurs qu'ils commettent pourrait permettre aux internes de se sentir libérés d'un poids. « S'autoriser » l'erreur, tout en cherchant évidemment à la minimiser au maximum, pourrait permettre de diminuer cette anxiété qui les paralyse dans leurs prises en charge.

Dans sa thèse(35), Carrez démontre que si le nombre de médecins mis en cause sur le plan judiciaire est stable dans le temps, un sentiment de judiciarisation croissante est ancré dans l'esprit des médecins. Parmi les données qu'elle rapporte, qui s'appuient sur le rapport annuel de la MACSF pour ses sociétaires, il est à noter que les urgentistes libéraux font partie des spécialistes les plus confrontés sur le plan judiciaire, de l'ordre de 14,09% de leur effectif mis en cause sur un an.

C'est avec cette arrière-pensée qu'évoluent les internes aux urgences. A la crainte de nuire à la santé du patient s'ajoute donc la crainte d'être attaqué en justice en cas d'erreur. L'étude menée par Jacquier(36) dans deux services d'urgences révélait que parmi les dossiers faisant l'objet d'une réclamation, 76% n'avaient pas été validés par un sénior. Pour les internes, on peut comprendre qu'une séniorisation insuffisante soit donc vécue comme un risque supplémentaire d'être attaqué, et puisse être à l'origine de la pratique d'une médecine dite défensive, comme décrit par Lorphelin-Martel dans sa thèse(37) : la moitié des internes interrogés y rapportent une crainte du risque juridique, et 20% réalisent plus d'exams complémentaires pour s'en protéger.

b) Difficulté liée à l'organisation du travail

Au-delà du travail intrinsèque fourni en garde aux urgences, les conditions dans lesquelles ce travail est effectué jouent un rôle important pour le bon vécu de la garde.

J'ai été surpris par l'importance donnée par les internes interrogés aux rapports entretenus avec l'équipe soignante dans son ensemble. A plusieurs reprises, j'ai pu constater que les internes appréciaient de pouvoir tisser des liens avec l'équipe qui dépassaient la simple relation de travail. Les moments partagés dans la bonne entente générale jouent vraisemblablement un rôle de soutien moral et de réconfort, comme souligné par Séjourné dans sa thèse(38). Le postulat inverse voudrait qu'une équipe peu soutenante, indifférente voire hostile rajoute une dimension supplémentaire à une situation déjà difficile pour l'interne.

Dans leurs réponses se rapportant à l'équipe soignante, les internes ont également souligné l'intérêt d'une bonne organisation du service. La méconnaissance

des lieux, des protocoles et des équipes a été rapportée à plusieurs reprises comme facteur compliquant la garde, l'interne doit en plus de son travail de médecin consacrer une partie de sa concentration et de son énergie à évoluer dans ce milieu inconnu. Crémière(16) et Codron(15) décrivent cette difficulté d'adaptation comme étant un facteur de stress supplémentaire.

Plusieurs facteurs ont été cités comme impactant le travail en garde. Avoir à ses côtés une équipe organisée et compétente, des locaux adaptés, des places d'hospitalisation disponibles, sont autant d'éléments qui se répercutent sur la fluidité et la facilité de la garde lorsqu'ils sont présents, et d'embûches à surmonter lorsqu'ils sont absents.

Dans les fonctions attribuées à l'interne de garde, j'ai pu relever deux tâches de nature à influencer le bon vécu de la garde.

- Avoir à gérer les appels des services d'hospitalisation conventionnelle a été cité à la fois comme une tâche appréciée et redoutée. Dans un contexte de travail parfois ininterrompu en garde, un appel dans les étages est une occasion de prendre une pause avec l'activité des urgences, de se détacher l'esprit des prises en charge en cours, de pratiquer une autre forme de médecine. La rançon de cette « pause » est le risque d'avoir à prendre en charge une pathologie grave, dans un milieu dans lequel l'interne peut avoir la sensation d'être plus isolé que dans la « fourmilière » des urgences.
- Le recueil de transmissions lors de la relève de la garde a été unanimement rapporté comme un exercice redouté. Les internes ont cité comme principales sources de difficulté le manque de compréhension dans le cheminement de la prise en charge, le manque de confiance voire le désaccord avec les examens réalisés, autant de sources d'inquiétude qui peuvent amener l'interne à tergiverser, voire à reprendre la prise en charge depuis le début.

L'affluence a été citée à de nombreuses reprises au cours de entretiens comme un facteur ayant une influence importante sur le bon déroulé de la garde, constat partagé dans sa thèse par Codron(15). Durant les périodes de forte fréquentation du service, l'interne de garde peut se sentir submergé par les patients, avec l'impression d'une masse de travail insurmontable. Au cours de ces périodes, la pression

psychologique subie peut être à l'origine d'une détérioration de la prise en charge des patients, les internes se sentant le devoir d'accélérer dans leur travail ou de multiplier les patients dans le but de décongestionner le service. Ce phénomène de surfréquentation des services d'urgences va malheureusement en s'aggravant depuis plusieurs années, à raison de 3,5% de passages supplémentaires tous les ans depuis 25 ans(39).

Je suis interpellé par le fait qu'aucun des sujets que j'ai interrogés n'ait abordé spontanément le sujet de la violence verbale ou physique. L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé relevait, pour l'année 2019, 3700 signalements d'atteintes aux personnes en services d'urgences au niveau national(40). Si, heureusement pour eux, les internes que j'ai interrogés n'ont pas vécu ou ressenti de situation d'agression, ou s'ils n'ont pas estimé important de m'en faire part, on peut légitimement penser qu'il s'agit là pour certains d'une arrière-pensée pouvant peser dans le ressenti global de leur garde.

c) L'internat, un rôle hybride et une transition brutale

Les situations de difficulté liée à un sentiment de manque de compétence sont retrouvées quel que soit le stade de progression dans l'internat, mais sont plus particulièrement rapportées dans mon étude par les internes de première année, comme mis en évidence dans le travail de Garling(17). Elle évoque dans sa thèse la formation insuffisante, ou en tout cas inadaptée, reçue au cours de l'externat, et la transition brutale du début d'internat, où les responsabilités et les attentes sont décuplées.

Au cours de leur externat, les étudiants en médecine ne sont présents dans les services qu'au cours de périodes très courtes, parfois à mi-temps. Il ne leur est souvent pas dévolu de rôle dans la prise en charge des patients, autre que l'examen clinique et les tâches administratives. S'ils assistent au processus mené par les autres médecins, ils sont généralement exclus de la chaîne décisionnaire, et ne portent aucune responsabilité dans la prise en soins des patients. Une interne interrogée dans l'étude de Garling résume cette situation : « De l'externat à l'internat, on passe de rien ni personne à tout ». La brutalité de cette évolution peut être vécue comme un

phénomène violent par les jeunes internes, pourvoyeur d'angoisse. Le malaise lié à cette transition s'estompe ensuite à mesure de l'expérience engrangée au cours de l'internat, mais ne disparaît jamais totalement.

Le rôle de l'interne aux urgences se situe dans un continuum entre l'élève et médecin praticien. Son statut légal fixé en 1999 est celui de « praticien en formation spécialisée » qui « reçoit sur son lieu d'affectation, en sus d'une formation universitaire, la formation théorique et pratique nécessaire à l'exercice de ses fonctions », et qui « exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève »(41). On constate que la réalité est parfois bien éloignée de cette définition, l'interne endossant un rôle de médecin indispensable au bon fonctionnement du service, son rôle d'étudiant étant relégué au second plan.

En 2019, les services de pédiatrie d'Ile-de-France ont vu leur permanence de soins menacée par un manque d'internes, au point de pousser l'ARS à relancer la répartition afin de pourvoir à ces services les internes dont ils ne sauraient se passer(42). Cet exemple pose question de la qualité de la formation délivrée à ces internes, dont l'absence empêche le service de fonctionner. Si leur formation passe par la pratique, ils réclament également à recevoir de la part de l'hôpital et de leurs supérieurs une formation théorique, dont ils apprécient la valeur lorsqu'elle leur est dispensée. On peut relever une forme d'attentisme dans cette position, car si la formation peut venir de l'extérieur, elle peut également consister en une auto-formation. La recherche bibliographique, la lecture de revues, l'inscription à des formations complémentaires ou à des congrès sont autant de ressources que les internes n'ont pas systématiquement le réflexe d'utiliser.

2. Le recours à la séniorisation, réaction privilégiée par les internes en réponse à cette angoisse

Ayant dans ma propre expérience été mis en difficulté du fait d'un médecin référent trop peu présent, je m'attendais à ce que la question de la supervision par un médecin sénior soit abordée lors de certains entretiens. Je suis toutefois interpellé par le fait que le sujet ait été évoquée spontanément par l'intégralité des sujets interrogés dans cette étude. Dans les situations de mise en difficulté et d'incertitude, quand l'interne a besoin de réassurance, le médecin sénior devient sa ressource préférentielle, sa disponibilité et la qualité de sa supervision sont la plupart du temps le principal curseur du bon déroulé de la garde.

Dans les faits, plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer les fluctuations dans la qualité de la supervision ressenties par les internes.

- Sur un plan individuel, tous les internes ne sont pas en demande du même degré d'autonomie. Si tous souhaitent pouvoir progresser avec un certain niveau de liberté, une partie apprécie un encadrement rapproché, tandis que d'autres préfèrent n'avoir l'avis de leur supérieur que s'ils le sollicitent. Il peut être difficile pour les médecins référents de s'adapter individuellement aux attentes des nombreux internes qui passent en garde aux urgences.
- De l'autre côté de la chaîne, les urgentistes sont des médecins avant d'être des enseignants, et ne reçoivent pas de formation à la pratique particulière de la supervision des internes. Il paraît donc normal de retrouver des médecins référents plus ou moins à l'aise et compétents dans cet exercice de compagnonnage. Leur expérience personnelle y joue un rôle important ; on peut supposer l'existence d'un fossé générationnel, la formation dans les années 1980 étant réputée plus dure et l'internat ayant été réformé à plusieurs reprises depuis. Dans le contexte actuel de « crise des urgences », les médecins séniors sont vraisemblablement eux aussi soumis à une importante pression, pouvant retentir sur leur tâche d'enseignement et de supervision des internes.
- Sur le plan organisationnel, les rôles et missions de l'interne et du médecin le supervisant sont mal définis, et très dépendants de l'organisation propre à chaque service.

Malgré la sévérité dont font preuve les internes dans leur critique des médecins seniors, Viard fait état dans son étude(18) d'une disponibilité satisfaisante du médecin référent pour 75% des internes interrogés, même si 41% d'entre eux affirmaient que leurs dossiers n'étaient pas tous supervisés. Il semble donc que la majorité des gardes se déroulent avec une séniorisation satisfaisante, mais que les internes soient particulièrement marqués par leurs quelques mauvaises expériences, puisque tous le citent spontanément comme un facteur crucial de réussite de leurs gardes.

La possibilité pour l'interne de solliciter un référent lorsqu'il fait face à une situation dans laquelle il se sent en difficulté semble justifiée, au regard du rôle de chacun comme évoqué précédemment ; le fait qu'il s'agisse du principal facteur de bonne réussite d'une garde soulève des interrogations. Pourquoi les internes se sentent-ils le besoin d'avoir constamment un filet de sécurité, y compris pour les prises en charge ne présentant pas de menace immédiate pour le patient ? Quel en est le retentissement sur l'apport pédagogique et formateur de la garde ?

Le besoin de sentir la présence d'un soutien disponible à la moindre sollicitation souligne le grand manque de confiance des internes dans leurs compétences. Même s'ils n'y ont pas forcément recours, ils envisagent systématiquement les répercussions d'une éventuelle erreur, contre laquelle le moyen de se protéger serait de remettre la décision et la responsabilité sur leur supérieur. Ce dernier tiendrait le rôle d'une échappatoire, d'un « doudou » dont la simple présence serait rassurante. La demande récurrente de surprotection, voire de maternage, dénote d'un certain manque de maturité, corroboré par le fait qu'ils craignent les remontrances de leur supérieur. Les internes les moins expérimentés y voient souvent une attaque personnelle, quand il s'agit principalement de remarques purement professionnelles, ce que semblent mieux comprendre et accepter leurs aînés.

Sur le plan sociétal, ces observations recourent plusieurs tendances observées chez les jeunes adultes de cette génération. Le sur-maternage est retrouvé à travers le « phénomène Tanguy », désignant les jeunes adultes qui pour diverses raisons tardent à s'émanciper du noyau familial, entretenus et couvés par leurs parents jusqu'à un âge avancé ; cette génération est également, de façon générale, plus touchée par les problématiques anxiodépressives : une étude menée au Canada(43) montrait qu'avant même le début de la pandémie, 25% des 18-24 ans interrogés présentaient

des symptômes d'anxiété modérée à sévère, taux diminuant avec l'âge pour atteindre 4% chez les plus de 70 ans. Le fait qu'aucun interne interrogé dans cette thèse ne m'a confié suivre de traitement anxiolytique ou antidépresseur m'interroge, et ne reflète sans doute pas la réalité ; Deshayes fait état dans sa thèse d'une consommation de médicaments psychotropes retrouvée chez 30,7% des internes interrogés dans son étude(44).

Enfin, il est à envisager la possibilité que certains internes sur-sollicitent leurs référents par manque de motivation à travailler en garde aux urgences, par volonté de déléguer plus que d'être rassuré, la séniorisation devenant une solution de facilité.

Le recours à l'assistance d'un médecin tiers interrompt le processus réflexif mené par l'interne. S'il peut lui permettre d'acquérir des connaissances, l'acquisition des autres compétences normalement assimilées lors des gardes aux urgences se trouve inhibée. On peut se demander dans quelle mesure le sentiment de progression rapporté par les internes relève d'une acquisition de nouvelles compétences et connaissances, ou de la révélation de compétences déjà détenues, révélation qui serait permise par la prise de confiance et l'autonomisation pendant leur formation. La faculté à travailler autonomie, l'adaptabilité, la capacité à travailler dans l'incertitude, la prise de confiance dans ses compétences, sont autant d'apprentissages freinés par un recours trop fréquent à la séniorisation, l'interne devenant spectateur plus qu'acteur de sa propre formation.

3. Répercussions

a) Ecueils

Le fait d'être de garde pour un interne provoque des répercussions négatives sur sa vie quotidienne, un impact prolongé qui s'étend au-delà de la période de la garde elle-même, et ce par différents mécanismes.

L'anxiété anticipatoire semble être une des répercussions négatives les plus problématiques, que j'ai retrouvée dans cette étude à différents degrés chez de nombreux internes. Cette anxiété peut se fixer sur des objets, comme discuté plus haut : crainte du manque de compétence, d'une charge de travail trop importante, d'une mauvaise entente avec l'équipe soignante, etc. Elle peut également exprimer une peur de l'inconnu, ou bien n'avoir pas d'objet précis.

Le plus souvent, les internes concèdent une disproportion entre leur appréhension et la réalité des faits, leurs différents sujets de crainte ne se vérifiant pas une fois la garde lancée. Je suis intrigué - et moi-même touché dans une certaine mesure - par ce phénomène qui apparaît irraisonné, et qui semble persister malgré la démonstration répétée de cette disproportion.

La garde est une perturbation dans le rythme de travail habituel, à l'origine d'une fatigue qui retentit sur la qualité de vie de l'interne. Deux explications principales émergent : la garde, qui est en elle-même fatigante, et l'empiètement du temps de travail sur un temps normalement dévolu au repos.

J'ai sans surprise pu constater que les internes dénoncent le fait de devoir travailler 24h d'affilée. Ils expliquent que pendant ce laps de temps, les pauses sont rares (bien que légalement imposées par le Code de Santé Publique(20)), la durée de sommeil aléatoire, la fatigue psychologique importante en raison de l'importante concentration nécessaire pour éviter des erreurs aux conséquences potentiellement sévères. Ce rythme de travail fait figure d'exception dans notre société : qui, en dehors des militaires, pompiers ou médecins, accepterait de telles cadences ? C'est ainsi que le Québec, constatant que les médecins sortant de 24h de gardes « font 36 % plus d'erreurs médicales sérieuses [...] Ils font près de 6 fois plus d'erreurs de diagnostic sérieuses [...]. Ils sont 2,3 fois plus à risque d'être impliqués dans un accident

automobile après une garde de 24 heures », a légiféré en 2012, imposant une durée maximale de garde de 16h consécutives(45). Au-delà des répercussions sur la qualité de leur travail, la fatigue engendrée par la dette de sommeil et la difficulté physique et psychologique du travail en garde persiste pour beaucoup d'internes au-delà du repos de garde compensatoire, et les handicape dans leur quotidien plusieurs jours après la garde.

Lorsque cette garde a lieu le week-end, elle prive l'interne d'une plage de repos bienvenue entre deux semaines de travail, la fatigue s'accumule pendant une période prolongée sans véritable accalmie. Si la plupart d'entre eux trouve normal de participer à la permanence de soins, ils ont besoin de conserver des temps de repos dans leur schéma de vie. J'ai retrouvé dans trois entretiens distincts l'idée que la fréquence maximale de gardes acceptable serait de deux à trois gardes par mois en plus du travail habituel, ce qui correspond à la moyenne de trois gardes par mois relevée chez les participants à cette étude, avec une valeur extrême à huit gardes par mois.

La garde a lieu pendant un temps habituellement libre et dédié aux loisirs, aux interactions amicales ou familiales ou au travail personnel. Une garde se substitue à ce temps personnel, et peut amener l'interne à faire une croix sur certains projets. Codron(15) explique dans sa thèse que la génération actuelle d'internes ne souhaitait pas reproduire ce que leurs prédécesseurs avaient pu faire, à savoir sacrifier leur vie personnelle au profit du travail, et considère la médecine comme un métier et non une identité globale. Dans une étude publiée en 2013, 97% des internes interrogés déclaraient être autant attachés à l'équilibre de leur vie familiale qu'à l'intérêt médical de leur fonction(46).

Enfin, le travail de nuit a, à terme, des conséquences néfastes sur la santé. Le surrisque d'accident de la circulation a été évoqué par les internes. Ont été prouvés dans des études sur le sujet une majoration du risque de syndrome métabolique et de troubles du sommeil. Sans toutefois qu'une preuve scientifique formelle ait été apportée, il est suspecté que le travail de nuit majore également les risques de déclaration de troubles de la mémoire, de syndrome anxiodépressif, de diabète, de maladies cardiovasculaires et AVC, et même de cancer (en particulier de cancer du sein)(47). La pénibilité ressentie par les internes est donc avérée, et peut sur le long terme avoir des répercussions graves sur leur santé physique et psychique.

b) Bénéfices

Lors des entretiens menés pour cette thèse, les internes ont avancé deux bénéfices majeurs à la réalisation des gardes aux urgences.

Le premier est la progression dans leur pratique médicale, à plusieurs points de vue. La diversité des pathologies abordées en garde permet aux internes d'approfondir leurs connaissances, d'acquérir des réflexes sur le plan pratique, là où la formation au cours de l'externat reste très théorique. La majorité des patients relève d'une prise en charge d'urgence spécialisée, mais d'après l'étude de Naouri parue en 2019(48), entre 13,5% et 27,4% des visites aux urgences concernent des soins relevant de la médecine de ville, et donc particulièrement formateurs pour la pratique future des internes de médecine générale. Par ailleurs, comme résumé par un des internes interrogés pour cette étude, « tout médecin peut être confronté à une urgence et avoir à se débrouiller tout seul, et ça c'est vraiment en garde que tu l'apprends ».

Outre les compétences médicales pures, le travail de garde dans un service d'urgence permet également de se former sur la gestion de l'urgence, du stress, de la fatigue, d'apprendre à apprivoiser l'incertitude, autant de facteurs délicats à gérer pour l'interne mais importants à maîtriser pour le praticien qu'il va devenir.

Le second bénéfice avancé par les internes dans mes entretiens est l'importance que revêt l'indemnité de garde. Réévaluée en 2020, elle s'élève actuellement à 149€ brut par nuit. Selon le nombre de gardes réalisées, ce complément de revenu permet aux internes d'améliorer de façon substantielle leur salaire de base, qui s'élève à un peu plus de 1600€ nets pour un interne de première année. Les internes que j'ai interrogés sont de « vieux étudiants », et certains ayant des enfants à charge ou des prêts bancaires à rembourser, ce complément de revenu est indispensable pour maintenir le niveau de vie auquel ils aspirent.

Même si cette rémunération est citée par les internes comme un bénéfice tiré de leurs gardes, il me paraît important de souligner que cette indemnité, sur une base de 14h de travail par garde de nuit, ne dépasse le SMIC horaire brut que de 1,39€, pour un travail difficile impliquant un niveau de formation élevé, d'importantes responsabilités, et en horaire de nuit, week-end ou jour férié. Si un seul interne a jugé

ce niveau de rémunération insuffisant, une rémunération plus adaptée au travail fourni serait vraisemblablement appréciée par l'ensemble des internes.

Enfin, et si aucun interne ne l'a abordé avec moi comme un bénéfice direct tiré de la garde, j'ai remarqué à plusieurs reprises la satisfaction tirée du travail réalisé en garde aux urgences. La gratitude des patients, la reconnaissance par les équipes soignantes de la qualité du labeur fourni, la fierté du travail bien fait, sont des facteurs à même de participer à bâtir un sentiment d'accomplissement professionnel de l'interne, et in fine de bien être psychologique dans sa vie au quotidien.

Malgré les difficultés vécues en garde, aucun interne interrogé ne m'a décrit les gardes aux urgences comme étant un écueil insurmontable, aucun n'a rapporté d'aversion viscérale envers les gardes. Les internes se sentent investis d'une mission de participation à la continuité des soins, qui semble leur tenir à cœur. Dans chaque entretien, il m'a été confié une forme de bénéfice tiré des gardes, des conséquences positives, ou bien des suggestions pour améliorer leur ressenti. En conséquence, et à ma grande surprise, sur les douze internes interrogés lors de cette étude, tous se prononcent en faveur de l'obligation de réaliser des gardes aux urgences pour les internes de médecine générale.

C. Perspectives

Malgré les bénéfices indéniables rapportés par les internes à propos de leurs gardes aux urgences, ils y sont confrontés à un certain nombre d'obstacles pouvant avoir un retentissement important sur leur qualité de vie. De nombreuses pistes mériteraient d'être explorées, dans l'optique de profiter et d'optimiser la formation reçue en garde, et de sortir de ce schéma d'apprentissage « dans la douleur » retrouvé chez certains.

Contrairement à celle reçue par les MSU, la formation des médecins urgentistes à l'encadrement des internes est pour l'instant réduite à portion congrue, et s'appuie le plus souvent sur leur expérience personnelle. Comme proposé par Viard dans sa thèse(18), former les médecins urgentistes à leur double rôle de supervision de l'interne dans ses prises en charge et de délivrance d'un enseignement clinique permettrait à la fois de leur donner les outils nécessaires pour appréhender la complexité de ce double rôle, et aux internes de se sentir mieux encadrés et de bénéficier d'une formation optimisée. L'organisation d'une forme de compagnonnage en binôme avec définition des objectifs et attentes de chacun en début de garde pourrait également contribuer à adapter le degré d'autonomie à chaque individu.

La formation des externes en médecine comporte un temps relativement important de pratique clinique. Toutefois, d'après les travaux de Langevin(49), ces derniers n'y ont le plus souvent qu'un rôle observationnel, d'apprentissage de l'examen clinique et du diagnostic, avec très peu d'autonomie quant à la prise de décision sur le parcours de soins à proposer au patient. Offrir un rôle plus important aux externes à mesure de leur progression dans leur cursus serait un moyen de diminuer la hauteur de la marche à franchir au moment de la transition avec l'internat.

Dans sa thèse(17), Garling a remarqué que les pistes proposées par les internes pour améliorer leur situation faisaient « intervenir uniquement une aide extérieure sans enclenchement d'un processus réflexif », leur faisant éviter la situation de stress dans laquelle ils se trouvent, sans l'affronter véritablement. Elle relève l'intérêt des groupes d'échanges de pratiques et des RSCA, qui impliquent une réflexion et l'analyse de situations vécues, afin d'ensuite ne plus chercher à esquiver

les situations de stress, mais apprendre à y faire face quand elles se présentent. Une présentation sous cet angle de l'intérêt de ces travaux en début d'internat pourrait permettre de les rendre plus bénéfiques que lorsqu'ils sont vécus comme une formalité administrative rébarbative, comme j'ai pu le constater dans mon entourage pendant mon internat. La finalité étant de sortir du schéma dans lequel l'interne reçoit passivement sa formation, pour au contraire y occuper un rôle actif et central.

Les problématiques purement organisationnelles relevées dans ce travail sont très dépendantes de chaque service, il semble difficile d'y apporter une solution globale.

Il est à souligner que la plupart des hôpitaux proposent déjà un temps d'accueil et de présentation du service d'urgence aux internes en début de stage. Dans une optique d'autonomisation et de diminution de leur maternage, on pourrait également considérer qu'il revient aux internes chez qui la découverte d'un nouveau lieu d'exercice génère une anxiété de faciliter leur propre adaptation, par exemple en se présentant en amont de leur garde pour se familiariser avec le terrain. Développer des facultés d'adaptabilité est capital chez les internes, qui sont amenés à changer de terrain de stage tous les six mois, et qui leurs seront indispensables pour leur vie future. Dans la région PACA, l'utilisation du logiciel Terminal Urgences est quasi généralisée, permettant aux internes de garder leurs repères quel que soit leur lieu de garde.

La sur-fréquentation des services d'urgences est une question de santé publique soulevée depuis de nombreuses années, pour laquelle une réorganisation de la médecine de ville et du lien ville-hôpital sont nécessaires, afin de pouvoir y réorienter une partie des consultations non-urgentes, comme abordé par Vaillant dans sa thèse(50).

Pour ce qui est de la rémunération, bien qu'une majoration rendrait les gardes plus attractives, le contexte économique actuel et la hausse substantielle de l'indemnité de garde en 2020 ne laissent pas présager d'évolution en ce sens dans les années à venir.

Le point d'organisation le plus accessible à une évolution semble être le rythme de travail. L'institutionnalisation de temps de pause pendant la garde, une diminution du nombre maximal d'heures de travail consécutives comme au Québec, ou du nombre maximal de gardes par mois, pourraient influencer de façon bénéfique sur le ressenti qu'ont les internes de ces gardes, et diminuer les répercussions négatives qu'elles ont sur leur quotidien. La faculté d'Aix-Marseille a d'ailleurs récemment intégré aux plannings de gardes des urgences les internes en stage ambulatoire, permettant de facto une diminution de la fréquence des gardes pour tous les internes rattachés à ces plannings.

Dans une optique d'élargissement de la formation et de participation à la permanence de soins, Codron a interrogé des internes sur l'opportunité de réaliser des gardes ambulatoires(15). Ces derniers s'y sont montrés favorables, ils n'ont toutefois pas adhéré à l'idée qu'elles puissent remplacer les gardes aux urgences, et ont évoqué la crainte de l'isolement au cabinet en cas de problème.

Pour finir, je soulignerai le travail du SAIHM, interlocuteur privilégié auprès de la faculté, de l'AP-HM et de l'ARS pour défendre les internes lorsque ceux-ci sont dans une situation problématique vis-à-vis de leur terrain de stages ou de garde. Leur dispositif SOS SAIHM, mis en place en 2016, offre une écoute aux internes en souffrance morale, quelle qu'en soit l'origine, et à fortiori dans l'exercice de leur fonction. Aucun interne ne m'a confié avoir eu recours à un psychologue ou à un psychiatre dans le cadre de leurs difficultés. Le recours à un professionnel est un cap parfois difficile à franchir, et la possibilité d'une écoute bienveillante, anonyme et confraternelle offerte par SOS SAIHM est une alternative précieuse.

VIII. CONCLUSION

Les gardes aux urgences font partie intégrante de la formation des internes de médecine générale. Certains les apprécient, d'autres les redoutent, elles ne laissent en tout cas personne indifférent. Par leur caractère régulier, elles sont à même d'avoir une incidence sur la vie des internes, professionnelle comme personnelle, au-delà du temps de la garde elle-même. Cette étude cherchait à établir un état des lieux du ressenti global des internes à propos de ces gardes, afin de pouvoir améliorer ou optimiser leur vécu, leur formation, et la qualité de prise en charge des patients pendant ces gardes.

Parmi les nombreux sentiments émergents à propos des gardes aux urgences, l'anxiété est celui le plus largement partagé chez les internes, et ayant les répercussions les plus problématiques. Paradoxalement, ces derniers sont souvent conscients de l'existence d'une disproportion de leur anxiété au vu de la réalité des événements se déroulant en garde, mais ne peuvent s'empêcher de se laisser envahir par cette inquiétude irrationnelle. Leur environnement de travail, la nature de leur tâche, le sentiment de manque de compétence et de formation, la difficulté à travailler dans l'incertitude et la crainte des conséquences d'une éventuelle erreur sont autant de facteurs cités comme générateurs d'anxiété.

Les internes se dirigent spontanément vers leur médecin référent lorsqu'ils se trouvent en difficulté, cherchant à soulager leur angoisse en se délestant de la charge et de la responsabilité du patient. Si cette solution peut leur paraître efficace à court terme, elle semble brider leur progression dans tous les domaines, d'autant qu'elle apparaît superflue dans de nombreux cas. Il serait intéressant de mettre en place des processus de réflexion et de responsabilisation, au cœur desquels l'interne deviendrait l'acteur principal de sa formation, plutôt que de faire systématiquement intervenir une aide extérieure. Ce procédé pourrait permettre d'optimiser l'espace de formation offert par les gardes, tout en développant l'autonomisation et la prise de confiance des internes, et en conséquence réduire l'anxiété générée par leurs gardes.

Si les gardes ont un impact important sur la vie personnelle des internes par le stress et la fatigue qu'elles engendrent, tous déclarent en tirer profit de façon majeure, et notamment en termes de formation. D'importants bénéfices ont été rapportés, tant sur le plan des connaissances que des compétences pratiques et de la gestion de facteurs physiques et psychologiques, tels que l'urgence, le stress, la fatigue ou l'incertitude. Devant ce constat de progression, soutenu par un sentiment de devoir de participation à la continuité de soins, tous les sujets interrogés se sont exprimés en faveur de l'obligation de garde aux urgences pour les internes en médecine générale. Les résultats suggèrent néanmoins plusieurs pistes d'amélioration pour ces gardes, dans l'optique de réduire la dimension négative de leur impact sur la vie quotidienne des internes, et d'optimiser le développement de leur potentiel pédagogique.

Dans le cadre de cette étude, ont été recueillis uniquement des témoignages d'internes de médecine générale. Après les ECNi, certains internes se dirigent spontanément vers le DES de médecine d'urgence, d'autres abandonnent même pendant leur internat le DES de médecine générale pour celui de médecine d'urgence. Ces internes ont de toute évidence apprivoisé le mode d'exercice en garde, et ont développé des stratégies d'adaptation pour faire face aux difficultés qu'ils y rencontrent. Il pourrait être intéressant d'étudier de façon comparative le ressenti de ces internes, afin de mettre en évidence leurs stratégies d'adaptation, et ainsi trouver des clés permettant d'appréhender plus facilement les gardes aux urgences.

IX. BIBLIOGRAPHIE

1. ISNI. Grève des internes [Internet]. ISNI. 2019 [cité 15 juin 2021]. Disponible sur : <https://isni.fr/greve-des-externes/>
2. ISNI. Enquête - Temps de travail des internes [Internet]. 2020 [cité 20 juin 2021]. Disponible sur : <https://isni.fr/enquete-temps-de-travail-des-externes/>
3. Commission européenne. Avis relatif au temps de travail des internes. Mars 28, 2014.
4. Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité - Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000228343/2002-09-13/>
5. Arrêté du 20 mai 2016 relatif à l'indemnisation des gardes effectuées par les internes et les faisant fonction d'interne [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032575975/#:~:text=%2D%20Les%20internes%20et%20les%20faisant,Garde%20%3A%20149%20%E2%82%AC.>
6. Taux d'inflation France 2004-2020 [Internet]. Statista. [Cité 15 juin 2021]. Disponible sur : <https://fr.statista.com/statistiques/479759/taux-inflation-france/>
7. Julia V. « Mon record, c'est 96 heures par semaine » : les internes en médecine travaillent trop [Internet]. France Inter. 2021 [cité 20 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/mon-record-c-est-96-heures-par-semaine-les-externes-en-medecine-travaillent-trop>
8. Les internes en médecine se mettent en grève pour réclamer de meilleures conditions de travail. Le Monde.fr [Internet]. 18 juin 2021 [cité 20 juin 2021] ; Disponible sur : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/06/18/les-externes-en-medecine-se-mettent-en-greve-pour-reclamer-de-meilleures-conditions-de-travail_6084656_3224.html
9. Gratian P. Surcharge de travail, heures trop nombreuses... Les internes de médecine en grève pendant deux jours [Internet]. Ouest-France.fr. 2021 [cité 20 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/surcharge-de-travail-heures-trop-nombreuses-les-externes-de-medecine-en-greve-pendant-deux-jours-7d121f50-cffd-11eb-8f5d-bbe5719fc3b1>
10. Lilti T. Hippocrate. 31 Juin Films ; 2014.
11. Lilti T. Hippocrate. Canal+ ; 2018.
12. Frajerman A. La santé mentale des étudiants en médecine. Fondation Jean-Jaurès [Internet]. 2 mai 2020 [cité 15 juin 2021] ; Disponible sur : <https://jean-jaures.org/nos-productions/la-sante-mentale-des-etudiants-en-medecine>

13. Marques A. Dr Mus, l'interne généraliste aux 1,6 million de vues sur YouTube [Internet]. egora.fr. 2019 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/personnalites/48752-dr-mus-l-interne-generaliste-aux-16-million-de-vues-sur-youtube>
14. Marques A. « Je n'ai pas peur de dénoncer la maltraitance » : les confidences d'un interne star du web [Internet]. egora.fr. 2019 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/etudes-de-medecine/47094-je-n-ai-pas-peur-de-denoncer-la-maltraitance-les-confidences-d-un>
15. Codron C. Internes de médecine générale picards face au stress : vécu des gardes aux urgences. Université de Picardie Jules Verne ; 2020.
16. Crémière ML. Stress chez les internes en médecine générale : une étude qualitative. Paris Descartes ; 2015.
17. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. Nice Sophia Antipolis ; 2016.
18. Viard T. Séniorisation aux urgences, autonomisation des internes et juste distance d'encadrement : enquête auprès des internes et des urgentistes d'Aquitaine. Bordeaux ; 2015.
19. Bilan des ECNi 2019 (CNG) [Internet]. [Cité 17 août 2021]. Disponible sur : https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes%20et%20publications/ECNi_2019_VF.pdf
20. Code de Santé publique, sous-section 2 : Statut des internes, Articles R6153-10 à R6153-40 - Légifrance [Internet]. juill. 26, 2005. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196817/
21. Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine - Légifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000036237037/>
22. Article R6153-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042240286/
23. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. 1 janv. 2015 ;15(157):50-4.
24. AFNOR. Présentation des rapports. Recommandations aux auteurs. 1991 août.

25. Frappé P. Initiation à la recherche. 2e éd. Global média santé et CNGE ; 2018. 224 p. (FAYR-GP).
26. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4e éd. Armand Colin ; 2016. 128 p. (128 Tout le savoir).
27. Claude G. La retranscription d'un entretien : outils, étapes et exemple [Internet]. Scribbr. 2018 [cité 8 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/retranscription-entretien/>
28. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative : analyser sans compter ni classer. 2e éd. De Boeck Supérieur ; 2019. 160 p. (Méthodes en sciences humaines).
29. Hennebo N. GUIDE DU BON USAGE DE L'ANALYSE PAR THEORISATION ANCREE PAR LES ETUDIANTS EN MEDECINE [Internet]. 2009 [cité 13 juin 2021]. Disponible sur : https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
30. Paillé P. De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. Recherches qualitatives. 1996;(15):79-194.
31. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. crs. 1994;(23):147-81.
32. Debret J. Le Codage d'Entretien - Méthodologie & Exemples [Internet]. Scribbr. 2018 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur : <https://www.scribbr.fr/methodologie/codage-entretiens/>
33. Bettés M. Etude de la tolérance à l'incertitude chez les internes en SASPAS de Midi-Pyrénées [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2017 [cité 14 sept 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1691/>
34. Vibert E. Droit à l'erreur, devoir de transparence [Internet]. Editions de l'Observatoire ; 2021 [cité 4 sept 2021]. 208 p. (Hors Collection). Disponible sur : https://www.editions-observatoire.com/content/Droit_%C3%A0_lerreur_devoir_de_transparence
35. Carrez C. Impact psychologique de la judiciarisation et médecine défensive : étude quantitative menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du Nord-Pas-de-Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France] : Université du droit et de la santé ; 2016 [cité 14 août 2021]. Disponible sur : https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M452.pdf
36. Jacquier D. QUI SE PLAINT AUX URGENCES ET POURQUOI. :66.
37. 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 ? Rouen ; 2014.
38. Séjourné A. Souffrances psychologiques chez les internes : vulnérabilités et préconisations [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2012.

39. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans [Internet]. Le Quotidien du médecin. [Cité 13 août 2021]. Disponible sur : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>
40. ONVS. L'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) : chiffres clés du rapport 2020 (données 2019) [Internet]. [Cité 15 août 2021]. Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante-onvs-chiffres-cles-du-rapport-2020-donnees>
41. 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. 99-930 nov. 10, 1999.
42. Urgences pédiatriques en Ile-de-France : les internes vont devoir refaire leur choix. leparisien.fr [Internet]. 22 oct. 2019 [cité 14 sept 2021] ; Disponible sur : <https://www.leparisien.fr/info-paris-ile-de-france-oise/urgences-pediatriques-en-ile-de-france-les-internes-vont-devoir-refaire-leur-choix-22-10-2019-8177754.php>
43. Dionne M. Pandémie, bien-être émotionnel et santé mentale - Résultats du 12 janvier 2021 [Internet]. INSPQ ; [cité 5 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-janvier-2021>
44. Deshayes C. La santé mentale des internes en médecine en France : étude descriptive transversale de l'usage de médicaments psychotropes par automédication et auto-prescription [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier ; 2019 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2916/>
45. B-Lajoie M-R. L'élimination des gardes de 24 heures, est-ce la bonne décision ? Can Fam Physician. févr. 2013;59(2):136-8.
46. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France Etude TNS Sofres – SIHP Mai 2013 [Internet]. [Cité 15 août 2021]. Disponible sur : <https://www.sihp.fr/usrfile/399/Rapport%20SOFRES.pdf>
47. INRS. Le travail de nuit et le travail posté - Brochure [Internet]. 2018 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur : <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=ED%206305>
48. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y, et al. Factors associated with inappropriate use of emergency departments : findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. Juin 2020;29(6):449-64.
49. Langevin S, Hivon R. En quoi l'externat ne s'acquitte-t-il pas adéquatement de son mandat pédagogique ? Une étude qualitative fondée sur une analyse systématique de la littérature. <http://dx.doi.org/101051/pmed:2007014>. 1 févr. 2007;8:7-23.

50. Vaillant J. Acceptation et limites de la réorientation des patients « non urgents » se présentant aux Urgences vers des structures de médecine générale [Internet]. Bordeaux ; 2020 [cité 16 août 2021]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02521866>

X. ANNEXES

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Introduction et présentation du travail

Depuis le début de ton internat, tu as dû réaliser un certain nombre de gardes aux urgences. Ces gardes et la façon dont tu les vis ont un retentissement sur ta vie personnelle et professionnelle, je cherche à dresser un état des lieux de ce ressenti et de ce retentissement.

Nous allons commencer par des questions d'ordre général, puis des questions plus précises.

Si tu es d'accord, cet entretien sera enregistré et anonymisé, puis retranscrit par écrit et analysé. Laisse libre cours à tes réponses, il n'y a pas de hors sujet ou de réponse attendue aux questions, au contraire, je cherche à recueillir la plus grande variété possible de réactions.

Recueil de coordonnées

- Âge, sexe
- Nombre de semestres validés
- Semestre aux urgences effectué (oui ou non)
- Nombre de gardes aux urgences effectuées
- Type d'exercice professionnel envisagé

Listes des questions

- a. Comment me décrirais-tu les sentiments que t'évoquent les gardes aux urgences en général ?
- b. Nous allons aborder les modalités de tes gardes.
 - Quelles ont été les gardes qui se sont le mieux passées et pourquoi ?
 - A contrario, as-tu des exemples de gardes qui se moins bien passées, et pourquoi ?
 - Au vu de ce que tu viens de me raconter, si tu devais me dresser un tableau de la garde idéale, quelles en seraient les modalités, comment se déroulerait-elle ?
- c. Quel est ton état d'esprit avant d'aller en garde ? Et comment peux-tu me l'expliquer ?
- d. Et une fois la garde lancée, y a-t-il une évolution de cet état d'esprit ?
- e. Quand tu sors de garde, qu'est-ce que tu ressens ? Comment es-tu sur le plan physique / mental / émotionnel ?
- f. Le ressenti de tes gardes a-t-il évolué pendant ton internat, et à ton avis pourquoi ?
- g. Quel est le retentissement des gardes sur ta qualité de vie en général, sur les plans personnel et professionnel ?
- h. Que penses-tu du caractère obligatoire des gardes ?

XI. LISTE DES ABREVIATIONS

- AP-HM** : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- ASH** : Agent de Service Hospitalier
- AVC** : Accident Vasculaire Cérébral
- COREQ** : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research
- COVID-19** : COronaVirus Disease 2019
- DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- ECG** : ElectroCardioGramme
- ECNi** : Epreuves Classantes Nationales informatisées
- FST** : Formation Spécialisée Transversale
- ISNI** : InterSyndicale Nationale des Internes
- LIPSEIM** : Ligue Pour la Santé des Etudiants et Internes en Médecine
- MACSF** : Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
- MSU** : Maître de Stage des Universités
- ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie
- PACA** : Provence-Alpes-Côte-d'Azur
- PMI** : Protection Maternelle et Infantile
- RSCA** : Récit de Situation Complexe Authentique
- SAIHM** : Syndicat Autonome des Internes des Hôpitaux de Marseille
- SASPAS** : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- SMIC** : Salaire Minimum de Croissance
- SUDOC** : Système Universitaire de Documentation

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 les 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.

