



HAL
open science

Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet : enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du Finistère

Anne-Gaëlle Le Gallo

► To cite this version:

Anne-Gaëlle Le Gallo. Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet : enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du Finistère. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00717231

HAL Id: dumas-00717231

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00717231v1>

Submitted on 12 Jul 2012

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.

**UFR DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE
DE BREST**

Année 2012

N°

**THESE
DE
DOCTORAT EN MEDECINE**

SPECIALITE : Médecine Générale

Par Anne Gaëlle Le Gallo
Née le 17 juin 1982 à Ploemeur, Morbihan.

Présentée et soutenue publiquement le 25 mai 2012.

**Prévention du burn out par la présence d'un interne au
cabinet.**

**Enquête par entretiens individuels auprès de médecins
généralistes maîtres de stage du Finistère.**

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Professeur Bail.

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Lejeune.

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Docteur Loddé et Monsieur le Professeur Dewitte.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

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

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

AUTORISATION D'IMPRIMER

Présentée par Madame / Monsieur le Professeur : **Benoist LESELINE**

Titre de la thèse (en MAJUSCULE):
**PREVENTION DU BURN OUT PAR LA PRESENCE D'UN INT
AU CABINET.**

**ENQUETE PAR DES ENTRETIENS INDIVIDUELS AUPRES
DE MEDICINS GENERALISTES MAITRES DE STAGE DU FUI**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE :

OUI :

NON :

En foi de quoi la présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à :

M^{lle} LE GALLO

Interne en D.E.S de : **médecine générale**

Fait à BREST, le **4/05/2012**
VISA du Doyen de la faculté


Pr. C. BERTHOU

Fait à BREST, le **4/5/2012**
Le Président du Jury de thèse,



REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Philippe Bail pour m'avoir consacré tant de temps, soutenu, conseillé et sans qui rien n'aurait été possible.

A Monsieur le Professeur Benoist Lejeune pour avoir accepté de faire partie du jury et d'honorer mon travail en acceptant d'être président de ce jury.

A Monsieur Brice Loddé, Maître de conférences universitaires et praticien hospitalier, pour avoir accepté de faire partie du jury.

A Monsieur le Professeur Jean Dominique Dewitte, pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

A tous les médecins généralistes qui m'ont donné un peu de leur temps et ont participé à cette thèse. J'ai pris plaisir, grâce à vous, à réaliser ces interviews et cela a été très enrichissant.

A tous les médecins généralistes maîtres de stages que j'ai rencontré au cours de mes études et qui m'ont transmis cette envie d'exercer ce difficile et beau métier.

A mon père en qui je tiens tant. Merci pour ton écoute, ton soutien, tes bons conseils, tes encouragements et surtout ta présence depuis presque trente ans.

A ma mère et tous les membres de ma famille pour leur confiance et leur soutien.

A mes frères et sœurs, merci pour votre présence, vos rires et notre complicité.

A Franck, mon amour, qui m'a donné la force et la motivation pour aboutir dans ce projet afin que d'autres prennent naissance. Merci de m'avoir soutenu et encouragé tendrement ces derniers mois.

A mes amis Aurélie, Christelle, Camille, Sébastien, Virginie, Géraldine et les autres avec qui je partage de très bons moments. Merci pour votre amitié et de votre présence.

SOMMAIRE.....	2
INTRODUCTION.....	4
PROBLEMATIQUE.....	8
1. Médecine générale et maîtrise de stage.....	9
1.1. Coursus de médecine générale.....	9
1.2. Les enseignants en médecine générale.....	9
1.3. Le stage chez le praticien.....	10
1.4. Le stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisé.....	10
2. Le burn out.....	10
2.1. Historique.....	10
2.2. Définition.....	12
2.3. Les symptômes cliniques du burn out.....	13
2.4. Les causes du burn out.....	13
2.5. L'échelle Malasch Burn out Inventory (MBI).....	14
2.6. La prévention.....	15
3. L 'objet de notre recherche.....	16
3.1. La déshumanisation.....	16
3.2. Définitions de la sollicitude et de l'empathie.....	16
3.3. Notre recherche.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	18
1. Le recueil des données.....	19
1.1. La recherche qualitative.....	19
1.2. L'entretien semi-structuré.....	19
1.2.1 L'entretien semi-structuré dans notre étude.....	19
1.2.2 Le cadre contractuel de la communication.....	20
1.2.3 Le choix et les caractéristiques de l'échantillon.....	20
1.2.4 Le guide d'entretien.....	21
1.2.5 Evaluation et ajustement du guide d'entretien.....	22
1.3 Les conditions de recueil des données.....	23
1.3.1 Moment de l'étude.....	23
1.3.2 Conditions matérielles.....	23
2. Interprétation des données.....	23
2.1 L'analyse du verbatim.....	23
2.2 L'analyse des résultats obtenus.....	23
2.2.1. Validité des données à analyser.....	23
2.2.2. Etape de l'analyse des données contextuelles.....	24
2.2.3. Analyse conjointe par binôme.....	24
RESULTATS.....	25
1. Les caractéristiques des médecins interviewés.....	26
2. Les raisons de devenir maître de stage.....	27
2.1. Intérêts pédagogiques vis-à-vis de l'interne.....	27
2.1.1. La transmission, l'envie d'enseigner.....	27
2.1.2. Le travail en équipe, le partage et l'échange des connaissances.....	27
2.2 Intérêts professionnels.....	28
2.2.1. Se motiver à se former.....	28
2.2.2. Se rassurer dans ses connaissances et prendre de l'assurance.....	28

2.2.3. Recruter de futurs remplaçants.....	28
2.2.4. Eviter le danger de la routine.....	29
2.3. Défendre la profession.....	29
3. Les modifications induites par la présence de l'interne.....	29
3.1. L'organisation du travail.....	29
3.1.1. Le temps.....	29
3.1.2. Les contraintes.....	30
3.2. Les compétences professionnelles.....	31
3.2.1. Le raisonnement clinique.....	31
3.2.2. La communication et la relation médecin-patient.....	31
3.2.3. Le professionnalisme.....	33
3.2.4. L'éducation, la prévention.....	35
3.3. L'approche centrée sur l'étudiant.....	35
3.4. Le regard de l'interne et son impact sur le maître de stage.....	36
4. Les facteurs de protection contre l'épuisement induits par la maîtrise de stage.....	36
4.1. Le plaisir, l'enthousiasme.....	36
4.2. Le partage des émotions.....	37
4.3. Moins de consultations.....	38
4.4. La prise de distance vis-à-vis des patients difficiles.....	38
4.5. L'augmentation de la reconnaissance et de la considération.....	39
DISCUSSION.....	40
1. Discussion de la méthode.....	41
1.1. Validité de la méthode.....	41
1.1.1. L'intérêt de l'étude qualitative.....	41
1.1.2. L'échantillonnage « critérié et représentatif ».....	41
1.1.3. Critères de crédibilité.....	41
1.1.4. Double analyse.....	42
1.2. Les limites de la méthode.....	42
1.2.1. L'échantillonnage.....	42
1.2.2. Le déroulement des entretiens.....	42
1.2.3. Les limites méthodologiques.....	42
2. Discussion des principaux résultats.....	43
2.1. Nos travaux confirment les résultats d'autres études.....	43
2.1.1. La valorisation du métier de généraliste.....	43
2.1.2. Le développement d'un sentiment de fierté.....	43
2.1.3. Le regard évaluateur de l'interne, vecteur de performance et d'assurance.....	43
2.1.4. L'amélioration du moral.....	43
2.1.5. La prévention de l'épuisement professionnel.....	44
2.1.6. La modification de la relation médecin malade.....	44
2.2. Nos travaux mettent en évidence des résultats peu ou mal connus.....	45
2.2.1. Les compétences professionnelles.....	45
2.2.2. La prévention de l'épuisement par la mise à distance de certains patients difficiles.....	45
2.3. Nos résultats n'ont pas répondu à la question de la déshumanisation.....	46
3. Nouvelles perspectives.....	46
CONCLUSION.....	47

BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES.....	55
A. L'échelle MBI.....	56
B. Courriel pré entretien.....	58
C. Grille test.....	59
D. Grille 1.....	60
E. Grille 2.....	62
Entretien test.....	64
Entretiens de 1 à 8	66

INTRODUCTION

Le métier de médecin généraliste, longtemps considéré comme l'un des plus beaux métiers du monde, perd depuis quelques années un peu de son éclat et de son attractivité.

Un bouleversement de différents modèles est en train de s'accomplir depuis quelques années. Jean Christophe Weber dans « Où va la médecine » (1), l'illustre par plusieurs exemples. En effet, le modèle du médecin paternaliste est rejeté pour prôner l'égalité de la relation médecin-malade, la bienveillance devient moins importante que le respect de l'autonomie et l'approche technique a tendance à l'emporter sur la clinique. Le monde de la médecine évolue, les patients deviennent des usagers et les médecins sont considérés comme des prestataires de services. Ces évolutions peuvent être responsables d'une blessure de l'idéal pour les médecins. La blessure de l'idéal est la différence entre l'exercice idéal auquel le médecin aspire et sa pratique réelle. Ceci peut conduire au burn out ou épuisement professionnel des soignants. Nous choisirons le terme de burn out pour le reste de notre travail. En effet ce terme nous semble plus adapté pour plusieurs raisons. Le terme français de syndrome d'épuisement professionnel des soignants a le défaut d'être vague et donne l'impression de couvrir tous les effets du travail sur le soignant. Alors que le terme anglais burn out, bien qu'incomplet, nous donne une vision plus imagée et ainsi plus forte de sa définition. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu (2). D'autre part, c'est bien Herbert J. Fredenberger, psychologue et psychothérapeute américain qui est à l'origine de cette notion en 1974.

Le burn out a trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et physique chronique comprenant un épuisement émotionnel et physique, une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail et une déshumanisation de la relation soignant-malade. Il touche les personnes engagées dans une profession de la relation d'aide (2).

L'épuisement émotionnel se définit par un manque de motivation et d'entrain au travail, associé à la sensation que tout est difficile voir insurmontable (3).

Une réduction de l'accomplissement personnel veut dire que le soignant s'évalue négativement, qu'il se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même en tant que professionnel et supportant de moins en moins les efforts qu'il doit faire pour surmonter son épuisement. (3)

La déshumanisation de la relation soignant-malade peut être définie comme un détachement vis-à-vis du patient. Celui-ci étant plus considéré comme une chose, un objet qu'une personne. Il devient alors un cas, un numéro, une maladie. (2)

Ce syndrome qui est longtemps resté tabou fait aujourd'hui parler de lui. En France, on reste un peu en retard, par rapport à d'autres pays, pour lever le voile sur cette vision du médecin que l'on croyait tout puissant, totalement dévoué à ses patients.

Selon une étude réalisée en 2006, 53% des médecins franciliens souffriraient du burn out. D'autres études réalisées à grande échelle en Bourgogne, Poitou-Charentes et d'autres régions

ont confirmé ces données (4).

La Grèce, l'Italie et l'Angleterre ont aussi des taux élevés de burn out.

Les internes seraient également touchés. Dans une enquête faite en 2005 chez les internes en médecine générale lors du choix des stages d'Ile de France, 24,1% avaient un taux élevé d'épuisement émotionnel, 42% avaient un taux élevé de déshumanisation et 48,1% avaient un taux bas d'accomplissement personnel (3,5).

Il est important de noter que le taux de suicide est plus important chez les médecins que dans la population générale (4). Une étude réalisée en 2003 avec l'aide du Conseil National de l'Ordre des Médecins, a permis de montrer que sur 44000 médecins, 492 actifs étaient décédés en cinq ans, dont 69 par suicides, ce qui représente 14% des causes de décès, versus 5.9% dans la population générale du même âge (30 à 65 ans).

Le risque relatif de mortalité par suicide chez les femmes médecins par rapport aux femmes de la population générale va de 2 à 4 (6), il est même plus important quand on les compare avec des femmes d'un milieu socio-économiques identique.

Les conséquences de ce burn out pour les médecins généralistes eux-mêmes et pour les patients sont considérables.

Le modèle dominant du médecin généraliste avec un exercice isolé et libéral, est refusé par les jeunes diplômés qui s'orientent en grande proportion, vers le salariat, hospitalier ou non et les remplacements à plus ou moins longue échéance.

En effet le nombre de remplaçants est en pleine augmentation: plus 754% en 30 ans. L'âge moyen est de 47 ans et l'Ordre observe un grand nombre de médecins de plus de 50 ans qui n'ont jamais voulu s'installer (7).

L'âge moyen d'installation (8) pour les hommes est passé de 31 ans dans les années 1980 à 35 ans en 2001. Une enquête menée par l'URCAM Ile-de-France en 2002 a montré qu'il était de 40.5 ans dans cette région (9).

La féminisation de la profession médicale est un des déterminants des bouleversements de la démographie actuelle et future. En effet en 2020, un médecin sur deux sera une femme. Celle-ci s'oriente préférentiellement vers le salariat ou le travail à mi-temps, afin de ne pas léser sa vie familiale (10).

Le vieillissement de la population médicale et la difficulté de trouver un successeur, associé à un retard à l'installation, ainsi qu'une féminisation de la profession, tendent donc à aggraver la charge de travail pour les médecins généralistes installés ce qui pourrait entraîner une augmentation des chiffres du nombre de burn out durant les prochaines années.

Le burn out a également des conséquences sur la qualité de la prise en charge des patients.

Dans l'enquête réalisée en 2006 par l'URML Ile- de - France, pour 84.4% des médecins interrogés la dégradation de la relation médecin-malade était une conséquence du burn out, suivi de l'altération de la qualité de soin (82.6%) et ensuite une augmentation des dépenses de santé (55.8%) (3, 4).

Toutes ces conséquences montrent l'intérêt pour le patient, la société et le médecin lui-même de prendre des mesures préventives. De nombreuses études sont en cours, pour tenter de découvrir des dispositifs d'aides efficaces aux médecins épuisés.

La création de structures d'aides est difficile du fait du besoin de confidentialité, d'anonymat et de psychothérapies adaptées (11).

Plusieurs hypothèses ont été émises concernant la prévention du burn out. Une de ces hypothèses est celle de la présence d'un étudiant auprès d'un médecin maître de stage. En effet les études de Martinez-Pons, Dilworth, Knoop et Barner relevées dans la revue de littérature de Gerrity montrent que l'activité variée du généraliste maître de stage et le changement régulier d'interne permettent de prévenir le stress et d'éviter le burn out (12).

Le travail d'Anna Jarno-Josse (13) démontre, entre autres, que la maîtrise de stage valorise le

métier de généraliste, développe les sentiments d'altruisme et de fierté et améliore le moral. L'étude de Gerrity (12) appuie l'idée que le fait d'être maître de stage prévient le stress et évite le burn out. Ces études rendent compte des deux composantes du burn out, à savoir l'accomplissement personnel et l'épuisement émotionnel. Nous n'avons pas trouvé d'étude s'intéressant à la troisième composante, la déshumanisation.

Notre étude consiste à analyser l'impact qu'un étudiant pourrait avoir sur la relation médecin malade lorsqu'il est présent lors de la consultation. Notre hypothèse est que sa présence peut améliorer, en tout cas modifier la qualité de la relation médecin-malade. Faute d'étude, nous avons privilégié une approche qualitative qui nous permet de voir les éléments du point de vue des personnes étudiées, de révéler des faits inattendus, de décrire et de tenter de comprendre ce qui se passe, de lui donner du sens et de développer de nouvelles hypothèses. Nous avons choisi de réaliser, à partir d'un guide d'entretien préalable, des entretiens individuels semi-structurés au cours desquels nous avons interviewé des médecins généralistes du Finistère, maîtres de stage depuis moins de cinq ans.

PROBLEMATIQUE

1. Médecine générale et maîtrise de stage (13, 14, 15)

1.1. Le cursus de médecine générale.

Les études médicales débutent par un premier concours très sélectif en fin de première année, le taux d'étudiants retenus est fonction du numerus clausus. Ce concours ne peut être passé que deux fois sauf cas particuliers qui autorisent un troisième passage. Après ce concours une autre année d'enseignement théorique clôturera ce premier cycle d'études médicales (PCEM). Le deuxième cycle d'études médicales (DCEM) dure 4 années au cours desquelles s'associent des enseignements magistraux et des stages en milieu hospitalier. Ainsi les futurs médecins participent-ils aux gardes et découvrent les différentes spécialités hospitalières. En 2010, la possibilité d'un stage de découverte de la médecine générale ambulatoire n'est pas encore financée durablement dans tous les centres universitaires. A la fin de la sixième année, les étudiants passent un deuxième concours, l'Examen National Classant (ENC). En fonction de leur classement, les étudiants choisissent, leur spécialité et leur faculté d'affectation.

Le troisième cycle constitue la spécialisation. Pour la médecine générale, la durée de l'internat est actuellement de 3 ans (mais devrait passer à 4 ans, associée à une réduction de la durée du deuxième cycle à 5 ans au lieu de 6 ans) par stages de 6 mois dont 3 sont obligatoires: service d'urgence, pôle mère-enfant et stage de médecine générale.

Pour obtenir son diplôme de spécialiste en médecine générale, l'interne après avoir réalisé et validé la totalité de ses stages, doit présenter un mémoire de fin de DES (Diplôme d'Etudes Spécialisé) puis soutenir sa thèse d'exercice pour obtenir le grade de docteur en médecine

1.2. Les enseignants de médecine générale.

La maîtrise de stage a débuté dans les années 70 dans quelques facultés pionnières.

Une première loi concernant un stage ambulatoire rémunéré a été votée en 1981. Le stage, variable selon les facultés étaient alors de 20 à 30 demi-journées éparpillées au cours du résidanat.

Mais c'est véritablement en 1997 qu'est créé un stage de médecine générale ambulatoire, d'une durée de six mois, se déroulant dans les cabinets de médecine générale, permettant de passer du stade de l'observation à la prise de responsabilité, en confrontant les étudiants aux situations les plus fréquentes rencontrées en médecine générale (15).

Et depuis 2004 (17), les étudiants en DES de médecine générale peuvent bénéficier, au cours de leur troisième année de formation (5^{ème} ou 6^{ème} semestre), d'un deuxième stage en médecine générale, le Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé ou SASPAS. Ce qui leur permet, après leur premier stage ambulatoire de revenir plus autonome

au cabinet et de s'occuper seuls des patients.

Tout ceci nécessite de la part des médecins généralistes de se former pour accueillir les étudiants afin que ces stages soient les plus enrichissants possibles.

Pour devenir enseignant de médecine générale, le médecin doit exercer depuis au moins trois ans et il doit en faire la demande auprès du doyen de la faculté dont il dépend et du coordonnateur de médecine générale (16).

Le Collège National des Généralistes Enseignants organise une filière de formation spécifique dans le but d'optimiser la formation des internes (17).

Après un tronc commun qui fournit les bases spécifiques des différents courants actuels de la pédagogie et des différents modèles d'évaluation pour adultes en formation initiale, cette filière s'organise autour de trois séminaires de deux journées.

Le premier séminaire a pour objectif d'apprendre à agir en praticien « objet d'études » pour le stagiaire.

Le deuxième séminaire doit apprendre au praticien à se comporter comme un entraîneur, un manager lorsque l'étudiant consulte en sa présence, puis seul. Sont expliquées la supervision avec observation et sans observation directe.

Le troisième séminaire est destiné aux médecins voulant accueillir des internes en stage autonome en soins primaires ambulatoires supervisés. Il s'agit de former les médecins à la supervision et à l'évaluation- de leurs internes- afin que ceux-ci puissent améliorer leurs compétences quand ils consultent seuls.

1.3. Le stage chez le praticien (16, 18).

Ce stage d'un semestre au cabinet d'un ou plusieurs généralistes libéraux est obligatoire depuis 1997 pour tous les internes de médecine générale. Son ambition est de permettre aux jeunes omnipraticiens, grâce à un étayage personnalisé, de gagner du temps et de la sécurité dans leur découverte d'une pratique de médecine générale dont ils ignorent jusqu'alors presque tout. Il est en principe structuré en trois phases qui vont de la simple observation des consultations faites par le maître de stage à l'autonomie où le stagiaire consulte seul mais pour le compte et sous la responsabilité du praticien qui doit rester joignable en cas de problème, en passant par une phase intermédiaire où le stagiaire travaille sous le regard de son aîné. Ce stage doit permettre aux jeunes généralistes de ne plus découvrir leur contexte d'exercice, seuls et dans l'improvisation à l'occasion des remplacements comme c'était traditionnellement le cas.

1.4. Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé ou SASPAS(17).

Le SASPAS est la suite logique du stage praticien durant lequel l'interne est devenu, au fil des mois, un peu plus autonome.

Ce stage permet d'optimiser ses connaissances grâce à des médecins généralistes qui ont reçu la formation adéquate et qui acceptent de confier leur patientèle une journée par semaine. Il faut donc plusieurs médecins pour créer un SASPAS (en général trois ou quatre). Ces médecins ne sont pas présents lors des consultations ou des visites mais restent disponibles en cas de problème ; en fin de journée ils supervisent au cours d'un entretien leurs internes pour confronter leurs avis et aborder les difficultés rencontrées. Le SASPAS doit être réalisé en fin d'internat pour être un tremplin à l'entrée dans la vie professionnelle en toute sérénité.

2. Le burn out

2.1. Historique

Au moyen âge, le stress signifie l'épreuve, l'affliction, puis s'y ajoute les notions d'efforts, de contraintes, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime du syndrome du burn out, envahie, agressée, "consommée" par son travail (19).

C'est le Dr Tissot, en 1768, qui le premier décrit les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive.

Puis il apparaît à travers le "surmenage" de Tuke en 1882 et dans l'"industrial fatigue" de Park en 1934 (20).

C'est à Seyle en 1936 et à Canon en 1942 que l'on doit la définition de la physiopathologie du stress.

Dans le *Concours Médical*, sous le titre *Primum Non Nocere*, Claude Veil décrit en 1959 les premiers états d'épuisements (au travail): "...chargé d'une consultation de psychiatrie du travail... Le concept d'états d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel" pour comprendre et traiter "... des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique". Plus loin encore: "L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives..." (2).

Le terme de "burn out syndrome" naît quasi simultanément sur les côtes Est et Ouest des Etats Unis durant la décennie 70. L'ubiquité des lieux de naissance est révélatrice du fait que le problème "était dans l'air" comme l'écrit Wilmar Schaufeli (psychologue-chercheur du travail Néerlandais) (2).

Le burn out était devenu un élément de la réalité sociale et c'est plus par accident que des cliniciens comme Herberg Freudenberger puis des chercheurs comme Christina Maslach s'y sont intéressés (2).

Herbert Freudenberger intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste dans une « *free clinic* ». Les *free clinics* étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes. L'ouverture du lieu thérapeutique sur la ville, ainsi que des horaires d'accueil différents des autres structures classiques exigeaient une grande disponibilité des soignants. En 1970, Freudenberger utilisera dans ses écrits le terme de "burn out" pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de cette free clinic. Justifiant ce terme métaphorique, il dira plus tard, en 1980 : "Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte".

De nombreux auteurs en Amérique du Nord vont alors étudier ce sujet pour tenter de mieux le définir. Une première grande revue de la littérature paraît en 1982 (Perlman et Hartman), celle-ci compte 48 définitions! (2).

Vers 1975 à San Francisco, Christina Maslach avait elle aussi rencontré le terme "burn out syndrome" en usage auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes.

Pour une meilleure définition du terme C. Maslach et son équipe élaborent un instrument de mesure, le Maslach Burn out Inventory (MBI, en 1980).

Entre 1974 et 1989, on compte plus de 2500 articles parus sur le sujet; les deux cinquièmes sont consacrés aux professions d'aide et de santé, un peu plus du tiers aux professions d'enseignants et d'éducateurs.

Les différentes études utilisent le même instrument de mesure (souvent le MBI). Ceci permet

des comparaisons entre les différents pays européens et dans le monde. Ce fait est suffisamment rare en sciences humaines pour être remarqué.

L'histoire montre comment le burn out, issu d'observations empiriques, est apparu sous deux aspects complémentaires: " en tant que problème social avec des conséquences concrètes et en tant que champ d'études scientifiques avec sa portée théorique" (W Schaucheli) (2).

A l'heure actuelle, la recherche continue d'évaluer et de tenter d'expliquer ce phénomène.

Différentes études (URML de Poitou Charentes (21), Ile de France (4), Bourgogne ...) et thèses lèvent le voile et annoncent même des chiffres très inquiétants: la moitié des médecins généralistes souffriraient du burn out. Mais ces recherches permettent également de mieux comprendre pourquoi la situation en est arrivée là et offrent des pistes pour aider ces médecins en souffrance.

Les causes mises en avant par les médecins généralistes sont souvent d'ordre matériel : excès de paperasserie, charge de travail, augmentation des contraintes collectives, longueur des journées, exigence des patients, difficultés de s'adapter aux nouvelles recommandations. Les spécialistes eux, expliquent le burn out par une blessure de l'idéal (19, 20, 22).

2.2. Définition

Etablir une définition du burn out à un intérêt et des enjeux.

Tout d'abord pour éviter la confusion des termes. Le burn out ne doit pas être considéré comme un "fourre-tout" commode dans lequel viendraient prendre place toutes les revendications professionnelles et/ou corporatistes (2). Il doit également être distingué des pathologies psychiatriques dépressives, anxieuses et paranoïaques, ainsi que de l'insatisfaction au travail.

Egalement parce qu'il existe un enjeu économique. L'enjeu d'avoir une définition claire et cohérente du syndrome est d'autant plus grand que les très nombreuses enquêtes et études épidémiologiques réalisées en Amérique du Nord et en Europe montrent l'importance du phénomène au sein des professionnels de santé. A partir de ces données, on extrapole aisément l'incidence de l'état d'épuisement sur les soins eux-mêmes et les conséquences socio-économiques et financières importantes, même si actuellement ces dernières restent encore difficiles à évaluer. Le stress et ses conséquences représentent un enjeu économique considérable. Si l'on en croit les chiffres avancés par le Bureau International du travail, le montant s'élèverait à 200 milliard de dollars aux Etats-Unis.

En français le dictionnaire Littré nous apprend qu'épuisement est le substantif dérivé du verbe épuiser, qui signifie mettre à sec un puits (20).

Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome. Chacune lui imprime une tonalité différente.

1- Burn out Syndrome : le verbe *to burn out* a des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *To burn out* peut signifier: échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force, de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu.

Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme "burn out" désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine.

2- Kaloschi: le mot japonais donne une dimension encore plus violente au syndrome. *Kalo* signifie mort et *Shi* (par) la fatigue au travail. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) prend dans cette langue une tonalité telle qu'il est suggéré que l'usure peut aboutir à la mort de l'individu.

3- Syndrome d'épuisement professionnel: le terme maintenant consacré en Français

présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet du terme plus imagé de burn out. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome. Malgré ces critiques c'est ce terme qui s'est imposé en langue française.

En 1974, Herbert Freudenberger propose une première définition du burn out fondée sur celle du dictionnaire de Webster, dont D. Bérard et A. Duquette donnent la traduction suivante: *“L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué”* (2).

En 1976, c'est C. Maslach qui définit l'épuisement professionnel des professions d'aide comme *“une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail”*(2).

En 1980, Freudenberger et Richelson mettent l'accent sur *“ l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide”*

Le burn out est considéré par certains comme un état, et pour d'autres, plus nombreux, comme un phénomène évolutif. Edelwich et Brodsky, en 1980, le caractérise par quatre phases: l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et la démoralisation (2).

Malgré les divergences d'opinion, on retrouve des traits communs aux différentes définitions du burn out, comme la dimension de l'épuisement physique et psychique, ainsi que l'aspécificité de la symptomatologie clinique (2)

Toutes les professions peuvent être touchées par l'épuisement professionnel. Suite à une expérience physique et psychique négative liée à un stress émotionnel chronique, le professionnel n'arrive plus à s'adapter à son environnement.

La spécificité des professions d'aide est qu'il existe dans l'épuisement professionnel la notion de déshumanisation de la relation avec les personnes à aider, ce qui est le cœur de notre travail d'étude.

La relation à l'autre est au centre des professions de la relation d'aide, et constitue le sens du travail de l'individu qui en a fait ce choix.

Le burn out est donc lié à des stress d'intensité moyenne mais chronique et répétitifs dans le milieu du travail. Il s'agit également d'une expérience subjective négative qui entraîne une désillusion des soignants (20).

2.3. La symptomatologie clinique du burn out (20)

Elle est riche et variée, pouvant consister en :

- symptômes affectifs: humeur sombre, triste, dépressive. Il peut également survenir des peurs indéterminées, une anxiété inappropriée. L'irritabilité et l'hypersensibilité peuvent compliquer les relations avec autrui.

-symptômes cognitifs: le sentiment d'impuissance, de désespoir ainsi que la peur de devenir fou peuvent envahir le sujet. Il peut exister également des difficultés de concentration, d'attention et des troubles mnésiques. Dans les relations interpersonnelles c'est le cynisme et la déshumanisation d'autrui qui peut engendrer pessimisme et diminution d'empathie.

-symptômes physiques: il y a tout d'abord de très nombreux maux aspécifiques (céphalées, nausées, douleurs musculaires, douleurs abdominales,...) , ainsi que des symptômes psychosomatiques (ulcère), et pour finir les réactions physiologiques au stress: hypertension artérielle, tachycardie...

-symptômes comportementaux: on peut observer une hyperactivité stérile ou au contraire une torpeur marquée d'indécision. Les conduites addictives (alcool) sont fréquentes. Au niveau des relations interpersonnelles, une agressivité, un repli et un isolement social sont possibles.

-symptômes motivationnels : la motivation professionnelle a disparu avec un sentiment de résignation envers les collègues, clients ou patients.

2.4. Les causes du burn out.

Plusieurs hypothèses sont émises.

Celle de la vulnérabilité particulière qu'auraient certaines personnes avant même de s'orienter vers des études de médecine: les individus ayant une personnalité particulière, de type obsessionnel-compulsif, seraient attirés par la médecine et seraient acceptés en plus grand nombre dans les facultés (6).

L'hypothèse environnementale (6). Les agents stressants évoqués par les médecins dans de nombreuses études sont les suivants:

1-le surmenage, l'excès de travail.

2-le fait que les médecins restent enfermés dans leur profession 24 heures sur 24, qu'ils travaillent ou pas.

3-la grande disponibilité du médecin envers ses patients, ce qui représente une contrainte importante et permanente

4-les difficultés diagnostiques.

5-la nécessité de prendre fréquemment des décisions qui engagent la responsabilité du médecin. Ces décisions qui doivent être prises rapidement, comportent fréquemment un niveau d'incertitude génératrice d'angoisse et d'inquiétude. Si ce facteur stressant d'incertitude concernant les résultats d'une décision existe dans presque toutes les professions, cette problématique intéresse en médecine un être souffrant ou craignant de souffrir et de mourir (23).

6-l'inefficacité thérapeutique.

7-la mort, surtout celle des jeunes patients est difficile à accepter.

8-l'impact de l'exercice professionnel sur la vie familiale.

Les cinq marqueurs de risques suicidaires retrouvés dans une étude réalisée dans le Vaucluse, avec l'Amicale des psychiatres (4) sont: les conduites addictives et le divorce (presque une fois sur deux), les difficultés financières et les conflits judiciaires, pénaux, administratifs ou ordinaires et enfin la maladie, mentale (psychose maniaco-dépressive) et somatiques (cancer).

Par ailleurs, il existe depuis plusieurs années des changements socio-culturels qui touchent la relation médecin- malade.

Ainsi Didier Truchot dans son rapport (19) de recherche pour l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne indique: “ *Si les médecins débutent avec des identités tournées vers leurs pratiques professionnelles, on observe ensuite un changement drastique au profit des identités tournées sur soi. Sans doute ce changement est-il lié aux désillusions que traverse la profession*”. Dans son analyse, il identifie la surcharge de travail, les changements de mentalité des patients, l'isolement des médecins comme déterminants à ce changement.

Par ailleurs si le respect social assure un statut gratifiant sur le plan intellectuel et affectif permettant de supporter les effets exigeants du dévouement, a contrario, une image abîmée peut engendrer “*une maladie de l'âme en deuil de son idéal* “ (Freudenberger). Ainsi une modification des conditions d'exercice et une atteinte à une vision idéalisée et idéaliste de sa vocation initiale peuvent entraîner chez le médecin une blessure d'estime. La dévalorisation

de l'acte médicale et par là-même, la non reconnaissance du médecin est une blessure d'estime (22).

2.5. L' échelle Maslach Burnout Inventory.

Une des particularités historiques du burn out est que le syndrome se dessine en même temps que s'élaborent des instruments de mesure (2).

Il existe trois éléments fondamentaux de ce syndrome: l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et la perte de l'accomplissement personnel.

L'épuisement émotionnel est à la fois physique et psychique. Physique car marqué par une fatigue intense qui n'est améliorée ni par le repos ni par les vacances, contrairement aux autres causes de fatigue. Psychique car le sujet a le sentiment d'être complètement vidé émotionnellement. Il n'arrive plus à être dans la relation avec les émotions d'autrui, il est saturé en émotions. Paradoxalement c'est souvent une image de médecin froid, rigide, avec une tendance à l'hyper contrôle qui surgit. Le sujet est dans l'incapacité à exprimer toute émotion car cela pourrait être traduit comme un signe de faiblesse.

La déshumanisation de la relation à l'autre (2). Le terme anglais « *depersonalization* » utilisé par Maslach et Jackson, ne peut pas être conservé en français car ce terme de dépersonnalisation possède en sémiologie psychiatrique française une définition très précise. Il désigne un trouble de la conscience au cours duquel le sujet éprouve l'impression d'une transformation de sa personnalité et d'une modification corporelle, alors qu'il s'agit ici d'une modification de la relation envers l'autre, une perte d'empathie, une difficulté de reconnaître la personne humaine chez l'autre. C'est pourquoi le terme de déshumanisation est plus adapté. La déshumanisation est l'élément fondamental du syndrome.

Le malade devient un objet, un numéro. La personne peut être réduite à l'organe malade et des propos cyniques, un humour noir peuvent prendre le dessus sur un discours jusque-là empathique.

C'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de contrôler le travail émotionnel. Il est ressenti souvent douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome, la diminution de l'accomplissement personnel.

Ce dernier pilier du syndrome se traduit par un sentiment d'inefficacité, d'inutilité pour les patients, associé à un sentiment de frustration et de culpabilité car la relation à l'autre était une de leurs raisons de ce choix professionnel. La démotivation apparaît sournoisement aboutissant soit à un absentéisme (plus fréquents chez les aides-soignantes et les infirmières) soit à un surinvestissement inefficace, et même à des erreurs professionnelles.

L'échelle MBI (annexe 1) étudie le burn out par le biais de vingt-deux questions : neuf se rapportent à l'épuisement professionnel, cinq à la déshumanisation de la relation à l'autre et huit à l'accomplissement personnel. Pour chaque phrase, le médecin doit répondre par une des propositions suivantes: jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine.

Cette grille permet alors de quantifier les différents aspects du burn out, de définir des taux faible, moyen ou élevé pour chacune des trois dimensions (4).

2.6. La prévention.

L'enquête réalisée en Ile de France par l'Union Régionale des Médecins Libéraux en 2006 a

permis aux médecins (spécialistes et généralistes) franciliens de s'exprimer. Ils ont plébiscité cinq solutions pour la prévention du burn out:

- mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale (95,6%)
- prendre en compte le médecin pour lui-même (93,2%), c'est-à-dire plus de reconnaissance.
- mieux préparer les étudiants en médecine (93,2%)
- faciliter la gestion administrative (88,4%)
- déléguer des tâches au personnel paramédical (46%).

Dans un premier temps, il faut que le burn out soit reconnu pour pouvoir lutter contre, et ceci à différents niveaux.

Au niveau individuel, la reconnaissance de l'épuisement professionnel comme inhérent à la profession médicale permet de mieux l'accepter et donc d'être plus à même de le dépister auprès des confrères ou pour soi-même. Dans certains pays comme la Grande Bretagne, l'Australie, le Canada et les Etats Unis, il s'agit d'un devoir confraternel et d'une compétence professionnelle (24) de venir en aide à un confrère souffrant d'épuisement professionnel.

Au niveau individuel, une des voies importantes de la prévention est de diminuer les agents « stressés ». Cela passe par une amélioration de l'organisation : personnel compétent, locaux ergonomiques, horaires adaptés à ses propres capacités.

Au niveau collectif et communautaire, c'est aux associations médicales, scientifiques ou de formations professionnelles et aux syndicats d'élaborer des programmes de dépistage et de sensibilisation. Des expériences se mettent en place, ainsi depuis le 1^{er} juin 2005, un numéro d'appel est à la disposition des médecins en difficulté 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ce dispositif d'aide téléphonique a été créé par le Dr Régis Mouriès et permet de communiquer anonymement avec un psychologue clinicien. Les appels sont des demandes d'écoute (57%), d'information (34%) ou d'orientation (9%) et concernent l'activité soignante (15%), la vie professionnelle (37%), la vie privée (32%), l'articulation de la vie professionnelle-vie privée (16%). Pour l'instant ce dispositif n'est accessible qu'aux médecins libéraux d'Ile de France et de la région PACA, ainsi qu'aux dentistes d'Ile de France, mais le but est qu'il puisse être disponible sur tout le territoire.

L'optimisation du système des gardes, la facilitation des remplacements, nécessitent peut-être l'intervention de l'état.

En Espagne, l'institution ordinaire essaie de faciliter l'accès aux soins de manière anonyme pour ces patients pas comme les autres. A Barcelone a été créé un Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade (PAIMM) qui s'appuie sur une clinique spécialement dédiée aux médecins en souffrance. Cette initiative a de très bon résultat avec 80 à 90% de retour au travail (10).

En Grande Bretagne des cabinets de consultations réservés aux médecins et un « National Counseling Service for Sick Doctors » ont vu le jour (9).

Au Canada, l'association des Psychiatres du Canada a émis dès 1997 une série de recommandations devant régir la prise en charge des médecins atteints de maladie mentale (9).

Au niveau institutionnel, il s'agirait de favoriser les regroupements professionnels, d'améliorer la sécurisation du travail des gardes, de simplifier les tâches administratives et d'augmenter le nombre d'assistantes sociales pour accompagner les patients vers les organismes aux exigences parfois contradictoires (25).

Une autre voie est d'apprendre à mieux gérer le stress.

Tout d'abord il faut libérer du temps consacré aux loisirs et au plaisir, éviter l'autogestion médicale et choisir un médecin traitant (20% des médecins seulement en ont déclaré un (26), communiquer plus avec son entourage et ses collègues en cas de soucis, apprendre à gérer son

stress par des techniques de relaxation et apprendre à dire non calmement.

Concernant les adaptations à introduire dans les cursus de formation des professionnels de santé (22) Il serait utile de réaliser un travail sur l'idéal ce qui permettrait aux futurs médecins de faire des choix plus adéquats entre les idéaux qu'ils poursuivent et la réalité des ressources disponibles et des contraintes irréductibles à laquelle ils seront confrontés.

La sociologue Géraldine Bloy (18), ouvre également une autre voie en évoquant la possibilité de l'effet dynamisant, et anti-routine que pourrait être l'interne lors du stage chez le praticien.

3. L'objet de notre recherche

3.1. La déshumanisation

Nous avons décidé de nous centrer sur une des trois notions qui composent le burn out, celle de la déshumanisation.

D'une part, parce que la déshumanisation est bien au cœur du burn out. En effet le burn out est un syndrome qui touche essentiellement les personnes engagées dans une relation d'aide envers autrui. Donc si cette relation est déshumanisée les professionnels perdent le sens de leur vocation initiale. La question majeure posée par différents médecins, psychiatres, psychologues et sociologues (2, 4) est la suivante « quelle distance avoir pour établir l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soit même ? »

D'autre part, parce qu'il s'agit de la notion qui a été le moins étudiée au travers des diverses recherches réalisées

Pour étudier cette notion il est important de définir deux termes en rapport avec le concept de déshumanisation et que nous utilisons dans notre guide d'entretien.

3.2. La sollicitude et de l'empathie

La sollicitude est un terme riche et difficile.

A en voir sa définition dans le dictionnaire Littré, on comprend l'ambiguïté de ce terme. Le premier sens qui en est donné est le soin plein de soucis, et le deuxième est le soin plein d'affection (donc se faire du souci pour autrui).

Dans le « souci d'autrui » deux conceptions s'affrontent. La première, normative et universelle, relève d'un devoir moral fondé sur la raison et pour le médecin sur la science et ses obligations. Il correspond davantage aux soins centrés sur la maladie et la recherche de la guérison, en tout cas du soulagement. Cette approche privilégie l'acte médical technique afin de « savoir ce que le malade a ». Elle correspond au « cure » des anglo-saxons. La seconde conception, affective et singulière, fait appel à des sentiments d'empathie, de compassion ou de pitié. Elle correspond au « care » des anglo-saxons. Il s'agit d'une approche centrée sur la Personne, qui met en jeu le souci d'autrui sous la forme de la sollicitude, d'attention en privilégiant l'attention aux personnes fragiles et plus globalement à la vulnérabilité pour savoir « ce que la personne veut, ce à quoi elle aspire » (27). Paul Ricoeur définit cette sollicitude, entre sentiment et raison, comme une préoccupation pour autrui avec la particularité d'allier la distance du respect et l'union de l'amour. La sollicitude devient alors cette « *spontanéité bienveillante* » intimement liée à l'estime de soi au sein de la visée de la vie « bonne ». (28)

Le terme empathie (29) est issu du terme grec *en*, dans et *pathêin*, souffrir, éprouver, être

affecté. Il s'agit d'un mouvement psychologique (donc intérieur) par lequel le psychothérapeute s'identifie à ce que pense, ou éprouve son patient, à chaque instant mais sans se mettre à la place du patient, sans souffrir avec lui, en gardant une distance respectueuse. Il s'agit donc d'un des outils les plus précieux du psychothérapeute. Autrement dit l'empathie pourrait se définir comme la capacité, l'aptitude, les dispositions d'un individu à comprendre intuitivement quelqu'un d'autre.

On peut comparer l'empathie à l'identification. Ce mot vient du latin : *idem*, le même et *fiere*, devenir ; ce qui veut donc dire littéralement « devenir le même que l'autre ». Mais l'empathie résulte d'un mouvement d'identification qui est distancé et secondarisé.

3.3. Notre recherche

Notre objectif est d'étudier l'impact que peut avoir la présence d'un interne sur la relation médecin malade lorsqu'il est présent lors de la consultation. Pour cela nous nous sommes appuyés sur l'échelle MBI et avons construit un guide d'entretien à partir de 3 de ses 5 items concernant la déshumanisation. Puis nous avons réalisé des entretiens semi-structurés auprès de médecins généralistes, maîtres de stage depuis moins de 5 ans. Ceci nous a permis d'obtenir le point de vue des médecins concernant la maîtrise de stage, d'apporter des éléments nouveaux sur la relation médecin-malade dans le but d'affirmer ou d'infirmier notre hypothèse et éventuellement d'en créer de nouvelles.

MATERIEL ET METHODE

Pour mener à bien notre étude, une méthode de recherche qualitative nous a semblé plus appropriée qu'une méthode quantitative. Nous postulons qu'elle doit nous permettre de mettre en relief des représentations moins connues. Notre choix s'appuie sur des entretiens individuels semi structurés. Ces entretiens sont réalisés auprès de médecins généralistes à l'aide d'un guide d'entretien (Annexe n°2 et 3).

Ensuite, le chercheur réalise pour chaque entretien un verbatim et une analyse spécifique. Ces analyses spécifiques sont par la suite intégrées dans une analyse globale apparaissant dans le chapitre résultats.

1. Le recueil des données.

1.1. La recherche qualitative (30).

La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. En réalité, il n'y a pas d'opposition mais une complémentarité entre les deux car elles n'explorent pas les mêmes champs de connaissances. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. La méthode qualitative cherche à répondre aux questions du type "comment" et "pourquoi". La recherche quantitative cherche également à y répondre mais de manière statique. Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet d'explorer le lien entre la "vraie vie" du clinicien et la "science dure".

Cette méthode permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des patients, des médecins, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. A ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.

1.2. L'entretien semi-structuré

1.2.1 L'entretien semi-structuré dans notre étude

L'entretien semi structuré, est une technique qualitative de recueil de données.

Dans ce cadre, l'entretien semi structuré consiste en une interaction verbale, se rapprochant d'une conversation entre l'interviewer (ou chercheur) et l'interviewé. Elle s'appuie sur l'expérience et le vécu de l'interviewé et sur les concepts de l'interviewer pour objectiver, dans une élaboration commune, la complexité du thème de la recherche.

Chaque intervenant a un rôle propre.

L'interviewé livre au chercheur les paramètres subjectifs de sa réflexion et de son raisonnement.

Le chercheur recueille la parole de l'interviewé dans une attitude non directive fondée sur l'empathie, la neutralisation de tout jugement vis-à-vis de l'interviewé, la neutralisation de tout rapport de domination implicite.

L'interaction verbale permet au chercheur de construire l'entretien en fonction des propos de l'interviewé (31)

L'entretien semi structuré est construit autour d'un guide d'entretien constitué par une consigne de départ et une liste de quelques thèmes, identifiés par le chercheur, compte tenu des hypothèses de la recherche. Le chercheur tente donc, de confirmer un certain nombre d'hypothèses théoriques, mais le principe de l'interaction verbale peut le conduire à repérer de nouvelles hypothèses inattendues.

Cette méthode d'enquête s'impose dans notre cadre de travail car nous cherchons à découvrir de nouvelles idées qu'une méthode quantitative ne peut pas réaliser.

Une méthode de recherche qualitative peut nous permettre de mettre en évidence des éléments nouveaux concernant le sentiment de déshumanisation que les médecins généralistes peuvent avoir envers leurs patients. L'hypothèse de notre étude est que la présence d'un interne à ses côtés, dans sa pratique quotidienne, puisse modifier ses pratiques, modifier la relation médecin- malade et diminuer son score de déshumanisation. L'entretien semi structuré possède plusieurs qualités intéressantes par rapport à cet objectif :

- il offre à l'interviewé le temps de construire et d'explicitier sa réflexion et sa démarche.
- il permet au chercheur d'identifier des concepts nouveaux.
- l'interaction verbale permet une élaboration partagée et originale.
- le répondant peut valider ou corriger les hypothèses initiales du chercheur.

1.2.2 Le cadre contractuel de la communication

Chaque entretien individuel a été précédé d'un courriel dans lequel le chercheur place le cadre contractuel en expliquant le but et les conditions de l'entretien (Annexe B).

1.2.3 Choix et caractéristiques de l'échantillon

En recherche qualitative il existe deux manières de constituer un échantillon.

L'échantillonnage selon la technique de la boule-de-neige (30) se réalise par l'identification des sujets d'intérêt à partir de personnes connaissant d'autres personnes susceptibles d'être de bons participants à une enquête.

L'échantillonnage raisonné (32) est une procédure d'échantillonnage non probabiliste consistant à sélectionner des participants considérés comme typique de la population cible. Cette procédure est destinée à garantir la validité externe des résultats. C'est cette deuxième méthode que nous avons choisi pour établir notre échantillonnage.

Les médecins généralistes qui participent à l'étude doivent exercer dans le Finistère et accueillir des internes depuis moins de cinq ans. Ce dernier critère nous permettra d'obtenir des informations sur des modifications éventuelles de pratiques depuis leur engagement dans la maîtrise de stage. Le délai de cinq ans est arbitraire, d'une part pour leur permettre d'avoir des souvenirs assez récents et d'autre part pour ne pas restreindre le nombre de médecins généralistes pouvant intégrer notre liste.

Nous avons également essayé d'obtenir un nombre équitable d'hommes et de femmes, ainsi que le nombre de médecins exerçant en milieu rural et urbain. Nous avons obtenus par l'intermédiaire de la scolarité de la faculté de Brest, la liste des médecins généralistes maîtres de stage.

Nous avons ensuite joints par téléphone un premier médecin pour lui expliquer l'objet de l'étude et lui demander son accord pour un entretien soit à son cabinet. Le rendez-vous a été pris directement lors de ce premier contact téléphonique.

Après la deuxième interview, nous avons continué de la sorte en complétant par l'envoi d'un courriel après le premier contact téléphonique. Dans ce courriel nous confirmions le rendez-vous, réexpliquions le thème, le sujet de la thèse et les remercions d'avoir accepté (Annexe B).

Pour obtenir d'autres participants, nous avons appelé les médecins de la liste. Il fallait qu'ils correspondent aux critères et qu'ils acceptent de nous recevoir, ce qui n'a pas toujours été le cas.

A noter que nous n'avons eu aucun refus, mais quelques difficultés du fait des disponibilités de chacun, de l'inexactitude de la liste reçue et ainsi que par rapport aux critères que nous nous étions imposés.

L'échantillon est constitué de huit médecins généralistes exerçant dans le Finistère.

Les quatre premiers interviewés étant des hommes, nous avons ensuite cherché à interviewer des femmes.

1.2.4 Le guide d'entretien

Le premier guide d'entretien, appelé grille Test (Annexes C), a été construit à partir des données tirées de la littérature, et tout particulièrement le Malasch Burnout Inventory.

Le MBI explore trois traits du Burnout (Annexe 1):

-l'épuisement professionnel dans les items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 et 20.

-la déshumanisation dans les items 5, 10, 11, 15 et 22

-accomplissement personnel dans les items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 et 21.

Dans le MBI, pour chaque item le médecin doit répondre par une des propositions suivantes: jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine.

Nous nous sommes concentrés uniquement sur les items concernant la déshumanisation.

L'item 5 du MBI est le suivant: "je sens que je m'occupe de certains de mes malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets".

L'item 10: " Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail".

L'item 11: " Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement"

L'item 15: "Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades"

L'item 22: "J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes".

Notre question 1 (tirée de l'item 5 du MBI) devient : "Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne vous vous occupez des patients de manière moins impersonnelle, moins comme des objets?"

La question 2 (tirée de l'item 11): " Est ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression d'avoir moins de risque de vous durcir émotionnellement?"

La question 3(tirée de l'item 15): "Le sentiment de sollicitude envers vos patients est-il plus, moins marqué en présence d'un interne au cours de la consultation, ou est-il inchangé?"

L'item 22 n'a pas été utilisé et l'item 10 est proche de l'item 15.

La grille test utilisée est en annexe C.

Nous avons commencé par apprendre la grille par cœur, puis nous l'avons rapidement intériorisée, afin que la conversation soit plus fluide.

1.2.5. Evaluation et ajustement du guide d'entretien

Un premier entretien exploratoire (entretien test) réalisé auprès d'un médecin n'appartenant pas à l'échantillon, a permis d'évaluer la grille test et la conduite de l'entretien par le chercheur.

L'entretien test a été très instructif et a entraîné une modification de cette grille d'entretien. La position du chercheur est corrigée.

Cet entretien test, enrichissant, a permis de modifier notre position de chercheur en :

-laissant la parole plus libre à l'interviewé et en rebondissant sur ses propos

-accompagnant la réflexion de l'interviewé par plus de distance vis-à-vis de la grille d'entretien

-étant plus clair, précis et concis dans la formulation des questions.

Nous avons alors décidé de réaliser une introduction pour aborder plus en douceur le sujet, afin de rassurer et de mettre à l'aise le médecin interrogé. Nous avons également posé une série de questions sur le médecin lui-même et sa pratique professionnelle. Concernant les trois grandes questions nous les avons détaillées en les illustrant par des exemples et des questions de relance. Ceci a permis d'aboutir à une nouvelle grille (annexe D) qui a elle-même évolué au fil des entretiens (annexe E).

1.3. Les conditions de recueil des données.

1.3.1. Moment de l'étude

Les entretiens ont débuté en avril 2011 et se sont achevés en décembre 2011

Un délai était nécessaire entre chaque entretien pour réaliser la retranscription en verbatim et une analyse en continu.

1.3.2 Les conditions matérielles

Les entretiens sont enregistrés par un dictaphone numérique à mémoire interne: SONY ICD-BX 800. Puis, les entretiens sont retranscrits par traitement de texte après écoute de la bande numérique. Ils sont référencés en annexe de cette étude.

La durée des entretiens s'étend de 15 à 35 minutes.

2. L'analyse des données.

2.1 L'analyse des verbatim

Le verbatim (31) est le compte rendu intégral, mot à mot, d'un entretien. Il peut comporter des caractères spéciaux pour indiquer les expressions non verbales. Les entretiens ont été retranscrits mot à mot en verbatim. Cette étape exige du temps mais est primordiale, car d'elle dépend l'objectivité des données.

Le chercheur était désigné par « C » et l'interviewé par « I » puis I1, I2... lors de la mise en forme du travail de thèse et d'analyse. L'ordre chronologique de réalisation des entretiens a été ainsi respecté.

2.2. L'analyse des résultats obtenus (33, 34)

2.2.1. Validité des données à analyser.

L'ensemble des données a été ré adressés à l'interviewé correspondant, par courriel (Annexe F), pour relire et apporter des corrections. Nous les avons prévenus de l'importance de cette phase avant l'analyse de leur conversation, afin de respecter au mieux leur pensée; il s'agit du principe d'objectivité qui se superpose à la représentativité d'une étude quantitative par enquête.

Chaque interviewé a validé son verbatim.

Au fur et à mesure des entretiens, l'analyse du chercheur s'enrichit jusqu'à ce que les entretiens n'apportent plus de données nouvelles. Alors, l'étude est interrompue selon le principe de la saturation des modèles. Nous estimons que ce principe est réalisé après le huitième entretien

2.2.2. Etapes de l'analyse des données textuelles.

Dans un premier il s'agit de lire de façon itérative le premier entretien et de noter, en marge, les idées émergentes. Ainsi l'on pourra identifier les thèmes importants du verbatim. On crée ensuite un système de codage. Ici il s'agit d'un codage couleur. Le premier thème, quand il apparaîtra dans le texte sera surligné d'une certaine couleur dans le verbatim, le deuxième thème sera d'une autre couleur et ainsi de suite. (Exemple : tout ce qui concerne le thème de la déshumanisation sera en vert, ce qui touche le thème du plaisir sera en jaune, etc.). On obtient pour le premier entretien un ensemble de thème numéroté de 1 à 5.

Ensuite, une énième lecture s'impose, afin de dégager du contenu de chaque thème, une série de sous thème.

A la fin de ce travail il est nécessaire de chercher les relations entre les différents thèmes du verbatim.

2.2.3. Analyse conjointe par le binôme chercheur et directeur de thèse.

Cette analyse est réalisée de façon parallèle et croisée par le thésard et le directeur de thèse. Ce travail d'analyse conjointe sera réalisé après chaque interview. Ceci qui permet de préciser au fur et à mesure la question de recherche et d'explorer de nouvelles pistes découvertes au fil

des entretiens. Il s'agit donc d'une méthode d'analyse qui permet l'évolution de l'outil de travail au cours du temps.

Ainsi à la fin des entretiens, étant arrivé à saturation des informations, on aboutit à une analyse complète stabilisée sur un corpus de huit entretiens.

On obtient ainsi une grille de codage avec les différents thèmes, les sous thèmes et les références au verbatim associées.

Pour que la lecture des résultats soit plus aisée nous avons organisé notre chapitre résultats en trois grandes parties qui correspondent aux trois questions auxquelles les médecins ont finalement répondu de manière indirecte.

RESULTATS

L'analyse continue et répétée des verbatim nous permet d'organiser et de catégoriser en thèmes et sous thèmes les différentes interviews. En effet du fait de la richesse et de la subjectivité des notions abordées, il est important de hiérarchiser les données recueillies. Ce chapitre comporte donc une première partie qui détaille les caractéristiques des différents médecins interviewés et une deuxième partie qui aborde les trois grands thèmes auxquels les médecins ont répondu à travers le guide d'entretien.

1. Les caractéristiques des médecins interviewés

Les entretiens se sont arrêtés après le huitième devant la redondance des informations apportées par les médecins, ce qui nous a permis d'obtenir une saturation des données. Voici les caractéristiques des médecins correspondant aux critères retenus pour la constitution de l'échantillon et ayant accepté de participer. Ils seront notés de 1 à 8.

Il y a eu quatre hommes interviewés puis quatre femmes.

Concernant les hommes deux travaillent en milieu urbain (Brest et Quimper), un en milieu rural et un en milieu semi-urbain. Tous reçoivent des internes depuis moins de cinq ans.

Concernant les femmes une travaille en milieu urbain (Brest), deux en milieu semi urbain et une en milieu rural. La femme exerçant en milieu rural reçoit des internes depuis treize ans, néanmoins nous avons gardé son entretien faute de trouver une autre femme médecin exerçant en milieu rural et accueillant des internes depuis moins de cinq ans.

1 : Médecin homme, une cinquantaine d'années, exerçant en milieu semi urbain et accueillant des internes depuis 4 ans (Stage chez le praticien)

2 : Médecin homme, une soixantaine d'années, exerçant en milieu rural et accueillant des internes depuis 3 ans (Stage chez le praticien et Saspas)

3 : Médecin homme, une quarantaine d'années, exerçant en milieu urbain et accueillant des internes depuis 2 ans (Stage chez le praticien).

4 : Médecin homme, une quarantaine d'années, exerçant en milieu urbain et accueillant des internes depuis 3 ans (Stage chez le praticien et Saspas).

5 : Médecin femme, une quarantaine d'années, exerçant en milieu semi rural et accueillant des internes depuis 3 ans (Stage chez le praticien et Saspas).

6 : Médecin femme, une quarantaine d'années, exerçant en milieu semi rural et accueillant des internes depuis 4 ans (Stage chez le praticien et Saspas).

7 : Médecin femme, une cinquantaine d'années, exerçant en milieu rural et accueillant des internes depuis 13 ans (Stage chez le praticien et Saspas).

8 : Médecin femme, une cinquantaine d'année, exerçant en milieu urbain et accueillant des internes depuis 5 ans (Stage chez le praticien et Saspas).

La durée des entretiens s'est allongée au fil des interviews, passant de 15 minutes à 35 minutes.

2. Les raisons de devenir maître de stage

Plusieurs médecins ont eu envie de devenir maître de stage après qu'un conjoint, des amis et collègues leurs aient suggéré cette possibilité et les y aient incité. Mais d'autres raisons existent pour expliquer ce choix de pratique professionnelle.

2.1. Intérêts pédagogiques vis-à-vis de l'interne.

2.1.1. La transmission, l'envie d'enseigner.

Pour de nombreux médecins, une des raisons principales est l'envie de transmettre et d'enseigner aux jeunes médecins les connaissances qu'ils ont eux-mêmes acquises au fil des années. On peut noter que pour ces médecins la notion de transmission est associée à des affects positifs comme le plaisir et l'envie.

Pour le médecin 2, être maître de stage était *« une envie que j'avais depuis très longtemps »* mais qu'il n'avait pas pu jusque-là mettre en place faute d'espace suffisant dans son cabinet. *« Transmettre, c'est un échange pédagogique »*.

M3 : *« le plaisir de faire découvrir des choses »*.

M4 : *« apprendre aux petits », « ce plaisir d'enseignement »* énoncé à deux reprises.

M7 : *« d'apporter quelque chose aux jeunes, je pense que c'est une interaction, c'est-à-dire que je leur apporte mon expérience(...) et moi j'y trouve mon compte parce que j'ai de la jeunesse, j'ai des connaissances fraîches, des gens agréables et le côté humain est formidable »*.

M8 : *« j'aime bien transmettre », « j'aime bien transmettre, donc l'idée d'avoir acquis des connaissances et de ne pas en faire profiter quelqu'un... »*

2.1.2. Le travail en équipe, le partage et l'échange des connaissances

Pour ces médecins, l'une de leurs motivations était aussi de rompre leur solitude de consultation, de collaborer avec un pair, même si celui-ci est plus jeune et moins expérimenté, de réaliser un vrai travail d'équipe.

M2 « partager ce que je savais », « apprendre de nouvelles choses », « oui, c'est un échange » « c'est toujours plus facile de travailler en groupe que de travailler tout seul »

M3 : « c'est toujours sympa d'avoir un étudiant qui a peut-être des connaissances un petit peu plus récentes, quelque chose d'un peu interactif ».

M4 : « le travail en équipe parce qu'au cabinet(...) on est un peu seul, même si on a des associés ».

M5 : « partager mon expérience », « l'échange », « échanger c'est toujours agréable », « échange intellectuel ».

M6 : « le plaisir à échanger »

M8 : « j'aime bien le travail d'équipe, j'ai toujours aimé le travail d'équipe, en fait »

2.2. Intérêts professionnels

2.2.1. Se motiver à se former

L'accueil des internes a pour trois des médecins interrogés un but de stimulation à la formation. Ces médecins assurent que le fait de travailler avec un étudiant les stimule et les motive à se former plus activement.

M1 : « Ça m'a toujours intéressé la formation »

M2 : « Je faisais déjà beaucoup de formation à l'époque mais j'étais d'autant plus motivé que je prenais les étudiants »

M7 : « en accueillant des jeunes, me dire que j'allais être obligé de toujours me former, m'informer ». « Pour être sûre d'être toujours, théoriquement, un peu dans le coup au niveau de l'actualité médicale et des nouveautés ».

2.2.2. Se rassurer dans ses connaissances et prendre de l'assurance.

Pour une des médecins interrogés, l'accueil des internes et le fait de leur communiquer les dernières informations acquises lors des formations, lui permet de vraiment s'imprégner de ses dernières acquisitions et ainsi de se rassurer.

M8 « j'aime bien expliquer ce que je fais, j'aime bien la transparence, ça me rassure peut-être quand je fais quelque chose, de le faire devant témoin, de l'expliquer ça me donne sans doute une certaine assurance, je suis plus sûre de ce que je fais quand je peux le faire devant public...avec quelqu'un ». « Ça me conforte dans ce que je fais, en fait je récite les leçons apprises(...) de les dire à voix hautes c'est comme réciter sa leçon, je l'apprends mieux ».

2.2.3. Recruter de futurs remplaçants

Deux des médecins interviewés ont également signalés que l'accueil des internes facilitait le recrutement des remplacements. De plus, pour le médecin 6, il est plus rassurant et plus confortable de se faire remplacer par un interne qu'elle connaît et qu'elle a elle-même formé. Ceci lui permet alors de lui « laisser » sa patientèle en toute confiance.

M3 : *« je me suis dit que si on veut qu'il y ait de la relève (...) il faut faire des efforts, du coup je me suis engagé »*

M6 : *« j'ai trouvé que c'était vraiment intéressant à la fois de (la) former et de pouvoir être remplacé en confiance ».*

2.2.4. Eviter le danger de la routine.

Trois des médecins interrogés ont évoqué spontanément la rupture de la routine grâce à l'accueil des internes. Il s'agit d'une motivation majeure au fait de devenir maître de stage.

M1 : *« pour éviter de sombrer dans la routine »*

M2 : *« Pour faire autre chose, justement pour éviter cette déshumanisation dont on parlait tout à l'heure, pour avoir envie, pour redonner un peu de couleur à ma médecine qui devenait une routine ».*

M4 : *« rupture de la solitude de consultation »*

2.3. **Défendre la profession**

Pour trois des médecins interrogés, le fait d'avoir à leurs côtés de jeunes médecins, leur permet de faire passer des messages sur la médecine générale. Souvent pour la promouvoir, parfois pour dire que la médecine générale est un beau métier et toujours pour mieux préparer les étudiants à la réalité du terrain.

M 3 : *« j'étais pas tellement engagé dans grand-chose et puis je me dis que c'est aussi une façon de participer un peu », « je me suis engagé »*

M5 : *« faire passer un message que la médecine c'est un beau métier », « faire passer le message que tu ne t'occupes pas qu'une d'une hypertension, tu t'occupes de la personne dans son entité ».*

M6 : *« je leur montre que c'est compatible avec une vie de famille, avec une vie de maman, pour moi ça c'est vraiment important ».*

3. Les modifications induites par la présence de l'interne

3.1 L'organisation du travail

Pour tous les médecins la journée s'organise de la même façon que l'interne soit là ou pas. L'heure du début des consultations est la même, l'interne est présent lors des visites si le médecin effectue des visites et le médecin a le même rythme pour les consultations. Il est juste de noter que pour certains médecins qui effectuent un débriefing le soir, pour les médecins accueillant les internes en Saspas, l'heure du départ du cabinet est parfois un peu plus tardive.

3.1.1. Le temps

Pour quatre médecins l'accueil des stagiaires leur prend un peu de temps et pour certains d'entre eux est une source d'effort supplémentaire et donc de fatigue.

M1 : *« c'est vrai que ça prend probablement un petit peu plus de temps quand même de discuter après », « Ça prend un peu plus de temps parce que j'essaie de faire participer quand même l'interne »*

M3 *« ça prend un peu plus de temps »*

M5 : *« c'est fatiguant, c'est fatiguant, c'est des consultations qui sont plus longues déjà, donc au niveau timing il faut prévoir plus longtemps »*

M7 : *« Oui c'est vrai et puis il y a le débriefing du soir, au moins une demi-heure, pendant ou après la télétransmission, où on refait un peu le point de la journée »*

Pour d'autres médecins, c'est seulement au début du stage que la durée des consultations est allongée. Ensuite c'est un gain de temps.

M2 : *« au début, quand ils sont là, je travaille plus lentement, ça c'est... mais ça dure quinze jours, après on gagne du temps, parce qu'il y en a un qui s'occupe des paperasses ou de remplir le dossier, pendant que l'autre fait les examens, donc en fait on gagne du temps quand on est habitué l'un à l'autre, et que l'étudiant connaît l'ordi. »*

Et pour les médecins 7 et 8, la présence de l'interne est un gain de temps car ils partagent leur charge de travail. De plus, en cas de nécessité de visite en urgences, l'interne peut prendre le relais du médecin, ce qui peut permettre de ne pas faire attendre les patients qui sont prévus en consultation au cabinet.

M7 : *« Et au niveau du travail, il faut être très honnête ils nous aident beaucoup, même au niveau de la charge de travail. » . « Lorsqu'il y a des urgences, qu'ils sont tout à fait en capacité de gérer, ils peuvent m'aider ».*

M8 : *« maintenant je suis organisée de sorte que je gagne du temps avec mes internes, donc maintenant je gagne du temps c'est-à-dire qu'on travaille à quatre bras, quatre mains et deux têtes ».*

3.1.2. Les contraintes

D'une part il y a les contraintes matérielles. Deux médecins ont évoqué le problème qui peut exister si le bureau est trop petit pour accueillir l'interne ou s'il n'y a pas de bureau supplémentaire. Ce bureau supplémentaire peut servir à l'interne quand un patient a refusé sa présence en consultation ou au médecin quand l'interne consulte seul.

M2 : *« j'étais dans un bureau trop petit ».*

M6 : *« Il faut une pièce à part, on en avait pas avant et là dans le nouveau cabinet, c'est beaucoup plus facile »*

D'autre part, il y a les contraintes vis-à-vis du patient. Tous les médecins ont une affiche en salle d'attente pour prévenir les patients de la présence de l'interne. Certains médecins

demandent à nouveau au patient, de vive voix, s'ils acceptent la présence de l'interne. D'autres ne redemandent l'accord du patient que pour des consultations spécifiques (examens gynécologiques ou problèmes psychologiques surtout).

M7 : « *quand je sais que c'est ce domaine je demande toujours au patient ou à la patiente si ça les dérange que l'on soit deux, visite de grossesse, etc. frottis chez les femmes* »

M7 : « *je connais relativement bien ma patientèle et je sens tout de suite sur certaines questions qui peuvent être un peu délicates, c'est plus pour la psychiatrie, où les choses gynéco parfois ou sexuel, je sens bien des fois quand il y a une hésitation et là je demande au patient « Souhaitez-vous que l'interne sorte ? Et s'il y a une hésitation(...) je leur réexplique qu'ils sont entièrement libre et qu'il ne faut pas qu'ils se sentent gênés et j'ai un mot en salle d'attente pour ça d'ailleurs* ».

3.2. Les compétences professionnelles.

L'analyse du contenu met en évidence un discours important des médecins sur leurs compétences professionnelles. Parmi les compétences stimulées par la présence de l'interne, ce sont les compétences génériques des médecins qui apparaissent en premiers aux dépens de compétences spécifiques des médecins généralistes comme la prévention et l'éducation (35).

3.2.1. Le raisonnement clinique

Pour trois médecins, la présence de l'interne lors de la consultation, entraîne une hiérarchisation ou une planification de leur prise en charge, ou du moins une mise à voix haute du cheminement intellectuel du médecin qui de toute façon peut être bénéfique pour le patient. Plusieurs médecins ont assurés que l'interne entraîne chez eux une remise en questions plus fréquente.

M3 : « *Oui, ce n'est pas si simple, finalement que notre métier (...) que tout n'est pas arrêté et que parfois c'est sujet à discussion, à des remises en questions* ».

M6 : « *J'aime bien l'idée qu'ils m'obligent à me remettre en questions* » « *je vois un anthrax, quand l'interne est là je vais lui demander qu'est-ce qu'il aurait prescrit et on va avoir une discussion sur fucidine, pyoastacine, les intérêts de l'un, de l'autre, et on va le faire avec le patient, on va parler des effets secondaires, on va souvent parler à trois en fait.* »

M7 : « *Alors que maintenant devant le patient, je verbalise mon raisonnement, je dis « le patient a telle et telle chose, ça permet d'éliminer ça, ça oriente vers telle chose, avec comme probabilité selon la prévalence telle chose, du coup on demande tel bilan, on donne tel traitement ou on ne donne pas, sur les antibiotiques je justifie le choix de la famille, donc oui ça change beaucoup de chose, et souvent les patients me disent « Et bien dites donc docteur, on aurait jamais imaginé qu'il se passait tout ça dans votre tête !* »

3.2.2. La communication et la relation médecin-malade.

* L'écoute

Le fait que l'interne soit présent lors des consultations entraîne, selon les médecins, une

augmentation de leur écoute, c'est-à-dire une écoute plus attentive. Ainsi qu'une plus grande communication avec le patient ce qui aboutit à une meilleure compréhension de son problème.

M1 : *« Plus d'écoute, oui, on est obligé d'être un peu plus vigilant ». « ça nous oblige à un double effort, de faire gaffe à ce que nous raconte la personne... »*

M2 : *« donc ils participent à la méthode diagnostique. » dit-il à deux reprises.
« C'est à dire qu'arrivez au bout du diagnostic, s'il part sans traitement il ne va pas se poser de questions, parce qu'il a compris pourquoi ». « il a une meilleure compréhension clinique ».*

*La sollicitude

La notion de sollicitude a été généralement mal comprise par les médecins interviewés.

Les médecins ont généralement répondu à cette question en ne pensant qu'à une des deux conceptions de la sollicitude qui est l'équivalent du « cure » en anglais ou autrement le soin centré sur la maladie. A cela ils ont tous répondu de façon unanime que la présence de l'interne n'augmentait pas leur sentiment de sollicitude envers le patient.

Les médecins 7 et 8 ont seulement ajouté qu'elles pouvaient faire plus de démarches pour les patients du fait du gain de temps créé par le travail commun avec l'interne.

Le médecin 6, par sa réponse, montre bien à quel point cette notion est difficile à appréhender par les médecins. Mais c'est peut-être la seule qui va au-delà de cette première conception.

M6 : *« Pour moi le souci de soin, c'est ... j'ai toujours pensé que c'était important quand un patient venait me voir pour un petit bobo, c'est important pour moi de savoir si il va bien, ou delà du petit bobo »*

Nous allons voir maintenant que les médecins ont néanmoins abordé la deuxième notion de la sollicitude, le « care » anglo-saxons, à travers les notions d'approche centrée sur le patient et d'empathie.

*L'approche centrée sur le patient

Les propos rapportés par plusieurs médecins évoquent clairement que la présence de l'interne permet de placer le patient au cœur de la consultation.

Pour le médecin 6, au cours de la consultation, elle peut être amenée à faire un résumé de l'histoire du patient, dans l'intérêt de l'interne mais aussi du patient. Ce dernier est alors au centre de la consultation par sa biographie, son histoire.

Le médecin 8 adapte son langage au patient pour lui assurer une bonne compréhension. Ainsi, le patient devient-il ainsi un acteur à part entière du soin intégré dans l'équipe.

Le médecin 5, explique bien qu'il existe une adaptation constante du médecin en fonction du patient pour que la place de ce dernier soit la plus confortable possible.

M6 *« Et puis sinon dans la triangulaire (relation à trois) ce qui est intéressant c'est que je fais beaucoup de psychothérapie, à un moment je vais pouvoir raconter l'histoire du patient, résumer l'histoire du patient, à l'interne et on sait dans l'entretien motivationnel que c'est intéressant de faire un résumé, de rappeler ce qu'on a compris, et je pense que pour le patient*

c'est intéressant... d'entendre son histoire, et souvent il y a une approbation « oui oui c'est ça... »

M8 : « que j'explique aux gens, que j'explique à l'interne, j'ai un peu le même discours, j'essaie de ne pas être trop technique quand j'explique à l'interne pour que le malade ne se sente pas exclue. Je ne vais pas réciter un cours de médecine à un interne en présence d'un malade parce qu'il va se sentir complètement exclue ».

M8 : « la consultation se fasse vraiment à voix haute, je ne veux pas angoisser les gens, mais il faut une conversation à trois, et puis que les gens comprennent bien que c'est un travail d'équipe et qu'ils font partie de l'équipe. Je les intègre dedans, je leur dit pourquoi je leur explique, et pourquoi c'est important de le faire, je le dis à l'interne mais en regardant mon malade et en lui disant « ben voilà pourquoi il faut perdre du poids, quel serait l'avantage à perdre du poids, comment on peut faire... ».

*M5 : « Il y a des patients où il faut que tu prennes la main dans l'entretien, ou tu sais que tu peux laisser l'interne faire l'examen, c'est très très variable, je ne vais pas dire d'emblée « tu vas faire ça »... je vois un peu comment ça se passe, euh, c'est au feeling. »
« puis ça dépend du patient que tu vas avoir en face de toi, tu sais que si tu t'en vas la patiente ne va pas du tout apprécier, c'est très très variable. Je n'ai pas de protocole, c'est au feeling. »*

**Plus d'empathie moins de sympathie.*

Pour les médecins 2, 4, 6 et 8, la relation est plus centrée sur les problèmes médicaux du patient, évitant de basculer dans la sympathie et ainsi améliore l'empathie pour le patient.

Le médecin 2 « montre moins sa proximité » au patient, le médecin 4 dit que, par la présence de l'interne, « on sort du côté paternaliste » et pour le médecin 6, l'interne lui permet de « garder sa blouse de docteur ». Toutes ces expressions renforcent l'idée que grâce à l'interne la consultation est moins sur le mode « copinage » qu'elle pourrait le devenir au fil des années de suivi du patient. Les médecins sont alors plus dans l'empathie que dans la sympathie. Pour le médecin 6 ceci serait positif car cela la protégerait. Le médecin 8 appuie cette théorie. Pour cette dernière, la présence de l'interne éviterait que les patients ne lui fassent trop de confidences sur des sujets qui ne sont pas médicaux, et peu flatteurs.

M2 : « Au niveau de la relation, on est moins...pas moins proche, mais on lui montre moins notre proximité. ».

« On est plus “médical-clinique”, quand l'interne est là, on est beaucoup plus clinique, ce qui fait du bien pour remettre en place le côté médical pur. »

M4 : « le fait d'avoir un interne casse complètement le colloque singulier, parce qu'on va être trois, euh moi je pense que ça augmente la qualité de la consultation, »

« On enrichit beaucoup la relation médecin patient par le... avec un interne. Le dialogue est à trois, on sort de... euh... on sort aussi complètement du côté paternaliste du médecin (...) on est peut-être plus dans l'offre de soins(...) je pense que c'est même mieux. Etre dans l'offre de soins, faire bien son travail, voilà. »

M6 : « Il y a un côté un peu mise à distance, probablement que je suis plus dans l'empathie que dans la sympathie, voilà, l'interne me garde dans l'empathie alors que d'habitude j'ai un tempérament à être dans la sympathie assez facilement. C'est assez protecteur. »

M6 «ça contrarie le patient qui est venu chercher une relation avec moi... » Et par rapport à ces patients-là qui viennent chercher vraiment quelque chose de très très particulier (...) elles viennent chercher vraiment ma sympathie...et moi ça me dérange. »

M6 : « C'est peut-être plus rigoureux, oui, je crois que ça nous protège d'être... de ne pas tomber dans la... les patients qu'on connaît bien (...) être dans de la conversation et l'interne nous oblige à garder notre blouse de médecin, c'est assez protecteur je trouve... »

M8 : « je ne veux pas que ce soit un confessionnal, je ne veux pas entendre les trucs les plus inavouables, je ne suis pas là pour ça, je suis là pour les soigner, donc quelque part, ça recadre un peu la relation médecin-malade ».

3.2.3 Le Professionnalisme

* Plus de rigueur et d'exigence

Pour tous les médecins, la présence de l'interne oblige à plus de rigueur, ainsi ils se laissent moins tenter par quelques raccourcis et ceci à tous les niveaux de la consultation selon le médecin 4, de l'interrogatoire à la réalisation de l'ordonnance, en passant par le respect du patient. Le médecin 6 appuie cette dernière remarque en soulignant qu'elle ne laisse plus son humeur prendre le dessus, depuis qu'elle accueille les internes.

M1 :« je m'oblige à être plus rigoureux(...) j'essaie de prendre le référentiel »

M3 : « ça peut arriver oui, parfois oui qu'on soit un petit peu plus exigeant, et qu'on fasse les choses un peu plus à fond. »

M4 : « Je m'occupe mieux des patients quand l'interne est là, on évite les raccourcis... A la question : « à quel niveau ? » M4 répond : « De tout. De l'interrogatoire, de l'examen, du respect des recommandations, du respect du patient ».

M5 : « je vais être plus protocolisée, je vais avoir une démarche beaucoup plus précise », « en appui avec les nouvelles recommandations qu'ils sont censés connaître, »

M6 : « Du fait que l'interne est là, je ne m'autorise plus à laisser mon humeur occuper le devant de la scène, donc euh, il y a des journées où j'allais être un peu speed toute la journée, des journées où j'allais être plus cool, là je sens que ça m'a poussé aussi moi à faire un travail sur ça et à me dire « ben voilà tes patients sont prioritaires, je dois pouvoir laisser mon humeur au placard » (...)... l'accueil du patient est plus professionnel avec la présence d'un interne. »

*Plus de réflexivité et d'exigence

Pour la plupart des médecins la présence de l'interne les stimule intellectuellement, empêchant les automatismes, et les obligeant sans cesse à justifier leurs choix et à synthétiser leurs raisonnements.

Ainsi, les médecins, pour justifier leurs choix ou éclairer les connaissances de l'interne, ont tendance à s'appuyer plus sur les recommandations et autres textes officiels quand l'interne est présent. Ils ne peuvent plus faire du « bidouillage » comme le dit le médecin 6 et ceci est forcément bénéfique pour la prise en charge du patient.

M1 : quand l'interne n'est pas là, sincèrement on fait en pilote automatique, certains

renouvellements, on souffle un peu. Là... bon forcément on essaie de dire bah oui, de justifier, de dire « qu'est-ce que tu aurais fait? », de mettre un peu en situation ».

M1 : « Quand il y a un interne , on est obligé de reconnaître, que ça nous oblige quand même à un peu de rigueur; on se dit oui quand même , ou quand on le fait pas dans les clous , on dit pourquoi on respecte pas le référentiel; on justifie , j'ai pas fait ça parce que... voilà , mais ça oblige à plus de rigueur »

M3 : « un peu plus de systématisme, qui est parfois très bien d'ailleurs, parce que ça permet de se remettre un peu en cause... »

M7 : « je m'oblige à appliquer les recommandations, euh... je sais que le temps est un petit peu compté donc ça m'oblige à être beaucoup plus quand je dis rigoureuse, ce n'est pas dans le sens strict mais ça veut dire synthétique »

M1 : « quand un interne est en stage avec moi je vais sur internet, lui dire bon c'est urinaire et je vais chercher les dernières recommandations »

M6 : « je sais que ce que je fais plus c'est m'attacher aux recommandations, j'avais la sensation de faire de la médecine...en bidouillant, un bidouillage assez professionnel par ce que je me forme beaucoup, mais quand même j'étais un peu dans la bidouille, et euh...et là, j'ai le sentiment que les choses sont plus... voilà, plus formatées, l'accueil des patients, le recueil des plaintes, c'est moins dépendant de mon humeur »

M8 : « ça m'oblige à être un petit peu rigoureuse, par exemple en fin de journée, un diabétique vient, je suis fatiguée, j'en ai plein les bottes, faudrait regarder ses pieds, je ne sais plus si je les fais il y a trois mois...Et bien l'interne est là, il faut y aller , parce que si je ne regarde pas les pieds du diabétique, l'interne va se dire « mais qu'est-ce qu'elle fout, moi j'ai appris à regarder les pieds ! »

3.2.4. L'éducation, la prévention.

Les internes, seraient vus par certains patients, selon le médecin 8, comme de jeunes médecins avec des connaissances plus récentes, car juste sortis de l'hôpital. Et pour de nombreux patients, l'hôpital est une référence en matière d'actualités médicales et de qualité de soins. L'avis et les dires des internes auraient donc un poids important pour ces patients. Les médecins peuvent donc s'appuyer sur eux pour renforcer leurs messages d'éducation et de prévention. C'est ce que font les médecins 2, 4 et 8, par exemple, dans les pathologies chroniques comme le diabète.

M2 : « Ça nous permet d'insister sur la surveillance, d'insister sur ce qu'il a à faire entre nous (avec l'interne) devant lui (...) j'interroge l'interne comme si c'était un examen (...) mais ça fait un appui pour l'autre, pour le malade (...). En pique de rappel c'est bien. »

M4 : « Ben justement ça permet de s'appuyer sur quelqu'un pour dire, pour faire l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques, c'est bien d'avoir un interne pour faire la conversation à trois (...) Le « et toi qu'est-ce que t'en penses? Et revalide ce qu'on dit, et là le patient a deux avis qui sont probablement dans le même sens, des fois contradictoires, et voilà c'est un débat. »

M8 : « Parfois il y a des internes qui valident en acquiesçant, en remuant la tête, ce que je peux avoir dit, donc ils ne sont pas idiots les gens, ils savent bien que les internes sortent de

l'hosto, ils sont tous frais formés, donc c'est la parole récente qui a été dite ».

3.3. Approche centrée sur l'étudiant

Différentes adaptations sont nécessaires de la part du médecin pour que les consultations à trois se passent le mieux possible pour tous les participants.

D'une part, le médecin doit s'adapter à son interne. Comme le disent les médecins 2 et 7, ils doivent harmoniser leurs comportements à la personnalité des internes, ce qui peut prendre plusieurs jours.

M2 : « Voilà, donc ça dépend, des fois c'est à moi de m'effacer quand l'interne est un peu effacé, et quelques fois c'est l'interne qui, s'il est fort, s'il est très relationnel, capte et je n'ai plus rien à faire, ça se passe tout seul. »

M7 : « ça m'a obligé à me remettre en questions parce que leurs personnalités étant toutes différentes, on est jamais pareil avec deux internes, jamais. »

M7 : « que je me réhabitue à l'interne, ça demande un temps d'adaptation la relation humaine (...) « tiens celui-là ou celle –là il faut que je sois plus maternelle, il faut que je sois au contraire plus en retrait, il faut etc. »

D'autre part, les médecins doivent également adapter le déroulement de la consultation en fonction des connaissances de l'interne qui se modifient tout au long du stage, et aux diverses situations rencontrées en fonction des patients reçus en consultations.

M4 : « après ça dépend aussi du niveau de l'interne, c'est certain que quand on ne maîtrise pas le logiciel, faut peut-être mieux apprendre à maîtriser le logiciel, du coup il fait peut-être un peu plus d'ordinateur, et quand on sent que ça sature, on passe à l'examen, non non, ça tourne, il n'y a aucune règle ».

M6 : « on s'adapte entre chaque patient, chaque patient qui arrive, on voit si l'interne reste ou pas, si c'est intéressant ou pas, on voit s'il commence la consulte ou s'il la termine, et en fonction de l'accueil du patient et de la problématique du patient, on n'hésite pas à changer de siège »

Les changements d'internes et la progression au cours du stage obligent effectivement les maîtres de stage à s'adapter au fil de la journée, au fil des semaines à l'interne.

3.4. Le regard évaluateur de l'interne et son impact sur le maître de stage

Pour les médecins 4, 6 et 8 le regard extérieur de l'étudiant les rend plus performant, les obligeants à être plus attentifs et plus rigoureux.

Pour le médecin 6, ce regard extérieur peut également entraîner une gêne mais ce sentiment s'est estompé au fil des mois de collaboration grâce probablement à une prise de confiance.

Cette rigueur que s'imposent inconsciemment les médecins du fait de la présence de l'interne, peut effectivement donner plus de confiance et d'assurance, comme le dit le médecin 7. Pour elle, c'est un atout face aux patients exigeants.

M4 : *« on évite les raccourcis parce qu'il y a le regard de l'autre ».*

M6 : *« déjà on est obligé d'accepter d'avoir un regard sur ce qu'on fait, donc on doit être au clair avec ça, je m'aperçois qu'en 4 ans je n'ai plus du tout de gêne, même devant les situations de psychothérapie notamment qui me mettais un petit peu mal à l'aise »*

« J'étais un peu gênée et là j'en ai, j'ai plus du tout de gêne. Au fur et à mesure que les internes sont passés moi j'ai aussi pris conscience, pris confiance dans ma, dans la façon dont je fais de la médecine et euh, ça change. C'est surtout ça, être capable d'accepter qu'il y ait un regard extérieur, parce que les choses sont sans doute plus formatées maintenant qu'avant ».

M7 : *« Pour moi ça ne change rien bien au contraire je dirais que ça m'aide parce que le patient agressif ou exigeant, du coup je suis encore plus rigoureuse et j'applique encore plus, soit les recommandations, soit les textes ».*

M8 : *« on est toujours sous un regard extérieur, donc je suis obligée de faire attention ».*

M8 : *« si jamais j'ai dit ou j'ai fait une bêtise parce que j'ai été trop vite par exemple, je sais que l'interne peut tiquer, et je lui dit « tu me dis, tu m'arrêtes quand je dis une bêtise... »*

4. Les facteurs protecteurs contre l'épuisement induits par la maîtrise de stage

4.1. Le plaisir, l'enthousiasme

Les qualificatifs ne manquent aux médecins pour exprimer ce que sont devenues les journées de consultations par la présence de l'interne. Davantage d'envie, de plaisir et de goût à travailler pour le deuxième médecin interviewé. Pour le médecin 4 les consultations sont plus agréables, plus sympathiques. Le médecin 6 dit que, pour elle, l'interne lui a permis de moins s'ennuyer et de prendre conscience qu'elle faisait un beau métier grâce aux messages qu'elle leur transmettait. Et pour le médecin 7, la démarche d'accueillir un interne lui aurait permis d'éviter le burn out.

M2 : *« je viens plus facilement au boulot le matin, j'ai plus envie, j'ai plus de goût à travailler »* *« On est remotivé parce qu'il y a quelqu'un, donc on est remotivé dans le discours, on est remotivé... »*

M4 : *« c'est plus agréable, la consultation est plus sympathique ».*

M6 : *« J'ai vraiment le sentiment de sentir que je fais un beau métier, encore plus depuis que j'ai des internes, ça c'est important, le fait de leur dire et leur dire me fait en prendre conscience. Prendre conscience que je leur montre que c'est compatible avec une vie de famille, avec une vie de maman, pour moi ça c'est vraiment important et peut être que si je n'avais pas d'interne, le nez dans le guidon, je le verrais même pas que c'est bien, voilà. Ça a un côté transmission positive de voir que c'est possible. »*

M6 : *« Et en fait, même si au départ deux sur les huit j'en vois deux avec qui le contact au départ était moyen, très vite il y a eu une ouverture et beaucoup de plaisir à échanger, du plaisir à se retrouver le matin...Au côté relationnel c'est intéressant »*

M7 : *« ça a évité le burn out ! (rire), voilà je crois qu'en gros c'est ça, j'aurais du mal*

maintenant à imaginer de travailler seule tout le temps »

4.2. Le partage des émotions

Les médecins sont nombreux à rediscuter en fin de consultation de cas particulièrement difficiles

Le fait de vivre des émotions communes, partagées ou non dans leur vécu, est pour le médecin numéro 5, un exutoire. En effet le fait de pouvoir partager certaines consultations difficiles et d'en discuter après la consultation lui permet de mieux les appréhender et de mieux les vivre.

M1 : *« de discuter après ».*

M5 *« Oui, c'est un partage, tu partages l'émotion que tu prends en pleine figure de la personne qui est en face de toi, et puis surtout tout de suite après tu en discutes avec l'autre, donc t'en prends moins, c'est clair..*

« Je suis assez impulsive, si ça me touche je vais le dire, si j'ai les larmes aux yeux j'ai les larmes aux yeux, si ça me fait rire, ça me fait rire. Ce n'est pas le fait que l'autre soit là que je vais me cacher dans un sens ou dans un autre, non. Mais tout de suite après je vais le dire, " ben je ne sais pas comment tu as ressenti cette consultation mais moi ça m'a touché...". Le fait de le partager même si on n'est pas d'accord, ça aide. »

M6 : *« si l'interne avait été là je me serais protégé de moi-même, de mes émotions, je ne me serais pas permise de ressentir ce que j'ai pu ressentir, voilà, donc oui finalement c'est une protection ».*

M6 : *« je me sens beaucoup moins victime de mes émotions, pour moi c'est un cheminement personnel et probablement que le fait d'accueillir des internes, m'a poussé à y aller ».*

M7 : *« après on a essayé d'en parler (...) ce n'est pas mon ressenti émotionnel qui est modifié, c'est-à-dire que j'ai ressenti quelque chose, et il m'a semblé important d'en parler avec l'interne ».*

4.3. Moins de consultations

La maîtrise de stage a pour conséquence, pour les médecins 1 et 6, de freiner le nombre de consultations journalières. Sans les internes, ils auraient tendance à consulter plus, et pour eux deux c'est positif, ça leur évite un surmenage. Les médecins 7 et 8, s'accordent également à dire que les internes diminuent leurs charge de travail (cf paragraphe 3.1.1) car la même quantité de travail est faite par deux personnes.

M1 : *« ça oblige à ne pas prendre trop de malade » « quand ils sont là j'essaie de travailler mais sans non plus faire les, je ne fais pas 40 actes par jour, plutôt 25, et il y a aussi les tranches horaires qui sont là, du coup ça évite d'en faire trop, »*

M6 : *« Oui, on ne peut plus travailler autant, je ne peux pas voir autant de patients dans ma journée que je faisais avant, voir 28 ou 30 patients par jour pour moi aujourd'hui c'est pas possible, on a pas le temps de débriefer, on a pas... enfin, je pense que je n'en vois plus que 25*

maintenant et c'est en partie parce qu'il y a des internes... »

4.4 Prendre de la distance avec les patients difficiles

Les médecins 1 et 2 ont évoqué le fait que la présence de l'interne pouvait freiner une éventuelle agressivité de la part des patients.

Pour les médecins 1 et 7 ça éviterait les abus. En effet les patients seraient moins enclins à exiger un traitement antibiotique inadapté si deux médecins leur affirment qu'il s'agit d'une maladie virale et également moins demandeurs d'arrêt de travail injustifiés.

Pour le médecin 8, l'intervention de l'interne au cours de la consultation, évite un rapport de force entre le médecin et le malade, ça humanise l'entretien.

Trois médecins ont confiés avoir perdus des patients depuis l'arrivée des internes. Pour les médecins 4 et 6, c'est un atout car les patients à quitter le cabinet sont généralement des personnalités atypiques plus difficiles à gérer que les autres patients car il s'agit de patients qui recherchent une relation fusionnelle ou séductrice avec leurs médecins. Le médecin 4 les appelle les « hystéroïdes » et le médecin 6 les surnomme les « psychorigides ».

M1 : *« ça peut être un soutien des fois (...) Ça peut les calmer un peu, ils n'oseront peut être pas demandé certaines choses ... »*

M2 : *« peut-être qu'ils seront moins agressifs, ils seront plus étonnés de voir deux personnes »*

M8 *« Le fait d'avoir un interne pendant la consultation, ça l'humanise, ça devrait toujours être comme ça, comme si il y a avait un interne, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune agressivité, ce n'est pas un rapport de force entre en patient et son malade, c'est vraiment on est en équipe, on essaie de faire quelque chose ensemble »*

M7 : *« un patient qui vient chercher un arrêt de travail, il n'osera peut être moins le demander lorsque l'on est deux, il osera peut être moins contredire mon choix... »*

M7 : *« ils n'osent pas réagir parce qu'on est deux à confirmer que c'est viral »*

M4 : *« On défait certains liens un peu hystéroïdes, moi je pense que le fait d'avoir un interne, moi j'en ai toujours un avec moi, et le fait d'avoir un interne en consultation, tout le temps, fait que les patients un peu hystéroïdes s'en vont, ils ne supportent pas de voir un interne »*

M6 *« Et ça fait le tri, les gens psychorigides qui ne veulent pas, ils s'en vont. Donc ça c'est vraiment le premier cadeau de l'interne c'est que l'interne il fait partir tous les psychorigides. »*

4.5. Augmentation de la reconnaissance et de la considération.

Deux des médecins interrogés ont constatés que le fait d'être devenu maître de stage pouvaient entraînés de la part des patients une augmentation de leur reconnaissance, ainsi que de la part des internes.

M2 : *« Je pense qu'ils me respectent plus, enfin c'est plutôt accueilli comme quelque chose de sympathique de ma part »*

M6 : « *La position d'enseignant ambulatoire, je trouvais valorisante, et dans le même temps moi je me suis investie à la fac dans les formations, donc... oui ça nous pousse à aller plus loin... »*

*« Oh c'est valorisant, rien que dans leur regard à eux, c'est toujours intéressant de voir.(...)
Oui dans le regard des internes, oui puis je trouve ça chouette. Et vis à vis des patients, il y a pas mal de patients qui sont assez fiers et qui trouvent ça bien. »*

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode

1.1. Validité de la méthode

1.1.1. L'intérêt de l'étude qualitative

L'étude qualitative permet d'étudier le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une structure influencent le phénomène étudié. La relation médecin-malade en présence d'un interne au cours de la consultation, que nous cherchions à décrire, comprendre et expliquer, nécessite bien sûr plus une étude qualitative que quantitative.

1.1.2. L'échantillonnage « critérié » et représentatif

Notre échantillonnage vise à être plutôt représentatif de la population étudiée. La population étudiée est celle des médecins généralistes maîtres de stage. Nous nous sommes restreints géographiquement à la population des médecins généralistes du Finistère pour que l'étude soit techniquement réalisable. Ensuite nous avons établis quelques critères. Nous avons interviewés autant d'hommes que de femmes, trois exerçant en milieu urbain, deux en milieu rural et trois en milieu semi-urbain. Concernant les âges nous avons essayé d'équilibrer entre 40 et 60 ans.

Le dernier critère est que leur maîtrise de stage date de moins de cinq ans, afin que les médecins interviewés puissent plus facilement comparer leur pratique entre l'avant et l'après maîtrise de stage.

Pour finir il est important de préciser que l'étude s'est achevée par le principe de saturation d'information obtenue après ces huit entretiens.

1.1.3. Critères de crédibilité

Après chaque interview, vient le temps de la retranscription du verbatim et celui-ci a été ensuite envoyé par mail à chaque interviewé qui devait relire et donner son accord pour l'utilisation de cet entretien. Ceci constitue un critère de crédibilité pour notre étude. Chacun

des intervenants a donné son accord pour que ses propos soient utilisés dans notre étude.

Nos grilles d'entretiens ont été réalisées à partir de l'échelle Malasch Burnout Inventory qui a été validée comme outil d'étude à l'échelle internationale. Evidemment nous n'avons pu garder tels quels les items cités du fait de l'introduction de la présence de l'interne indispensable à notre recherche. Néanmoins nous avons essayé d'être au plus proche de cette échelle.

1.1.4. Double analyse

Selon Jacques Cittiée (33), responsable des thèses au département de médecine générale de Créteil, la validité de l'analyse des données qualitatives s'accroît lorsqu'elle est menée de façon conjointe par plusieurs analystes, ce qui, pour cette étude, a été le cas. L'analyse a été menée de manière parallèle et croisée par notre binôme chercheur-directeur de thèse ce qui a permis de développer graduellement une analyse qualitative et d'aboutir à une analyse complète stabilisée sur un ensemble de huit entretiens.

1.2. Les limites de la méthode

1.2.1. L'échantillonnage

Une des médecins interviewés ne répondait pas au critère de délai de maîtrise de stage. En effet le médecin 7 recevait des internes depuis plus de 5 ans. Néanmoins par manque de médecins femmes exerçant en milieu rural (et acceptant de nous recevoir,) nous avons décidé de garder et d'intégrer cette interview à notre recherche.

1.2.2. Le déroulement des entretiens

Au fil de nos années d'études de médecine, jamais je n'avais été amenée à réaliser ce type d'interview. Cet exercice très particulier m'a posé beaucoup de difficultés. En effet, bien qu'il s'agisse, tout comme dans l'interrogatoire, que l'on a l'habitude de pratiquer avec le patient, de poser des questions ouvertes, mon entretien test a été très bref. J'avais la fâcheuse tendance à couper la parole au médecin interviewé, à ne pas rebondir sur ses propres propos et donc à stopper l'échange, ce qui est très dommageable pour une étude qualitative.

En rédigeant mes interviews, je me suis aperçue bien évidemment de mes erreurs, et grâce aux conseils de mon directeur de thèse, j'ai petit à petit laissé plus de liberté et d'expression aux médecins, ce qui s'observe dans l'allongement de la durée des entretiens et dans la richesse du contenu.

1.2.3. Les limites méthodologiques

S'agissant d'une thèse qualitative et étant donné la thématique étudiée, les questions que nous avons intégrées dans notre grille d'entretien pouvaient paraître parfois floues. Cette complexité a été difficile à appréhender par certains médecins. Mon manque d'expérience n'a pas toujours laissé le temps à mes interlocuteurs de s'exprimer autant qu'ils auraient pu le faire avec un intervieweur plus aguerri. Je n'ai pas su bien les éclairer ni les guider quand il s'agissait de notion philosophique/ éthique comme la sollicitude.

Il me semble aussi que certains médecins ont émis quelques craintes d'être jugés par moi et/ou les futurs lecteurs. Je devais alors leur rappeler le principe d'anonymisation et de transparence.

2. Discussion des principaux résultats

2.1. Nos travaux confirment les résultats d'autres études

2.1.1. La valorisation du métier de généraliste

Au cours de nos entretiens, plusieurs médecins ont exprimé leur satisfaction d'être devenus maîtres de stage, car pour eux ce nouveau statut permettait de valoriser leur profession aux yeux de la société.

La valorisation de leur statut grâce à leur fonction d'enseignant ambulatoire est reconnue à travers plusieurs études rigoureuses.

On peut citer la thèse de Thomas Brault (36), réalisée par des entretiens semi structurés avec recherche de saturation des données mais analysée par un seul chercheur. Selon cette étude, les médecins généralistes éprouvent une satisfaction à montrer aux futurs médecins que leur exercice est diversifié et qu'il est compatible avec une vie personnelle épanouissante. Il démontre également que la satisfaction des médecins est renforcée par la reconnaissance des patients du fait de leur statut d'enseignant.

L'étude de Walters (37) est une revue de la littérature de nombreuses études internationales avec une description des sources de données et une précision quant aux modalités de l'analyse de cette littérature. Walters affirme que le plaisir des médecins généralistes maîtres de stage est favorisé par le regard de l'étudiant, celui-ci voyant son maître de stage comme un modèle, ce qui augmente la confiance de ce dernier dans ses capacités de transmission de connaissances.

2.1.2. Le développement d'un sentiment de fierté

Certains des médecins que nous avons interrogés ont évoqué la notion de fierté. Fierté d'avoir ce nouveau rôle, fierté ressentie à travers le regard des étudiants et parfois des patients.

Le sentiment de fierté peut venir de deux aspects. D'une part, la fierté professionnelle d'avoir un statut complémentaire d'enseignant. C'est ce qui est retrouvé dans la revue de littérature de Walters (37). Et d'autre part, ce qui est dit dans la revue de littérature de Ferenchick (38) (revue de littérature non exhaustive et méthodologie non détaillée), c'est que cette fierté serait accrue par le fait de transmettre de nouvelles connaissances et de nouvelles techniques aux futurs médecins.

2.1.3. Le regard évaluateur de l'interne, vecteur de performance et d'assurance

La thèse de Thomas Brault (36) montre que le regard extérieur de l'interne stimule les médecins généralistes dans leur façon de travailler. Notre thèse a permis de mettre en évidence deux conséquences positives supplémentaires à ce regard évaluateur.

La première, évoquée par le médecin 7, est que cette présence externe augmente la confiance en soi du médecin et son assurance devant le patient. Ceci est également retrouvé dans les travaux de Walters (37).

La deuxième conséquence, énoncée par trois des médecins interviewés, est que ce regard évaluateur d'un tiers les oblige à être plus attentifs et plus rigoureux et donc plus

performants. Cette affirmation a été retrouvée dans plusieurs études, dont les thèses de Ferrenchick (38) et Brault (36).

2.1.4. L'amélioration du moral

Le plaisir et l'enthousiasme sont les termes employés pour décrire ce que sont devenues les journées de travail en présence d'un interne. Ce sont des adjectifs forts qui montrent à quels points la maîtrise de stage est vécue comme quelque chose de positif pour ces médecins que nous avons interrogés. De nombreuses études corroborent nos résultats.

On peut citer l'étude rigoureuse d'Hartley (39). Il s'agit d'une étude qualitative réalisée auprès de trente médecins généralistes maîtres de stage, leur grille d'entretiens a été construite à partir du croisement de *focus groups*, d'une revue de la littérature et de l'expérience du chercheur. Pour lui ce meilleur moral vient de plusieurs facteurs : le contact avec des étudiants enthousiastes, l'amélioration de l'image de leur pratique, la variété apportée par l'enseignement et l'effet positif sur leur propre formation. Tous ces éléments ont été retrouvés au fil de nos interviews.

2.1.5. La prévention de l'épuisement professionnel

Au cours de nos entretiens 2 médecins ont clairement affirmés que la maîtrise de stage leur avait évité le burnout.

Ceci est corroboré par l'étude de Rutter (40). Il s'agit d'une revue de la littérature d'assez bonne qualité, car les questions de recherches ont été bien posées, les sources des données bien décrites et différents moteurs de recherches ont été utilisés. Le seul point critiquable est que les critères d'inclusion des articles ne sont pas précisés. Pour Rutter, le statut professionnel renforcé, la reconnaissance des pairs, l'accroissement du contrôle des médecins généralistes sur leur environnement et l'enseignement source de motivation et de satisfaction, sont autant de facteurs protecteurs contre l'épuisement professionnel. Il a également démontré que le degré d'investissement dans la formation était inversement proportionnel au score de dépression.

On peut également citer la revue de littérature de Gerrity (12). Celui-ci démontre que l'activité variée du médecin généraliste maître de stage et le changement régulier d'interne permettent de prévenir le stress et d'éviter le burnout.

Un des éléments retrouvés au cours de notre recherche qui favorise la prévention de l'épuisement professionnel est la diminution du nombre de consultation journalière. Ceci a été retrouvé dans plusieurs études ce qui contribue à leur crédibilité et leur transférabilité. Selon l'étude de Walters (37) les médecins maîtres de stage verraient de 6 à 10 patients de moins par jour par rapport à un médecin non maître de stage.

Une des médecins interviewée nous fait émettre l'hypothèse que le risque d'épuisement émotionnel serait diminué par le partage des émotions au cours ou après la consultation.

2.1.6. La modification de la relation médecin-patient

Notre recherche a mis en évidence que l'écoute du médecin pour le patient est plus attentive. L'étude de Delfarriel (41), qui est une étude déclarative d'un échantillon restreint de

médecins, donc moins rigoureuse, met en évidence un allongement de la durée de consultation en partie due à l'augmentation du temps d'écoute du patient. Selon lui, 15% des médecins porteraient davantage attention au propos du patient en présence de l'interne.

Du fait de cette triangulaire, plusieurs médecins ont affirmé qu'une communication à trois se crée au cours de la consultation, le patient participe ainsi de manière plus active à la méthode diagnostique, ce qui lui permet d'avoir une meilleure compréhension de la démarche diagnostique et thérapeutique.

Notre étude met également en avant le fait que le médecin peut adapter son langage pour favoriser la compréhension du patient. Ceci est affirmé également dans la thèse de Delfarriél (41) pour qui 23% des médecins auraient un langage plus adapté en présence du stagiaire.

On peut également ajouté que certains médecins examinent leur patient à voix haute en présence de l'interne, ce qui peut permettre au patient d'avoir des informations supplémentaires, qu'il n'aurait pas eu en l'absence de l'interne. Mais ceci est à préciser par de nouvelles études.

Nous avons également démontré que certains médecins débutent leurs consultations par un résumé de l'histoire des patients et / ou par un rappel de leurs antécédents, ce qui replace le patient au centre de la consultation. Ceci appuie les résultats de Worley (42). Il s'agit d'une étude réalisée par des observations directes de consultations. Selon lui, en présence de l'interne, le maître de stage consacre plus de temps à reprendre les antécédents et l'histoire du patient. Il passe également plus de temps à faire des recherches dans la littérature et à revoir le dossier du patient.

Le dernier élément à noter, et l'un des plus importants est que la présence de l'interne entraîne une augmentation de l'empathie et une baisse de la sympathie. Le fait de recentrer la consultation sur les questions purement médicales crée une distance plus respectueuse entre le médecin et le patient. Ceci représente un frein pour les patients recherchant une relation fusionnelle avec leur médecin.

2.2. Nos travaux mettent en évidence des résultats peu ou mal connus

2.2.1. Les compétences professionnelles

Si les modifications de la communication et de la relation médecin-patient sont des données connues, le retentissement de la présence d'un interne sur d'autres compétences du médecin sont moins connues.

L'éducation et la prévention

L'étude de Ferenchick (38) peu fiable car sa méthodologie est imprécise, dit que le temps consacré à l'éducation du patient est majorée en présence de l'interne et que le patient profite des leçons éducatives du médecin faites pour l'interne. Notre recherche corrobore ces résultats et va plus loin. Plusieurs médecins ont pris l'habitude de s'appuyer sur l'interne pour faire passer leurs messages d'éducation et de prévention. Deux raisons peuvent expliquer cela. Premièrement, les médecins considèrent que deux paroles valent mieux qu'une et que le patient sera plus convaincus par deux médecins que par un seul.

Deuxièmement, un des médecins, que nous avons interrogé, a ajouté que pour de nombreux

patients les étudiants, sortent ou sont encore dans le système de la faculté et de l'hôpital et donc leurs connaissances sont plus récentes donc plus fiables. Les patients prennent alors en considération, avec attention, leurs propos.

Le professionnalisme

Nous n'avons retrouvé aucune étude concernant le professionnalisme quant à la gestion émotionnelle de la relation médecin – patient en présence de l'interne. Pourtant une des médecins interviewée a affirmé que l'accueil des internes avait modifié son comportement et empêchait son humeur de prendre le dessus sur une journée de consultations. Elle avoue que son comportement est plus neutre quelques soit ses problèmes personnels.

2.2.2. La prévention de l'épuisement par la mise à distance de certains patients difficiles

Au cours de nos entretiens plusieurs médecins ont affirmés que certains patients avaient quittés leur cabinet à la suite de l'accueil des internes. Ce sont les patients hystéroïdes pour le médecin 4 et les patients psychorigides pour le médecin 6. Pour les médecins concernés, il s'agit de patients à personnalités particulières et par conséquent, difficiles à gérer. De ce fait, c'est parfois un réel soulagement pour ces médecins interrogés et l'on peut considérer que le fait de ne plus avoir à s'occuper de ces patients est un facteur protecteur contre l'épuisement professionnel. Ceci n'a pas été retrouvés dans les différentes recherches effectuées et méritent que l'on s'y intéresse.

2.3. Nos résultats n'ont pas répondu à la question de la déshumanisation.

Nos résultats illustrent que la présence d'un interne est susceptible de prévenir le burnout à travers deux de ses composantes les plus étudiées, à savoir l'accomplissement personnel (fierté, plaisir, assurance, valorisation) et l'épuisement émotionnel (moral, empathie, relation avec le patient).

Nous n'avons cependant pas réussi à approfondir la notion de déshumanisation à travers ce terme ni à travers celui de sollicitude.

La déshumanisation apparaît très peu au cours des entretiens. Il figure seulement au début des entretiens lorsque je débute les interviews et que je les questionne sur la définition qu'ils peuvent m'en donner. Néanmoins ce terme revient peu au cours des interviews. Une des hypothèses est que ce terme est lui aussi trop complexe. Une autre hypothèse est que ce terme est inadéquat dans le contexte de ma recherche et en discordance avec mes autres questions. En voulant rester proche de la grille d'entretien, construite à partir de l'échelle validée Malasch Burnout Inventory, mes questions ont été trop objectives pour laisser place à ces notions.

Nous n'avons pas pu obtenir plus de résultats sur la notion de sollicitude. Il existe plusieurs raisons à cela.

Tout d'abord, il s'agit d'une notion complexe, peu connue des médecins interviewés et nous n'avons pas réussi à leur expliquer clairement ce terme au cours des entretiens.

Ensuite, le temps laissé à la réflexion a sans doute été trop bref au cours des entretiens du fait de mon manque d'expérience, et les questions abordées mal adaptées entraînant plus de silence et d'incompréhension que de réponses analysables.

Pourtant la recherche en éducation médicale souligne cette notion. Ainsi parmi les

caractéristiques personnelles des bons modèles de rôle que sont les enseignants cliniciens, M. Chamberland et R. Hivon retrouvent-ils dans leur revue exhaustive de la littérature, la compassion, le souci des autres et l'enthousiasme par rapport à la profession et à l'enseignement (43). Ces résultats sont confirmés par l'étude qualitative récente de Wright et Carrese (44). Ces caractéristiques personnelles se développent-elles au contact de l'interne ? D'autres études semblent nécessaires pour le préciser.

3. Nouvelles perspectives

Le défaut de notre recherche est donc de ne pas avoir assez d'éléments concernant la part de déshumanisation que comporte le burnout. La notion d'empathie a, quant à elle, été plutôt bien étudiée. Il serait donc intéressant de compléter nos travaux par des recherches plus ciblées sur le concept de déshumanisation. Une approche qualitative par enquête de groupes ou *focus group* permettrait par le jeu des interactions d'approfondir la complexité de ce concept et sa réalité dans l'exercice.

Il serait également intéressant de réalisés des études afin d'affirmer ou d'infirmer les résultats inattendus que nous avons dégagés comme le contrôle de la gestion de son humeur en présence de l'interne ou l'amélioration de certaines compétences professionnelles.

La réalisation de ce même type d'étude, dans d'autres départements de médecine, serait utile pour savoir si nos résultats sont superposables.

CONCLUSION

A partir d'une double analyse chercheur-directeur de thèse, de huit entretiens semi-structurés réalisés auprès de médecins généralistes maîtres de stage finistériens, notre travail a tenté de mieux appréhender les modifications apportées, par la présence de l'interne, sur la relation médecin-patient.

Notre étude a montré que la maîtrise de stage avait plusieurs impacts positifs pour les acteurs de cette relation triangulaire. Tout d'abord, elle valorise le métier de médecin généraliste auprès des étudiants, mais aussi aux yeux des patients. Ensuite, elle a plusieurs impacts positifs sur le médecin enseignant comme le développement d'un sentiment de fierté, une amélioration de son moral et la prévention de son épuisement professionnel. Enfin, la présence de l'interne entraîne plusieurs modifications de la relation médecin-malade comme une écoute plus attentive du médecin pour le patient, une adaptation de son langage, un récapitulatif plus fréquent de l'histoire et des antécédents du patient et une augmentation de l'empathie du médecin. Ces résultats corroborent plusieurs études.

Nous avons aussi mis en évidence quelques éléments nouveaux.

Le premier est que la maîtrise de stage entraîne le départ de certains patients. Ce phénomène semble être un soulagement pour les médecins concernés car il s'agit de patients difficiles à gérer.

Le deuxième élément important est que plusieurs médecins prennent appui sur les internes pour affermir leurs discours sur l'éducation et la prévention.

La troisième nouveauté apportée par notre étude est que la maîtrise de stage oblige à plus de rigueur quant à la gestion émotionnelle de certaines consultations.

Ces trois derniers résultats n'ont pas été retrouvés dans d'autres études et nécessitent d'être confirmés par de nouvelles recherches.

Le point faible de notre thèse est la déshumanisation, thème que nous aurions voulu analyser plus amplement. Mon expérience limitée dans le rôle d'intervieweur a été insuffisante pour permettre aux médecins interviewés de s'épancher sur ce thème complexe. Une thèse récente (45), celle de Valériane Komly et Antoine Le Tourneur, dirigé par le Dr Eric Galam, réalisée à l'échelle nationale, avec un très fort taux de participation sur l'ensemble des internes de médecine générale, montre un pourcentage de 34% de déshumanisation. Ce chiffre expose l'importance du phénomène. Pour Eric Galam ce taux important de déshumanisation est la conséquence de la réification du patient au cours des années d'apprentissage de la médecine théorique et ce ne serait que lors de la pratique professionnelle que le médecin humaniserait son patient.

D'autres recherches sont nécessaires pour comprendre comment améliorer cette empathie et pour appuyer les éléments nouveaux que notre recherche a mis à jour.

BIBLIOGRAPHIE

Références indexées dans mon travail :

1. Weber J-C. Evolutions de la relation médecin-malade. Presses Universitaires de Strasbourg. Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales 2003 : 23-36.
2. Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants: de l'analyse du burnout aux réponses. Paris ; Masson ; 1998. 215p.
3. Galam E. Burn out des médecins libéraux, 1^{ère} partie : une pathologie de la relation d'aide. Médecine 2007; 419-421.
4. Galam E, Leopold Y. Burn out. Con. Med 2008; 130:393-405.
5. Barbarin B, Goronflot L. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes en médecine générale. Enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008.
6. Chocard A.-S, Gohier B, Juan F et al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale 2003; 7 (65):23-28.
7. Nau J.-Y. Remplaçant un jour, remplaçant toujours? Rev. Prat. Med. Gen 2011; 25(853):5.
8. Lucas-Gabrielli V, Soutry Le Guéllec M.-J. Evolution de la carrière libérale des médecins généralistes en fonction de leur date d'installation (1979-2001). Bulletin d'information en économie de la santé. IRDES 2010;81: 1-8.
9. Galam E. Burn out des médecins libéraux, 3^{ème} partie: des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. Médecine 2008; 43-46.
10. Roy P. Diplômés du troisième cycle de médecine générale, vivre et travailler autrement. Le quotidien du médecin 2009; 8550: 8.
11. Leopold Y, Hodé Y. Former des médecins pour prévenir le stress. Panorama du médecin 2011 ; 5224 suppl : S9-10.
12. Gerrity M.-S, Pathman D.-E, Linzer M et al. Career satisfaction and clinician-educators. J Gen Intern Med 1997; 12 (Suppl 2): S90-7.

13. Jarno-Josse A. Impact de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage en contexte de soins primaires et en milieu ambulatoire. Résultats d'une revue méthodique et systématique de la littérature. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine générale, Brest ; 2011.
14. Girard A. L'interne pour le maître de stage, interview du Dr Florentin maître de stage à Senones. *L'antidote*, le journal des internes de médecine générale. 2010 ; 11:9.
15. Portier Le Carpentier M. Quel est le vécu des maîtres de stage accueillant un interne en SASPAS. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Paris ; 2010.
16. Gilbert S. Devenez maître de stage ! *Rev. Prat. Med. Gen* 2003 ; 17(613/614): 673.
17. Attali C. Guide pratique de l'enseignant clinique ambulatoire en médecine générale, Vol 3. Fonctions de l'ECA en stage ambulatoire en soins primaires et en autonomie supervisée (SASPAS, niveau 2). Collège National des Généralistes Enseignants. Paris ; 2010. En ligne http://www.medecinegen-creteil.net/IMG/pdf/Programme_T2T3_DES_MG_Creteil_2011_2012.pdf (page consultée le 14/04/2012)
18. Bloy G. La transmission des savoirs professionnels en médecine générale : le cas du stage chez le praticien. *Revue Française des Affaires Sociales* 2005 ; 1 : 103-25.
19. Gautier I. Burn out des médecins. De l'idéal à l'usure. *Revue de psychiatrie*. Disponible sur http://www.psythere.free.fr/article.php?id_article=30 (page consultée 25/04/2009)
20. Andlauer O. Etude de la notion de burn out Besançon ; 2009. En ligne http://www.zhuadongxi.com/go/World/Fran%C3%A7ais/Soci%C3%A9t%C3%A9/Travail/Epuisement_professionnel/www.souffrance-du-soignant.fr/_uses/lib/6521/Le_burn_out.pdf (page consultée le 14/04/2012)
21. URML de Poitou Charentes. L'épuisement professionnel des médecins libéraux, une approche compréhensive en Poitou- Charentes. Disponible sur http://www.urml-bretagne.fr/fileadmin/templates/urmlb/public/PDF/11361_b01.pdf (page consultée 5/01/2010)
22. Daloz L. Epuisement professionnel et blessures de l'idéal. *Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale*. *Pédagogie médicale* 2007; 8 (2): 82-90.
23. Duhot D, Clerc P. L'incertitude en médecine générale : comment la réduire. *Rev. Prat. Med. Gen* 2006 ; 20 (744-745) : 1089-90.
24. Justin A. Heyrman J. Svab I. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. *Wonca Europ* ; 2002. En ligne <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf> (page consultée le 14/04/2012)
25. Galam E. Burn out des médecins libéraux, 4^{ème} partie: un problème individuel, professionnel et collectif. *Médecine* 2008; 83-85.
26. Hurtebize P. «Trop de médecins négligent leur santé». *Con Med* 2009;131:113-14.

27. Svandra P. Eloge du soin. Une éthique au cœur de la vie. Paris : Editions Seli Arslan, 2009.
28. Ricoeur P. Soi-même comme un autre. Paris : Le seuil, 1990.
29. Bagros P, Le Faou A-L, Lemoine L et al. ABCDaire des sciences humaines en médecine. Paris, 2004 : 228.
30. Aubin-Auger I, Mercier A et Cie. Introduction à la recherche qualitative. Exercer La revue de médecine générale; 19 (84): 142-45.
31. Jones R, traduit par Burnay N. et Servais O. L'entretien. Méthodes de recherche en sciences humaines. Bruxelles : De Boeck : 2000 : 120-25.
32. Letrillard L et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer La revue française de médecine générale. 20 (88): 106-12.
33. Cittiée J. et al. Développement d'une technique d'accompagnement structuré dans l'analyse qualitative de contenu mené par un thésard. Congrès du Collège Nationale des Généralistes Enseignants. 2010, Rouen.
34. Wanlin P. L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels. Recherches qualitatives 2007 ; 3 (Suppl) : S243-72.
35. Attali C, Druais P.-L. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. Collège national des médecins généralistes enseignants. Toulouse ; 2009. En ligne <http://www.medecinegen-creteil.net/College/Referentiel%20metier%20competence%20toulouse%20PLD%20CA%5B1%5D.pdf> (page consultée le 14/04/2012)
36. Brault T. Le stage chez du praticien en médecine générale: opinions des maîtres de stage de la faculté de Rennes. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, Rennes ; 2007.
37. Walters LS, Worley PS, Prideaux D, Rolfe H, Keaney C. The impact of impact of medical students on rural general practioners perceptors. RRH. 2005; 5: 403.
38. Ferenchick G-S, Chamberlain J, Alguire P. Community-based teaching: defining the added valve for students and perceptors. Am J Med.112; 2002: 512-7.
39. Hartley S, Macfarlane F, Gantley M, Murray E. Influence on general practioners of teaching undergraduates: qualitative study of London general practioners teachers. BMJ. 1999; 319.
40. Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. Med Educ. 2002; 36: 543-9.
41. Delfarriel G. Autoévaluation du comportement des médecins généralistes, maître de stage, en présence du stagiaire en médecine générale au cours d'une consultation. Thèse pour le diplôme de docteur en de médecine générale, Créteil ; 2003.

42. Worley PS, Kitto P. Hypothetical model of the financial impact of student attachments on rural general practices. RRH1 (online). 2001;83.
43. Chamberlain M, Hivon R. Les compétences de l'enseignant clinicien et le modèle de rôle en formation clinique. Pédagogie médicale. 2005 ; 6 : 98-111.
44. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. CMAJ 2002; 167: 638-43.
45. Komly V. et Le Tourneur A. Burn Out des internes en médecine générale : états des lieux et perspectives en France métropolitaine. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine générale, Grenoble ; 2011

Autres références non indexées dans mon travail:

- Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Ile de France 2007. 59p.
- Chocard A, Gohier B, Juan F, et al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale 2003;65:23-9.
- Costa P. Burn Out chez les internes. Rev. Prat. Med. Gen. 2010; 24 (843):477.
- Estryn-Béhar M, Muster D, Doppia M.-A et al. Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Con.Med. Janvier 2009; 131:22-5.
- Perrotin C. Où va la médecine ? Sens des représentations et pratiques médicales. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg, 2003 : 107-22.
- Renard V., Attali C. Maître de stage : une formation spécifique. Rev. Prat. Med. Gen 2003 ; 17 (613) : 705- 6.
- Duhot D, Clerc P. L'incertitude en médecine générale : comment la réduire. Rev. Prat. Med. Gen 2006 ; 20 (744-745) : 1089-90.
- Martel P. Burn Out. Paris: Atlantica, 2010:184p.
- Hubert E. Mission de concertation sur la médecine de proximité.(page consulté le 25/01/2011). En ligne. http://www.elysee.fr/president/root/bank_objects/rapport_definitif_.pdf
- Galam E. Burn out des médecins libéraux, 2^{ème} partie : une identité professionnelle remise en question. Médecine 2007; 474-477.

ANNEXES

Echelle MBI (Malach Burn out Inventory)

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4-Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
<u>5-Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets</u>							
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
8- Je sens que je craque à cause de mon travail							
9-J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
<u>10-Je suis devenu(e) plus insensible aux</u>							

<u>gens depuis que j'ai ce travail</u>							
<u>11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement</u>							
12-Je me sens plein(e) d'énergie							
13-Je me sens frustré(e) par mon travail							
14-Je sens que je travail « trop dur » dans mon travail							
<u>15-Je ne me soucis pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades</u>							
16-Travailler en contact avec les gens me stresse trop							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
18-Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20-Je me sens au bout du rouleau							
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
<u>22-J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes</u>							

Annexe B Courriel pré entretien

Bonjour Dr X,

Je suis Anne Gaëlle Le Gallo, médecin remplaçante et étudiante Brestoïse. Vous avez accepté il y a quelques jours de participer à mon travail de thèse et vous en remercie d'avance.

Nous avons convenu d'un rendez-vous le xx/xx/xxxx à xxhxxà votre cabinet, si il y a avait un souci vous pouvez me joindre soit par mail soit par téléphone au xxxxxxxxxx. Concernant ma thèse, le thème général est l'épuisement professionnel des médecins généralistes, aussi appelé burn out. Il faut savoir que l'épuisement professionnel est un ensemble de trois notions: un épuisement émotionnel (score élevé), un accomplissement personnel (score bas) et une déshumanisation (score élevé). Je parle de score car l'épuisement professionnel, ou burn Out, peut se calculer par une échelle, qui est composée de 22 questions (le Maslach Burn out Inventory) et qui permet d'estimer l'épuisement émotionnel des soignants questionnés. Je ne vous ferez pas le questionnaire, mon but n'est pas de savoir si vous êtes dans l'épuisement professionnel ou pas. Les notions d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel ont déjà été beaucoup étudiées dans différentes thèses, j'étudie donc la notion de déshumanisation, et plus spécifiquement l'impact que pourrait avoir la présence d'un interne lors de la consultation sur la relation médecin malade. Le but n'est pas de prouver que ça a un impact positif sur la relation médecin malade mais de découvrir des éléments nouveaux sur la relation médecin malade (en présence de l'interne), c'est une thèse qualitative. Est-ce que ça risque d'aggraver la déshumanisation ou au contraire est ce qu'on considère plus le patient comme une personne et moins comme un malade (ou un numéro) quand le stagiaire est là? Je vous poserai donc quelques questions pour détailler votre point de vue. L 'interview dure en général environ une demi-heure et tout se passe bien. Bonne journée
Anne Gaëlle Le Gallo.

Annexe C : Grille Test.

1-“Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne vous vous occupez des patients de manière moins impersonnelle, moins comme des objets? ”

Est-ce que ça a modifié votre communication avec les patients?

Qu'est ce qui a changé dans le contact avec les patients?

Est-ce que ça a modifié quelque chose au niveau de la qualité de l'information que vous donnez au patient?

2-“ Est ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression d'avoir moins de risque de vous endurcir émotionnellement?”

Est-ce que avant de prendre des internes en stage, en cas de difficultés, vous aviez tendance à vous repliez sur vous même ou pas? Qu'en était-il?

Est-ce que ça a changé quelque chose de travailler avec un interne dans certaines situations difficiles?

3- “Le sentiment de sollicitude envers vos patients est-il plus ou moins marqué en présence d'un interne au cours de la consultation ou est-il inchangé?”

On entend par sollicitude= préoccupation, inquiétude, compassion, soucis de l'autre.

Avez-vous la sensation d'être plus réceptif aux problèmes de vos patients ou non?

Avez-vous tendance à plus, ou à moins, vous émouvoir des soucis de vos patients ? (plus compassion , plus de sentiment d'humanité, plus de tendresse pour autrui)

Annexe D : Grille d'entretien 1.

Présentation du sujet de thème.

Thème: le burn out.

Il y a 3 notions dans le burn out : l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. C'est cette dernière notion que j'étudie. La déshumanisation correspond à une perte d'empathie envers les patients, une difficulté de reconnaître la personne chez l'autre qui est le patient et donc de s'occuper de manière automatique des patients.

Le malade devient un objet, un numéro, c'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

Vous concernant, vous êtes maître de stage de stage depuis quand?

Qu'est-ce qui vous a poussé à le devenir? (=pourquoi)

Qu'est-ce qui vous a intéressé dans le fait de devenir maître de stage?

Quel est pour vous l'intérêt de ce rôle pédagogique?

Qu'est-ce que ça a changé pour vous?

Comment s'organise vos journées quand un interne travaille avec vous? Quel est le rôle de chacun?

Mots clés:

-stimulation intellectuelle/ motivation pour apprendre/ satisfaction personnelle/ plaisir/ enthousiasme/

- partage d'expérience/ joie/ stimulant/ rompre la routine/ sentiment de lassitude/ dynamisme /plaisir/ reconnaissance, valorisation du métier/ ouverture d'esprit/ altruisme/ fierté.

1/ Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation vous vous occupez du patient de manière différente que si l'interne était absent?

Ou

Avez-vous l'impression que depuis que vous accueillez des internes vous vous occupez d'une manière différente de vos patients? Que l'interne soit présent ou non?

Mots clés: information / communication / transmission (de connaissance)/ plaisir/ temps/ écoute/ pédagogie/ satisfaction des patients/ reconnaissance/ respect/ confiance des patients envers leur médecin/ compétence/ interactions / attentif/ consultation plus longue/ plus approfondie/ amélioration des connaissances et des compétences des patients.

2/ Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis à vis de vos patients?

Mots clés: sentiments/ tristesse/ échange verbale/empathie /plaisir/ écoute/ émotions + riche/ pédagogie des sentiments

Et au cours d'une consultation est ce que le fait d'avoir un interne à vos côtés modifie quelque chose au niveau du ressenti émotionnel?

Plaisir/ détendre l'atmosphère/ peur d'être jugé

Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnel au fil des années?

Par s'endurcir je veux dire : se protéger en laissant moins paraître ses émotions, être plus distant, plus froid. Et donc pensez-vous que d'accueillir des internes puisse modifier ce processus?

Que modifie la présence d'un interne lors de vos consultations ou lors des visites à domicile difficiles (exemples: patients exigeants, agressifs, douloureux, fin de vie...)?

3/ Le sentiment de sollicitude (soucis de soins envers vos patients) est-il différent que l'interne soit présent ou absent lors de consultation?

Est-ce que ça modifie les démarches que vous faites pour le patient (Ex: avis auprès des spécialistes, prise de rendez-vous, prise de nouvelles auprès du patient après les avoir adressé aux urgences ou si le cas était intéressant au sens médical..)

Est-ce que ça modifie vos soins (ex: sutures, pansements)?

Aide:

Pourriez-vous me donner un exemple, un cas concret récent qui vous est arrivé récemment ou qui vous a marqué?

Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

Annexe E : Grille d'entretien 2.

Présentation du sujet de thèse.

Thème: le burn out.

Il y a 3 notions dans le burn out : l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. L'échelle MBI (Malasch Burn out Inventory), ensemble de 22 questions qui étudie ces 3 notions et qui permet d'évaluer le score d'épuisement professionnel. La déshumanisation est évaluée par cinq questions (item 5, 10, 11, 15, 22), j'en ai reprise 3 (5, 11, 15) que j'ai adapté pour mon interview.

Est-ce que vous savez ce qu'est la déshumanisation?

La déshumanisation correspond à une perte d'empathie envers les patients, une difficulté de reconnaître la personne chez l'autre qui est le patient et donc de s'occuper de manière automatique des patients. Le malade devient un objet, un numéro, ça peut être considéré comme un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

L'hypothèse est que le fait de travailler avec un interne à ses côtés puisse modifier la relation médecin malade et donc diminuer le risque de déshumanisation du médecin pour ses patients. Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes du Finistère, (il s'agit d'une étude qualitative).

Vous concernant, vous êtes maître de stage de stage depuis quand?

Qu'est-ce qui vous a intéressé dans le fait de devenir maître de stage?

Quel est pour vous l'intérêt de ce rôle pédagogique?

Qu'est-ce que ça a changé pour vous? Qu'est-ce que ça vous apporte? Y a-t-il des contraintes ?

Comment s'organise vos journées quand un interne travaille avec vous? Quel est le rôle de chacun?

Mots clés:

-stimulation intellectuelle/ respect/motivation pour apprendre/ satisfaction personnelle/ plaisir/ enthousiasme/ partage d'expérience/ joie/ stimulant/ rompre la routine/ sentiment de lassitude/ dynamisme /plaisir/ reconnaissance, valorisation du métier/ ouverture d'esprit/ altruisme/ fierté.

1/ Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation vous vous occupez du patient de manière différente que si l'interne était absent?

Qu' y-a- t-il de différent?

Qu'est-ce que ça peut changer par exemple quand vous recevez en consultation un patient chronique, par exemple diabétique? Ou un patient sous Subutex? Ou un patient dépressif?

Est-ce que vous pouvez préciser? Un exemple?

Ou

Evolution

Avez-vous l'impression que depuis que vous accueillez des internes vous vous occupez d'une manière différente de vos patients? Que l'interne soit présent ou non?

Est-ce que vous pensez que ça puisse contrarier ce qu'est venu chercher le patient? (il pensait trouver un peu de proximité, chaleur humaine puisqu'il vous connaît bien, et puis on ne lui parle que de son dossier médical)

Concernant les examens intimes, est ce que ça modifie votre prise en charge?

Mots clés: information / communication / transmission (de connaissance)/ plaisir/ temps/

écoute/ pédagogie/ satisfaction des patients/ reconnaissance/ respect/ confiance des patients envers leur médecin/ compétence/ interactions / attentif/ consultation plus longue/ plus approfondie/ amélioration des connaissances et des compétences des patients.

2/ Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnel au fil des années?

Par s'endurcir je veux dire : se protéger en laissant moins paraître ses émotions, être plus distant, plus froid. Et donc pensez-vous que d'accueillir des internes puisse modifier ce processus?

Au cours d'une consultation, est-ce que le fait d'avoir un interne à vos côtés modifie quelque chose au niveau du ressenti émotionnel? Est-ce que ça modifie l'expression de vos sentiments?

Plaisir/ détendre l'atmosphère/ peur d'être jugé

Est-ce que ça modifie votre ressenti émotionnel de la consultation lorsque l'interne est touché émotionnellement par un cas particulier?

Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis à vis de vos patients?

Mots clés: sentiments/ tristesse/ échange verbale/empathie /plaisir/ écoute/ émotions + riche/ pédagogie des sentiments

Que modifie la présence d'un interne lors de vos consultations ou lors des visites à domicile difficiles (exemples: patients exigeants, agressifs, douloureux, fin de vie...)?

3/ Le sentiment de sollicitude (soucis de soins envers vos patients) (synonymes bienveillance, compassion, empathie) **est-il différent que l'interne soit présent ou absent lors de consultation?**

Est-ce que ça modifie les démarches que vous faites pour le patient (Ex: avis auprès des spécialistes, prise de rendez-vous, prise de nouvelles auprès du patient après les avoir adressé aux urgences ou si le cas était intéressant au sens médical..)

Est-ce que ça modifie vos soins (ex: sutures, pansements)?

Aide:

Pourriez-vous me donner un exemple, un cas concret récent qui vous est arrivé récemment ou qui vous a marqué?

Qu'est-ce qui vous fait dire cela?

ENTRETIEN TEST

I: pour Interviewé.

C: pour chercheur.

-C : Première question. Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne vous vous occupez des patients de manière moins impersonnelle, moins comme des objets?

-I: Soupir...

-C: Est-ce que ça a modifié votre communication avec le patient?

-I:(temps de réflexion.) Pas vraiment non. Pas forcément...

-C: Pas forcément?

-I: Non. Pas sur ce point là

-C: Et est-ce que vous avez l'impression que ça a modifié quelque chose par rapport à l'information que vous donnez au patient?

-I: Oui oui dans le sens où elle est plus importante et où elle me sert en même temps d'information au niveau de l'interne, ça me permet aussi de montrer à l'interne comment communiquer avec le patient. Oui je pense que je ne prends plus de temps à communiquer, à expliquer les traitements quand il y a un interne que quand il n'y a pas d'interne.

-C: d'accord. Ok

-C: Deuxième question: Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression d'avoir moins de risque de vous durcir émotionnellement? Par rapport à avant, est ce que ça a changé des choses?

-I: Oui, j'ai plus de temps de repos, entre les consultations, j'ai plus de temps de repos, un travail différent donc ouais quand je ...moins de risque de « s'endurcisse », c'est ça?

-C: Oui

-I: J'ai plus de plaisir à revoir les patients après

-C: D'accord.

-C: Est-ce que avant de prendre des internes en stage, en cas de difficultés, vous aviez tendance peut être plus à vous replier sur vous même que avec un interne à vos côtés?

-I: Oui, oui ça c'est très clair. Oui. C'est à dire que (réflexions) ... Face à la fatigue, personnellement j'ai plus tendance à me replier sur moi-même, à moins écouter les patients, à les faire circuler beaucoup plus vite, oui, et à faire un travail plus de technicien que de médecin généraliste

-C: Par médecin généraliste, vous entendez?

I: moins d'écoute que ce qu'on attend d'un médecin généraliste.

-C: Ok, et maintenant vous réagissez comment quand il y a des maladies graves ou des annonces à faire, il y a plus de ?

-I: D'empathie, oui.

-C: Ok

-C: Troisième question: Le sentiment de sollicitude envers vos patients est-il plus ou moins marqué en présence d'un interne au cours de la consultation ou est-il inchangé?

-I: C'est inchangé, si c'est l'interne qui fait la consultation, moi je suis à côté, et je regarde comment ça se passe mais il n'y aura pas forcément plus de sollicitude parce que il y a un interne à côté.

Je serai peut-être plus...plus pédagogique, en expliquant plus les problèmes du patient devant lui, ce qui permet au patient de mieux comprendre sa pathologie mais dans le sens de

l'explication à l'interne. Il n'y aura pas forcément plus de sollicitude que si j'étais seul sans interne, oui ça c'est clair.

-C: D'accord. Et est-ce que par rapport à la période où vous ne preniez pas d'interne est ce que ça a changé quelque chose?

-I: Oui, ça a changé mon regard sur le patient, et par rapport à mon métier dès que j'ai commencé à prendre les internes, que les internes faisaient les consultations, et que moi j'étais à côté en train de regarder la consultation, j'ai repris goût à mon métier, oui, dans le sens où ça m'a permis de voir mon métier d'un autre œil et de retrouver à nouveau ce que je cherchais quand j'ai décidé de faire ce métier.

-C: Ok

-I: Par rapport à la déshumanisation je pense que ça vient aussi de ce que le patient viens chercher chez son médecin généraliste, on ne peut donner au patient que ce que le patient attend de nous, et de plus en plus le patient considère le médecin généraliste comme un simple technicien, pas forcément comme un aidant ... pas forcément comme un alter égo je dirais, c'est à dire comme un humain comme lui qui peut, par son savoir et son humanité l'aider.

-C: ça rejoint l'idée de société de consommation?

-I: Si je devais donner un exemple, un patient qui présente un véritable syndrome dépressif, si il vient chercher un antidépresseur, on aura beau essayé d'être humain et d'éviter d'avoir en face de soi un objet, si il n'attend que ça de nous, on ne peut pas lui donner autre chose que ça.

-C: Et le fait d'avoir un interne à côté ou pas ça ne changera pas grand-chose.

-I: ça ne changera pas grand-chose.

ENTRETIEN 1

-C : Le terme c'est le burn out, c'est le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, et il y a trois notions: l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Moi c'est cela que j'étudie. La déshumanisation c'est une perte d'empathie envers les patients, une difficulté à reconnaître la personne chez l'autre, et donc on prend les patients comme des numéros et ça devient du travail automatique. Voilà, donc j'étudie l'influence que pourrait avoir l'accueil d'un interne sur la relation médecin - malade. D'un côté ce que ça peut changer au cours de la consultation quand l'interne est là, et d'un autre côté les changements qui ont pu s'effectuer entre la période avant que vous ne soyez maître de stage et maintenant. Est-ce que ça change des choses sur la prise en charge des patients?

-I : Pas fondamentalement non, donc non ça n'a pas changé , sinon que ça oblige un peu à être plus rigoureux, on se dit quand même, on va pas, des fois on se laisse un peu aller, c'est inévitable, on est un peu fatigué , bon c'est vrai, c'est un peu un aiguillon quand même, ça peut stimuler.

-C : On va essayer de détailler tout cela.

Vous êtes maître de stage depuis combien de temps? Combien d'années?

-I : 4-5 ans,

-C : Qu'est-ce qui vous a poussé à le devenir à l'époque?

-I : Ça m'a toujours intéressé la formation, donc et puis oui finalement quand on est dans le milieu de la formation, on connaît des gens qui nous disent: « Tu ne veux pas prendre un interne en formation? » Ben oui, pourquoi pas et puis on est parti. Et puis on s'intéresse, après on continue.

-C : Qu'est-ce qui vous a intéressé dans le fait d'être maître de stage?

-I : C'est les échanges, c'est aussi de, un petit stimulant là quand même, pour éviter de sombrer dans la routine, donc c'est surtout ça, bon les internes ont besoin d'un terrain de stage aussi, ce n'était pas évident à un moment donné, peut être maintenant il y en a plus, mais voilà.

-C : Qu'est-ce que ça a changé pour vous?

-I : Qu'est ce qui a changé? Ça oblige, au niveau de l'organisation à ne pas prendre trop de malades, oui ne pas prendre trop de malades, bon, c'est vrai que si c'est pour faire un renouvellement, quand on en fait quelques-uns quand l'interne n'est pas là, sincèrement on fait en pilote automatique certains renouvellements, on souffle un peu. Là... bon forcément on essaie de dire bah oui, de justifier, de dire « qu'est-ce que tu aurais fait? », de mettre un peu en situation, donc c'est vrai que ça prend probablement un petit peu plus de temps quand même de discuter après, j'essaie quand même de prendre un peu de temps, et du coup ça m'arrive de faire deux mois d'affilés mais j'essaie de faire, de ne pas prendre les internes deux mois d'affiler, enfin deux mois si je le prend mais de ne pas changer, de ne pas enchaîner, certains maîtres de stages prennent des stagiaires en permanence, ça je peux pas faire...

-C : Vous avez des moments de vide où il n'y a pas d'interne?

-I : Oui , je ne peux pas... enfin si je pourrais le faire mais j'ai besoin de me retrouver un peu, tout seul , de rêver un peu (rires), sinon il y a quelqu'un en face, il y a quelqu'un à côtés...

-C : un peu surveillé?

-I : Pas surveillé non mais c'est vrai que ça nous oblige à un double effort, de faire gaffe à ce que nous raconte la personne et puis... C'est pas pour ça que c'est plus fatiguant, bon parce que quand un interne est en stage avec moi je vais sur internet, lui dire bon c'est urinaire et je vais chercher les dernières recommandations, on en parle après, ce n'est pas plus fatiguant mais c'est vrai aussi qu'avec les malades ce n'est pas toujours la même relation.

-C : Y'en a qui n'aiment pas?

-I : Ben je fais un mois sur deux, en gros.

-C : Un mois sur deux d'accord et quand l'interne est là, la journée elle s'organise comment?

-I : Ça ne change, je ne change rien.

-C : Il est à côté?

-I : Il est à côté avec moi, bon il y en a un qui examine et puis on change. Il y en a un qui se met devant l'ordi et puis on discute après coup, voilà.

-C : Et en visites?

-I : Il vient avec moi, il examine, il n'examine pas, ça dépend des coups. Ça ne change pas, je ne donne pas de consigne particulière à la secrétaire quand il y a un interne, sinon que c'est affiché. Mais sinon il n'y a aucune consigne particulière.

-C : Maintenant les questions qui sortent du MBI (Malasch Burn out Inventory), c'est un questionnaire pour coter l'épuisement professionnel, qui évalue les trois notions: épuisement émotionnel, accomplissement personnel et déshumanisation avec plusieurs questions pour chacune des notions.

Et pour la déshumanisation il y a 5 questions, mais je ne les ai pas toutes reprises car il fallait les adapter pour l'entretien;

La première question: Avez- vous l'impression qu'en présence de l'interne, lors de la consultation vous vous occupez du patient d'une manière différente que si l'interne était absent?

-I : Pas fondamentalement, non la présentation, oui j'introduis un peu l'interne dans les échanges, dans la situation, mais non je ...

-C : Au niveau de l'information?

-I : ...

-C : Est-ce que vous prenez plus de temps?

-I : Non, je ne prends pas plus de temps, non. Ça prend un peu plus de temps parce que j'essaie de faire participer quand même l'interne, mais ça n'a pas...

-C : Vous discutez peut être après la consultation?

-I : Oui j'essaie de discuter après avec l'interne, oui, on discute aussi en même temps « le tableau des vaccinations, le tableau c'est ça », oui, je le ressors, mais l'entretien, si c'est un déprimé, c'est différent, c'est plutôt moi qui aie tendance à prendre la main. Du coup je n'ai pas bien répondu à la question?

-C : Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne, lors de la consultation vous vous occupez du patient d'une manière différente que si l'interne était absent?

-I : En gros c'est non quand même.

-C : D'accord. Au niveau de l'ambiance ça change?

-I : Non il y en a deux ou trois qui ont refusé mais c'est des contextes un peu particuliers, mais après ils sont, et puis maintenant ça fait un moment, ils ont tous vus un interne qui trainait par-là (rire), ils savent.

-C : Avez l'impression que depuis que vous accueillez des internes vous occupez d'une manière différente de vos patients? Que l'interne soit présent ou pas?

-I : Non, non, non, quand même pas.

-C : Ok. Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage, vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis à vis de vos patients?

-I : Non ça ne change rien.

-C : Vous n'êtes pas obligé de dire oui! Rire

-I : (Réflexion) C'est non, indiscutablement.

-C : Vous ne laissez pas plus libre cours à vos sentiments, à vos émotions? Vous en parlez plus après?

-I : Oui forcément, s'il y a eu des situations un peu difficile, et forcément on en reparle après car on est deux quand même. Oui c'est vrai qu'on en discute mais je ne crois pas que je gère différemment,

-C : Ok, et est-ce que au cours d'une consultation le fait d'avoir un interne, à vos côtés modifie quelque chose au niveau du ressenti émotionnel?

-I: Non.

-C : Vous ne dramatisez pas plus ? Ou au contraire une prise à la légère? Plus d'écoute?

-I : Plus d'écoute , oui , on est obligé d'être un peu plus vigilant, mais oui un peu plus sans doute oui.

-C : D'accord. Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir au fil des années? Par s'endurcir, je veux dire, se protéger, devenir un peu plus froid, plus distant?

-I : Ça doit arriver quand on en fait trop, là je suis à un moment où je me suis occupé de formation, où j'ai ... c'est vrai que, je n'ai pas trop envie de voir des malades... Actuellement, il y a des moments, comme ça, quand on a un peu trop fait, il faut prendre quelques jours sûrement, parce que à un moment donné il faut se protéger à un moment donné, là ces depuis quelques jours, deux semaines, il vaut mieux stopper, rire.

-C : Et donc est ce que vous avez l'impression que le fait d'accueillir des internes puisse modifier ce processus-là?

-I : Pas fondamentalement hein, je pense car je ne fonctionne pas différemment, quand ils sont là j'essaie de travailler mais sans non plus faire les, je ne fais pas 40 actes par jour, plutôt 25, et il y a aussi les tranches horaires qui sont là, du coup ça évite d'en faire trop, de se laisser porter par les réponses à tout va. Et j'ai répondu à la question?

- C : Si “ Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement au cours des années?”

-I : C'est possible s'il se fait déborder, un peu cadrer les choses, s'il ne sait pas dire non ...

-C : Et la question qui suivait “pensez-vous que le fait d'accueillir des internes puisse modifier ce processus?”

-I : C'est vrai ça peut aider oui, dans le sens côté stimulant, oui.

-C : Le côté pédagogique?

-I: Oui, c'est...

-C : Alors question suivante: Que modifie la présence d'un interne lors des consultations, ou des visites à domiciles difficiles? Par exemple les patients exigeants, agressifs, douloureux, les fins de vie?

-I : Je pense que de toute façon quand il y a un interne , on est obligé de reconnaître, que ça nous oblige quand même à un peu de rigueur, on se dit oui quand même , ou quand on le fait pas dans les clous , on dit pourquoi on respecte pas le référentiel; on justifie , j'ai pas fait ça parce que... voilà , mais ça oblige à plus de rigueur d'avoir... et la question, pardon?

-C : C'est vrai que les questions sont un peu difficiles. Que modifie la présence d'un interne lors des consultations, ou des visites à domiciles difficiles?

-I : Oui ça modifie, moi je m'oblige à être plus rigoureux, quand on est deux en consultation, il a quand même une certaine autonomie, il est derrière (le cabinet est séparé par une petite cloison en une partie bureau et une partie examen), moi je discute et puis il examine, comme par exemple pour une infection urinaire, j'essaie de prendre le référentiel, et ben oui pourquoi...

-C : ça vous laisse un peu de temps? Lui il examine et vous vous pouvez regarder sur internet par exemple?

-I : Et puis on discute après...

-C : ça peut vous permettre d'avoir un peu de temps

-I : Oui, ça oblige, ça me permet de revoir, comment... les dernières recommandations, etc. Et puis de faire partager, voilà c'est surtout ça que je vois, moi, dans la présence du stagiaire.

-C : Et vis à vis des patients agressifs, exigeants?

-I : Euh, je ne crois pas que ça change, je crois que c'est neutre, ça peut être un soutien des fois, et puis donc on se dit pourquoi. Ça peut les calmer un peu, ils n'oseront peut être pas

demander certaines choses ...

-C : Quand il y a deux personnes?

-I : Quand il y a deux personnes, oui.

-C : Ok, pour les fins de vie il n'y a pas de choses particulières?

-I : Non, on partage peut être un peu, mais je ne ferais pas différemment.

-C : Ok, le sentiments de sollicitude, c'est le souci de soin envers les patients, est-il différent que l'interne soit présent ou absent lors de la consultation?

Par rapport par exemple, est ce que vous auriez tendance à demander plus ou moins d'avis auprès des spécialistes?

-I : (Pas de réponse).

-C : Prendre à leur place plus de rendez-vous par exemple chez les sujets âgés? Ou alors le fait que l'interne soit là ça ne change rien?

-I : Ça ne change rien, sincèrement.

-C : Ça ne change rien, vous ne demandez pas plus de nouvelles après avoir adressé le patient aux urgences, par exemple?

-I : Ça peut être si quand même, les vertus pédagogiques, tiens ça a donné ça, oui ça m'arrive indiscutablement.

-C : Plus si l'interne est là?

-I : Oui, pour l'apprentissage, ben oui je me suis planté ou autre, finalement c'était ça. Ou ça n'a pas conclu. Oui ça peut arriver, indiscutablement, oui.

-C : Et au niveau des soins que vous faites, sutures? Pansements? Est-ce que ça change quelque chose?

-I : Ah non, franchement non. Et puis ici on ne fait pas tellement de suture, de geste.

-C : Donc non ça ne change pas?

-I : Non ça ne change pas.

-I : Donc je pense qu'on ne peut pas être vraiment différent, c'est peut être médecin dépendant, mais je ne pense pas que l'on puisse être totalement différent, parce que ça revient à ça. Sauf ceux qui être en burn out avant, ça peut être un antidote, je ne pense pas que j'étais sur ce registre avant, c'est pour ça que...bon je me dis que ça n'a pas fondamentalement changé, mais ç a dépend à partir du moment où ils ont pris des internes, est ce que c'était comme antidote, on ne sait pas toujours les motivations.

ENTRETIEN 2

-C : Je vais commencer par vous expliquer le thème qu' est le burn out : c'est l'ensemble de trois notions: l'accomplissement émotionnel bas, un épuisement émotionnel élevé et une déshumanisation. Vous savez ce qu'est la déshumanisation ou pas?

-I: La mienne ?

-C : Non, la déshumanisation des patients.

-I : Le fait de ne plus s'y intéresser aussi bien, de les considérer comme des boulets qui viennent nous voir, qui rentrent, et qui vont nous éclater à la figure? (rire)

-C : Oui, des numéros, on s'occupe des patients de manière automatique.

-I : Se sont plus des numéros que des hommes.

-C : C'est tout à fait ça. Et donc ma question est « Est ce que le fait d'avoir un interne, à côté DE de vous, lors de la consultation ou le fait d'en recevoir depuis plusieurs années, est ce que ça modifie la relation médecin malade, au niveau de la déshumanisation? »

Commençons par quelques questions vous concernant?

Depuis quand êtes-vous maître de stage?

-I : Moins de cinq ans, (réflexion), j'ai commencé avec E. et donc ça fait 3 ans environ.

-C : Qu'est-ce qui vous a motivé à être maître de stage?

-I : Humm...Oh là là, c'était une envie que j'avais déjà depuis très longtemps, et que je ne pouvais réaliser car j'étais dans un bureau trop petit et dès que j'ai changé de bureau et que j'ai eu de la place , j'ai téléphoné à Dr Philippe Bail , en lui disant « ça y est je peux prendre quelqu'un ». J'étais convoqué le lendemain.

-C: Ah?

-I: Donc c'était bon!

-C : Qu'est-ce qui vous donnait envie d'être maître de stage?

-I : Pour faire autre chose, justement pour éviter cette déshumanisation dont on parlait tout à l'heure, pour avoir envie, pour redonner un peu de couleur à ma médecine qui devenait une routine, depuis le temps! Et voilà, et faire autre chose, et partager ce que je savais et apprendre de nouvelles chose.

-C: C'est vous qui apprenez?

-I : Oui, c'est un échange, et en plus, je faisais déjà beaucoup de formation à l'époque mais j'étais d'autant plus motivé que je prenais les étudiants.

-C : Oui, d'accord. Quel est l'intérêt de ce rôle pédagogique?

-I : C'est ce que j'ai dit, c'est de transmettre, c'est un échange pédagogique en fait.

-C : Qu'est-ce que ça a changé pour vous dans votre pratique?

-I : Ah tant qu'il y a avait des garçons pas grand-chose mais tout d'un coup il y a eu plein de filles (rire) et là tout a changé, j'étais obligé d'obéir ! (rire). Non sérieusement ce que ça a changé?

-I : Je viens plus facilement au boulot le matin, j'ai plus envie, j'ai plus de goût à travailler. Par contre, au début, quand ils sont là, je travaille plus lentement, ça c'est... mais ça dure quinze jours, après on gagne du temps, parce qu'il y en a un qui s'occupe des paperasses ou de remplir le dossier, pendant que l'autre fait les examens, donc en fait on gagne du temps quand on est habitué l'un à l'autre, et que l'étudiant connaît l'ordi.

-C : Comment s'organise vos journées quand un interne travaille avec vous?

-I : C'est exactement les mêmes journées que d'habitude sauf qu'on est en doublon et qu'on s'arrange de temps en temps, et de plus en plus je laisse des moments d'autonomie.

-C : Vous y arrivez maintenant?

-I : J'ai mis du temps, mais le pire c'est que j'ai mis du temps parce qu'eux non plus ne voulaient pas. Ils se disent « oh, on est bien comme ça ». C'est peut-être un peu rassurant.

-C : Vous avez une telle complicité avec vos patients!

-I : Moi c'est pareil, j'ai du mal à les mettre en autonomie...

-C : Mais quand vous restez à côté, les patients ont plus de mal à nous parler à nous, stagiaires.

-I : Ça c'est embêtant mais pas toujours. Si je réussis à faire autre chose pendant ce temps-là, ça y est, s'ils voient que je suis dans un papier ou que je remplis quelque chose, ils vont se centrer sur l'interne. Mais ça dépend aussi beaucoup de l'interne, actuellement j'en ai un qui attire l'attention, qui « prend » le malade ... et moi je me sens presque lâchement abandonné et déchargé du travail, parce que c'est lui qui capte l'attention par ces questions, par sa présence. Voilà, donc ça dépend, des fois c'est à moi de m'effacer quand l'interne est un peu effacé, et quelques fois c'est l'interne qui, s'il est fort, s'il est très relationnel, capte et je n'ai plus rien à faire, ça se passe tout seul. Mais dans ce cas-là, tu te mets bêtement devant l'ordinateur et tu remplis ce que tu entends (rire)... ou tu fais autre chose!

-C : Vous avez souvent des internes en stage?

-I : Je n'en refuse jamais, c'est à dire que si je n'en ai pas c'est que l'on ne m'a pas demandé. J'en ai quasiment tout le temps.

-C : On passe aux autres questions: Est-ce que vous avez l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation, quand il est là avec vous, vous vous occupez du patient d'une manière différente que si l'interne était absent?

-I : Oui bien sûr.

-C : Qu'est-ce que ça change au niveau de la relation?

-I : Au niveau de la relation, on est moins...pas moins proche, mais on lui montre moins notre proximité, et quelque fois ça les gêne, parce que il y en a que l'on connaît depuis très longtemps, on connaît toutes les histoires familiales, et donc ils aiment bien avoir une proximité.

-C : Oui.

-I : Mais on est plus “médical-clinique”, quand l'interne est là, on est beaucoup plus clinique, ce qui fait du bien pour remettre en place le côté médical pur, mais qui ... lui le malade n'y trouve pas toujours son compte, dans la relation qu'il venu chercher.

-C : Oui si il a l'habitude...

-I : S'il est venu chercher un petit peu de chaleur, un petit de compréhension, etc. A deux en consultation il l'a moins, et il n'ose pas le demandé, on voit bien qu'il est sur sa défensive aussi.

-C : Effectivement je n'avais pas pensé à ça.

-I : Je travaille beaucoup, je suis peut-être un peu trop proche, j'en sais rien...mais il faut aussi faire bien sa médecine, et d'un autre côté ça leur fait aussi du bien parce que ça recentre le problème médical et on parle beaucoup, avec l'interne ici, donc ils participent à la méthode diagnostique.

-C : Vous parlez de vous et l'interne?

-I : Moi et l'interne, oui. Et il participe, et en le faisant participer un petit peu aussi, il participe à la démarche diagnostique.

-C : Oui.

-I : C'est à dire qu'arrivez au bout du diagnostic s'il part sans traitement il ne va pas se poser de questions, parce qu'il a compris pourquoi.

-C: D'accord.

-I : Il y a une meilleure compréhension clinique.

-C : Alors est ce que ça change quelque quand c'est un patient dépressif?

-I : Oh oh, je le laisse à l'interne (rire)

-C : En vrai?!

-I : En vrai, soit ... ça dépend de la forme de la dépression, s'il est culpabilisé ou s'il n'est pas bien ou s'il n'a pas envie de se montrer, s'il est introverti, il ne va pas vouloir deux personnes.

Donc déjà ça va changer au fait que je fais sortir l'interne.

-C: Oui.

-I: Par contre, parfois, ils ont beaucoup de chose à raconter, ils sont au contraire très très... mais bon il faut faire attention, on n'est pas très à l'aise à deux, quand c'est aigu. Quand c'est quelqu'un de dépressif, que l'on connaît, qu'on suit, pour une évolution, ça ne pose aucun problème. Mais c'est l'arrivée d'un dépressif dans le cabinet, quand on est deux, ce n'est pas toujours facile.

-C: C'est moins facile de se confier à deux personnes en même temps.

-I: Oui et surtout que là c'est souvent des consultations personnalisées un petit peu.

-C: Donc la relation médecin patient est modifiée ?

-I: Non, ça ne se modifie pas, il y a un des deux qui s'en va! (rire)

-C: Oui, c'est vrai.

-I: Et en règle général entre l'interne et le malade, c'est l'interne qui sort! (rire)

-C: Et concernant les maladies chroniques, par exemple avec un patient diabétique, qu'est-ce que ça peut changer?

-I: Ça apporte beaucoup de chose pour ça

-C: Pourquoi?

-I: Ça nous permet d'insister sur la surveillance, d'insister sur ce qu'il a à faire entre nous (avec l'interne) devant lui. J'interroge, je passe un petit peu ça comme ...j'interroge l'interne comme si c'était un examen, alors que je sais très bien qu'il connaît aussi, autant que moi, mais ça fait un appui pour l'autre, pour le malade qui lui a tendance à laisser aller, hein depuis le temps qu'il est suivi! Et puis il s'en fiche de son HbA1c, il a ça dans sa poche, mais il n'ira pas la faire, mais quand il entend la discussion, ben déjà il se gratte la tête en se disant " flûte, ce n'était pas des bêtises qu'il m'avait dit" et puis là on revient sur le truc et c'est pas mal. En pique de rappel c'est bien.

-C: Ça marche, et sinon les patients sous substitutifs aux opiacés, qu'est-ce que ça peut changer pour votre relation que l'interne soit présent?

-I: Je ne suis pas bon en Subutex. Je ne suis pas bon dans le sens où je n'ai jamais réussi à faire diminuer du Subutex chez quelqu'un que je suivais... C'est pas moi mais ... et je vais avouer que les internes qui sont passés chez moi ne sont pas meilleurs que moi, parce que malgré tout ce qu'on a essayé, parce que là aussi on est remotivé parce qu'il y a quelqu'un (l'interne) , donc on est remotivé dans le discours , on est remotivé dans... on a essayé de motiver justement le malade et tout ça et ben malheureusement ça change pas grand-chose...Donc on les accompagne dans leur vie et puis on leur donne le Subutex , c'est le petit "susucre" de fin de consultation!

-C: C'est vrai que c'est des patients difficiles à soigner... Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement au fil des années? Par s'endurcir émotionnel je veux dire se protéger en laissant moins paraître ses émotions, en étant plus distant, un peu froid.

-I: Oh, ce n'est pas ça ... c'est une question de.... d'adaptation... oui, bien sûr oui. La question n'est pas très bien posée à mon avis...

(Rire)L'adaptation c'est bien.

-C: L'adaptation de quoi? Ma question est " Avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement au fil des années?"

-I: Non, s'endurcir, non. Ça y est on continue.

-C: D'accord.

-I: Non, mais s'adapter oui.

-C: Il faut que le médecin s'adapte?

-I: S'adapter et ne plus prendre pour lui tout ce qui se passe, c'est sûr que c'est obligatoire, on ne peut pas donner longtemps ... Bien qu'en étant très proche des gens ça fait une perte à

chaque fois qu'ils s'en vont par exemple.

-C: Oui, effectivement.

-I: C'est un petit truc, mais bon c'est le travail quand même.

-C: Et donc pensez-vous que le fait d'accueillir des internes puisse modifier ce processus?

-I: (Réflexion) Non là je pense que c'est carrément personnel. C'est à dire que l'adaptation à la souffrance ou l'empathie et la sympathie et tout ce qui s'ensuit, c'est personnel, le "psychologue" ... pour moi quelqu'un ne devient pas psychologue, on l'est ou on l'est pas... oui oui... quelqu'un ressent quelque chose ou ne le ressent pas... et donc l'interne ne change rien à l'histoire

-C: Oui.

-I: L'interne permet peut être de verbaliser. Par contre nous on peut lui servir à s'adapter plus rapidement à la situation.

-C: Oui aussi. Est-ce qu'au cours d'une consultation, ou juste après, le fait d'avoir un interne à vos côtés modifie quelque chose au niveau du ressenti émotionnel?

-I: Avant et après, qu'est-ce que c'est que ça?

-C: Je vous répète, est ce qu'au cours d'une consultation, ou le fait de pouvoir en discuter juste après avec l'interne ça modifie le ressenti émotionnel? Le fait de pouvoir parler de cas difficiles?

-I: Non pas du ressenti mais de la verbalisation du ressenti.

-C: Elles sont complexes mes questions...

-I: Non mais c'est vrai du ressenti ça ne change rien mais par contre ça va permettre de verbaliser.

-C: Et peut être de mieux le vivre?

-I: Voilà, peut être oui, c'est toujours pareil, c'est toujours plus facile de travailler en groupe que de travailler tout seul.

-C: Oui. Que modifie la présence d'un interne lors de vos consultations ou lors de vos visites à domiciles difficiles, exemples: patient douloureux, fin de vie, agressifs, est ce que ça change quelque chose?

-I: Ça peut être un appui, oui, effectivement. Ben difficile dans le diagnostic, c'est un bon appui.

-C: Quand il y a un diagnostic difficile?

-I: Oui, point de vue discussion ça peut apporter quelque chose.

-C: Mais sur votre relation avec le malade?

-I: Ben peut être que les agressifs (sauf ceux sous l'emprise de l'alcool ou un truc comme ça ou si c'est de l'agressivité pure), peut-être qu'ils seront moins agressifs, ils seront plus étonnés de voir deux personnes débarquer.

-C: Et vous? Par rapport à ces patients-là, le fait d'avoir quelqu'un à vos côtés?

-I: Moi, je suis rarement agressif!(Rire)

-C: Par rapport à des patients en fin de vie, le fait d'avoir quelqu'un, l'interne à vos côtés, est ce que ça...

-I: ça ne change pas grand-chose. Je reste très naturel, je fais comme s'il n'était pas là. Entre la relation avec un malade que tu connais très bien depuis des années, qui va mourir, ben là l'interne il est dans les nuages, je ne le vois pas. Il assiste et puis voilà. Mais là le pauvre interne il n'est plus dans le coup, il regarde...

-C: Je pense aussi. Alors maintenant passons au sentiment de sollicitude, le souci de soin envers l'autre.

-I: Qu'est-ce que c'est que ça? Ce n'est pas de l'empathie, c'est de la sollicitude.

-C: C'est le souci de soin envers les patients. Est-ce que ce sentiment est différent que l'interne soit là ou pas lors de la consultation? Est-ce que vous allez...

-I: C'est difficile je ne vois pas ce que tu veux dire vraiment, attends j'essaie de comprendre.

Répète moi ce que...

-C : Le sentiment de sollicitude : est-il différent que l'interne soit là ou pas?

-I : Oui mais c'est quoi le sentiment de sollicitude?

-C : C'est le souci de soin.

-I : Le souci de soin??

-C : C'est tout faire pour rendre service au patient.

-I : Ouais...le seul problème qu'ils peuvent me poser c'est le patient qui refuse les soins, dans ce sentiment de sollicitude, où là on ne peut rien.

-C : Par exemple au niveau des démarches que vous faites pour le patient, est ce que vous aurez tendance à demander plus ou moins d'avis spécialisés? Ou à prendre plus de rendez-vous à leur place?

-I : Je prends presque tous les rendez-vous à leur place, et tu sais pourquoi? C'est pas pour les accompagner, c'est parce que chez moi une fois sur deux, si ce n'est pas moi qui le prend, le rendez-vous ne sera jamais pris!

-C : Vous leur avez donné l'habitude, non? (Rire).

-I : Non, non. J'ai plein de lettres qui traînent partout qui ressortent. Je les vois qui ouvre leur truc de pharmacie, là où il y a la carte vitale, la dernière ordonnance et il y a les dernières lettres que je leur ai donné pour aller chez le spécialiste. Et en fait, ils n'y sont jamais allés!

-C : Même si vous avez pris le rendez-vous?

-I : Ah non, si j'ai pris le rendez-vous ils y vont! C'est pour ça que j'ai commencé à prendre les rendez-vous. On est dans un petit bourg, on est assez loin de chez les spécialistes, ils ont la flegme, et puis voilà.

-C : Que l'interne soit là ou pas ça ne change rien?

-I : Non. Les avis auprès des spécialistes? (Réflexion) Les internes auraient tendance à vouloir que je prenne beaucoup plus souvent l'avis d'un spécialiste! Le problème c'est que je suis spécialiste en médecine générale (rire) et que je sais en gros les réponses que j'aurais besoin d'avoir et bon si c'est pour avoir un bilan cardio en disant à la fin "M. Duchnock va bien, ne changez rien aux traitements" ce n'est pas la peine. Comme si c'était l'angoisse du médecin. C'est un petit peu ça qui est à apprendre aux internes, c'est qu'on ne gère pas sa propre angoisse, on gère le malade. Si on gérait sa propre angoisse, on demanderait des avis toutes les cinq minutes.

-C : C'est vrai, mais nous on débute! (Rire)

-I : Oui, oui.

-C : Est-ce qu'au niveau des prises de nouvelles après avoir adressé un patient aux urgences, est-ce que vous auriez tendance à plus souvent rappeler pour avoir des nouvelles?

-I : C'est l'interne qui va rappeler, parce que souvent l'interne connaît celui qui est aux urgences.

-C : Ah oui!

-I : Il a tout à fait envie de savoir ce qui se passe et d'avoir des nouvelles. Souvent c'est comme ça. Mais si j'ai un souci diagnostique, j'appelle aussi évidemment. Si j'ai une certitude diagnostique, que c'est simplement un suivi hospitalier, j'ai tendance à ne pas rappeler. Si je me pose des questions je rappelle.

-C : Est-ce que ça modifie quelque chose au niveau des soins: sutures, pansements, si l'interne est là ou pas?

-I : Je les fais quand même (rire). Euh, si l'interne veut les faire, il fait, mais je ne force personne à faire quoi que ce soit. De toute façon j'ai appris sur le tas à faire beaucoup de chose aussi. Ce qu'il ne fait pas maintenant il le fera quand il sera installé.

ENTRETIEN 3

-C: Le thème général c'est le burn out, qui comprend trois notions: l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Les deux premières notions ont été pas mal étudiées, moins la déshumanisation. Donc, moi je suis partie de l'échelle du Burn Out, le Malasch Burn Out Inventory, c'est un ensemble de vingt-deux questions, quelques une concerne l'épuisement émotionnel, quelques autres de l'accomplissement personnel et les dernières de la déshumanisation. Et j'ai donc adapté ces dernières pour faire mon questionnaire actuel.

-I: Est-ce que vous voulez précisez un peu par ce que vous entendez par là ou...

-C: Oui oui.

-I : Ou est-ce que ça va venir au fil du questionnaire, je vais me rendre compte de ce que vous attendez de moi...

-C : En fait moi ce que je demande... enfin mon hypothèse: je veux savoir si le fait d'accueillir un interne peut modifier la relation que le médecin a avec le patient et donc diminuer ou aggraver le risque de déshumanisation. Je sais que c'est précis, c'est des questions très subjectives donc pas forcément évidentes, c'est pour cela que je vous avais envoyé un mail. Alors, on va commencer par le début, à quoi vous pensez quand on vous parle de déshumanisation, est-ce que ça vous dit quelque chose?

-I : (Soupir, réflexion). A mon échelle, dans ma pratique, non, je ne vois pas tellement.

-C : La déshumanisation du patient, ça ne vous dit rien?

-I : Le patient en général, ce serait plutôt à l'hôpital.

(Rire)

-I: En cabinet euh...

-C: Vous ne vous sentez pas concerné?

-I: Je ne sens pas vraiment concerné non.

-C : Mais vous voyez ce que c'est ? En bref, c'est considéré le malade comme un numéro, s'en occupez de manière automatique...

-I : On ne peut pas trop se permettre ça en médecine libérale... et puis je n'ai pas envie...et puis je...ce n'est pas quelque chose qui me...

-C : Même si vous n'êtes pas concerné, c'est pour approfondir le sujet et tenter de savoir si le fait d'accueillir un interne puisse modifier quelque chose ou pas.

On va passer à quelques questions vous concernant.

Depuis quand êtes-vous maître de stage?

-I : Depuis...ça fait deux ans.

-C : Deux ans d'accord, et qu'est-ce qui vous a poussé à devenir maître de stage?

-I : Parce que je trouve que je n'étais pas tellement engagé dans grand-chose et puis je me dis c'est aussi une façon de participer un petit peu...

-C : Redonner ce qu'on vous avait donné en médecine? Ou le côté stimulant?

-I : Oui le côté stimulant et puis je me dis aussi que si on veut qu'il y ait de la relève, n'est-ce pas ? Il faut aussi faire des efforts.

-C: Oui.

-I : On ne peut pas toujours compter sur les autres, du coup je me suis m'engagé, de façon un petit peu modeste parce que je ne le fais pas sur des très longues durées, m'enfin...

-C : C'est déjà une démarche en soi.

- I : En général je n'ai jamais refusé quand on m'a demandé non plus... rire.

-C : D'accord donc en fait pour redonner un peu à la médecine et puis pour le côté stimulant

-I : Oui et puis je me dis c'est toujours sympa d'avoir un étudiant qui a peut-être des connaissances un petit peu plus récentes, quelque chose d'un peu interactif.

(Coupure à cause du téléphone)

-C: Et vous êtes installé ici depuis quand?

-I: Avant j'étais à Brest, neuf ans à Brest et puis je suis ici depuis neuf ans aussi.

-C: Ok et ça fait deux ans que vous prenez des internes. Et donc qu'est-ce qui vous a intéressé dans le fait de devenir maître de stage?

-I: La transmission, le partage...

-C: Des connaissances?

-I: Oui.

-C: Quel est pour vous l'intérêt de ce rôle pédagogique?

-I: ...

-C: Est que vous avez plus de plaisir lors de la consultation?

-I: Pas forcément, pas plus de plaisir, ça dépend... Parfois oui, le plaisir de faire découvrir des choses, des choses qu'on a appris sur le tas, des cas intéressants.

-C: Ok, alors comment s'organise vos journées quand il y a un interne avec vous?

-I: De la même façon, je ne change en rien...

-C: Il vient en visite avec vous?

-I: Oui.

-C: Et lors de la consultation, comment vous vous organisez?

-I: Ça dépend du niveau mais j'ai eu plutôt des sixièmes années donc c'est peut-être un peu moins, je laisse un peu moins faire que des internes surtout au départ. Parfois on alterne, parfois il fait l'examen, je suis à l'ordi, et parfois on inverse.

-C: Ok, maintenant on passe aux grandes questions. Avez l'impression, qu'en présence de l'interne lors de la consultation, vous vous occupez du patient d'une manière différente que s'il n'y avait pas d'interne?

-I: Oui.

-C: Qu'est-ce qu'il y a de différent?

-I: ...

-C: Au niveau de l'information, de l'écoute, de la prise en charge?

-I: ...

-C: Au niveau du temps que ça prend?

-I: Oui ça prend un peu plus de temps et un peu plus de systématisme, qui est parfois très bien d'ailleurs, parce que ça permet de se remettre un peu en cause...

-C: Un peu plus de rigueur?

-I: Oui un peu plus de rigueur oui.

-C: D'accord. Il y a d'autres choses qui diffèrent?

-I: Ben le regard du patient, son attitude par rapport à moi qui change un petit peu, parce qu'il y a une tierce personne...

-C: Il est moins proche?

-I: Il y en a qui font du zèle, certains patients font du zèle, ils en font un petit peu trop, ils ne sont pas comme d'habitude. Et puis d'autres qui sont dans la réserve.

-C: Ok, est ce qu'il y a d'autres que vous pensez être différentes?

-I: (Réflexion). Il y a des choses, des examens que, peut-être, j'ai tendance à reporter, j'ai du mal à aller vers des examens un peu, des problèmes gynéco, c'est un frein pour moi, pour les gens...

-C: Oui, effectivement.

-I: Et puis les examens de prostate, les examens comme ça...Ce n'est pas évident.

-C: Donc un peu de réserve de la part des patients. Et au niveau de l'information que vous donnez au patient? Peut-être que vous interagissez avec l'interne et du coup ça peut être profitable pour le patient?

-I: Oui je crois que ça c'est un petit peu, c'est le fait de savoir que l'on peut discuter parfois...

-C : Du diagnostic ou de la prise en charge?

-I : Oui, ce n'est pas si simple, finalement que notre métier, ce n'est pas toujours...

-C : Tout blanc ou tout noir?

-I : Oui, voilà, que tout n'est pas arrêté et que parfois c'est sujet à discussion, à des remises en questions.

-C : Du coup les patients sont témoins de cette démarche?

-I : Oui.

-C : Sinon, pour les patients chroniques, diabétique par exemple, est-ce que ça change quelque chose sur le déroulement de la consultation?

-I : Pas énormément...

-C : Vous ne prenez pas appui sur l'interne pour leur faire comprendre l'importance de la surveillance de l'hémoglobine glyquée par exemple?

-I : Non, pas spécialement, j'essaie de le faire aussi dans ma pratique courante, non.

-C : Vous ne prenez pas appui sur l'interne?

-I : Ben c'est vrai que vous me donnez des idées (rire), je pourrai faire ça.

-C : Oui il y a des médecins qui le font. Et concernant les patients sous Subutex, vous n'en avez peut-être pas beaucoup?

-I : J'en ai quelques-uns.

-C : Et est-ce que ça change quelque chose d'avoir un interne à vos côtés? Dans la relation que vous avez avec le patient?

-I : Non non non, je fais pareil.

-C : Et chez un patient dépressif?

-I : C'est un peu plus délicat, parfois ça, j'ai eu parfois à dire à l'interne d'attendre un petit peu...

-C : En salle d'attente?

-I : Oui car quand on ne va pas bien du tout, quand on parle de déshumanisation c'est vrai que je fais attention à ça. Je crois que...

-C : Le fait qu'il est l'interne ça pourrait même aggraver?

-I : Oui je crois qu'il y a une attente à ce moment-là, un besoin de parler, et puis je crois que la personne n'a pas forcément envie de...

-C : D'une tierce personne.

-I : Oui, c'est les rares cas où j'ai eu besoin de dire à l'interne de se mettre à l'écart.

-C : Et avez-vous l'impression que depuis que vous accueillez des internes vous vous occupez d'une manière différente de vos patients? C'est à dire même si l'interne n'est pas là, le fait que vous en ayez déjà accueilli, ça change votre prise en charge?

-I : Non, ça ne change pas.

-C : Il n'y a rien qui change?

-I : Non je n'ai rien changé à ma façon de faire.

-C : Et est-ce que vous pensez que ça puisse contrarier ce qu'est venu chercher le patient?

Il a l'habitude de ne voir que vous, et puis là il y a une tierce personne, vous êtes d'accord avec le fait que ça puisse les contrarier?

-I : Oui, j'ai perdu une patiente quand même.

-C : A cause de la présence de l'interne ?

-I : "Oh j'en veux pas de vos étudiants, tout ça" elle est montée sur ses grands chevaux et puis un jour elle a changé de médecin.

-C : Ah oui?

-I : Une fois je lui dis "bah quand même..." je n'allais pas non plus...une fois je suis venu en visite à domicile, je vais la voir et puis elle ne voulait pas d'interne et puis du coup je suis venu sans, et puis une fois je lui ai dit " que voulez-vous que je vous dise j'ai un interne, c'est comme ça" et voilà la dame n'était pas très contente...

-C : Oui ça ne doit pas être très fréquent mais ça peut arriver, la preuve.
Et sinon est ce que vous pensez que vos patients vous respectent plus? Ou moins?

-I : Je pense qu'ils me respectent plus, enfin c'est plutôt accueilli comme quelque chose de sympathique de ma part.

-C: De positif?

-I : Oui, même si ça les embête parfois un peu. Il y a même un monsieur un jour qui est arrivé et qui m'a dit “ Félicitations (rire) je vois que vous êtes professeur”, oui faut peut-être pas exagérer quand même...

-C : Bon ça fait toujours plaisir! Très bien, ensuite, avez l'impression que depuis que vous êtes maître de stage et que vous accueillez des internes, vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis à vis de vos patients?

-I: Non.

-C: Vous ne cachez pas plus vos sentiments? Ou au contraire les montrer plus?

-I: ...

-C : Vous discutez après avec l'interne une fois que le patient est sorti de la consultation?

-I : Oui ça m'est arrivé de préciser un peu les choses... c'est que vous attendez comme réponse? De préciser un peu avec l'étudiant ou l'interne le contexte, ce qu'il y a derrière cette consultation, parce qu'il ne connaît pas toujours tous les détails, l'histoire du patient, tout ça...comme ça on reprend les choses, ça permet d'expliquer.
Mais émotionnellement non, ça ne me change pas, je ne réagis pas différemment.

-C : Vous ne partagez pas plus, ça ne vous sert pas de “déversoir” d'émotions d'avoir quelqu'un à vos côtés?

-I : Non...non.

-C : Avez le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement au fil des années? Qu'avec le temps on puisse devenir plus distant, plus froid...?

-I : Oui, on se protège un peu quand même...

-C : De quelle manière vous diriez?

-I : Ben je crois qu'on a appris à faire la part des choses entre la journée de travail et puis le soir où on rentre chez soi, des choses comme ça.

-C : Au niveau de la relation que vous avez avec le patient ça n'a rien changé? Mais vous arrivez à être plus distant?

-I : Ouais peut être oui. Par exemple je pense quand on a suivi un patient et qu'il décède, c'est lui, c'est lui, même si on l'aime bien, je me rends compte qu'en fait, je passe assez bien à autre chose, que la vie continue.

-C : Plus maintenant qu'avant? Que vos premières années d'exercice?

-I : Oui, je pense peut être. On s'habitue à la mort avec l'âge... ça n'empêche que l'on repense à des gens de temps à autres...

-C : Et le fait d'avoir des internes avec vous, est-ce que ça change ce processus ?

-I : Non.

-C: Non?

-I : Vous auriez voulu que je dise oui?

-C: Non non.

-I : Non ça ne change pas, mais il m'est arrivé quand même que l'interne me dise “ mais cette dame elle est souvent comme ça?”, qu'il soit étonné de sa souffrance. Et là on se dit “bah c'est vrai qu'elle souffre cette dame” Peut être que ça nous fait un peu réagir par rapport...

-C : Ah oui, quand c'est l'interne qui vous fait remarquer que ...

-I : Oui ça nous... peut-être ça nous, il y a une échelle un peu plus dans l'empathie...

-C : Que lui prenne ça un peu plus à cœur, du coup nous on se dit “ben oui c'est quand même une situation difficile”.

-C : Ok c'est une remarque intéressante.

-I : Ben ça n'arrive pas très souvent mais c'est vrai que certaines réflexions des internes qui eux étaient en plein... découvraient et donc un peu sous le choc, alors que nous on est un petit peu plus habitué.

-C: Ok.

-I : ça remet un petit peu en questions.

-C : Et est-ce que ça change quelque chose qu'il y ait un interne lors de vos consultations ou lors des visites à domicile difficiles, par exemple avec des patients en fin de vie, agressifs, exigeants, est-ce que d'avoir quelqu'un à vos côtés ça modifie certaines choses?

-I : Non, je n'ai pas remarqué, non.

-C : Peut-être que vous mettez l'interne de côtés quand vous êtes dans ce cas?

-I : Non je ne mets pas l'interne de côtés non plus (rire) mais je ne crois pas que ça change énormément. Je n'ai pas eu de patients agressifs avec des étudiants, je n'ai pas eu ce cas de figures...

-C: Des gens hyper exigeants?

-I : Je ne sais pas trop, non. Ça ne modifie pas, pas dans mon expérience par ce que j'ai pu vivre actuellement, jusqu'à présent.

-C: D'accord. Maintenant on va passer au sentiment de sollicitude. C'est le souci de soin envers les patients, donc est ce que celui-ci est différent quand l'interne est là lors de la consultation?

-I:...

-C : Je veux dire, par exemple dans les démarches que vous pouvez faire, est ce que vous demandé plus ou moins d'avis auprès des médecins spécialistes quand l'interne est là?

-I : ...

-C : Ou vous rappelez plus aux urgences pour prendre des nouvelles après avoir adressé quelqu'un?

-I : Non, j'en fais pas plus, j'en fais pas moins, j'essaie de faire mon travail, je n'ai pas tellement... Et puis on a du travail toute la journée, donc on n'a pas trop le temps non plus de... d'en faire plus. Je trouve qu'on en fait déjà pas mal.

-C: Oui.

-I : Ce n'est pas un reproche, (rire) je sais bien, je vous fais pas un reproche... mais je crois qu'on essaie de bien faire son travail que l'interne soit là ou pas. Peut-être ça m'est arrivé parfois de me reposer des questions, parce que l'interne est là "Est ce que cette dame? Depuis quand elle n'a pas vu un cardiologue? Est ce qu'il ne serait pas tant qu'elle revoit?". Mais on essaie de faire ça dans son travail mais sans l'interne... mais ça peut arriver oui, parfois oui qu'on soit un petit peu plus exigeant, et qu'on fasse les choses un peu plus à fond.

-C : D'accord et est-ce que ça modifie vos soins? Les sutures, les pansements?

-I :... Non je dirais que non, parce que si on fait un pansement n'importe comment quand l'interne n'est pas là et que quand il est là on le fait beaucoup mieux, ce n'est pas terrible (rire)! Parfois on se rend compte qu'on n'a pas toujours ce qu'il faut...

-C : Comme dans tous les cabinets!

ENTRETIEN 4

-C: Mon sujet c'est le burn out, qui comporte trois notions l'accomplissement personnel, l'épuisement émotionnel et la déshumanisation, donc moi je me concentre surtout sur cette dernière. Et il y a l'échelle MBI (Malasch Burn out Inventory) qui est un ensemble de vingt-deux questions, quelques-unes sur l'accomplissement, d'autres sur l'épuisement et cinq sur la déshumanisation. Je suis partie de ces questions-là, en essayant de les retranscrire en y introduisant la présence de l'interne, est-ce que ça change des choses au cours de la consultation, le fait que l'interne soit là? Donc évidemment ce sont des questions assez subjectives car il s'agit d'une thèse qualitative. Et vous, est ce que la déshumanisation ça vous parle? Qu'est-ce que ça veut dire pour vous? En tant que médecin généraliste?

-I: la dé-shu-ma-ni-sation, déjà c'est dur à dire. Du médecin généraliste? De la relation médecin-malade? De quoi?

-C: Oui du médecin généraliste.

-I: C'est à dire qu'il perdrait son côté humain... pour la consultation?

-C: Voilà.

-I: (Soupir). Alors je ne sais pas si c'est une conséquence du burn out, je ne sais pas si c'est grave, je ne sais pas si on est un mauvais médecin si on perd son côté humain...

-C: c'est une adaptation?

-I: voilà, et puis je ne sais pas si c'est grave, pour avoir travaillé un petit peu dans de l'urgence grave, la déshumanisation permet d'avoir un contact parfait avec la famille, avec les proches, parce que l'on peut prendre une distance, si on est dans l'émotionnel non contrôlé, on n'a plus de distance, et finalement on dit des bêtises et on fait des bêtises... euh mais ça c'est une règle en dehors du BO; on peut prendre un autre exemple, je ne sais pas par exemple si je suis le meilleur, par exemple, quand j'annonce une maladie grave ou un diagnostic sombre, à quelqu'un avec qui j'ai des relations humaines qui sont riches, je pense que je suis meilleur avec quelqu'un avec qui j'ai peu de relations, ouais. Donc je ne sais pas si c'est un mal, la déshumanisation.

-C: La question n'est pas de savoir si c'est un mal ou un bien.

-I: Et je ne sais pas si c'est une mauvaise conséquence, bon bref, euh... Et donc la question exactement c'est?

-C: Est-ce que le fait d'avoir un interne au cours de la consultation peut modifier la relation médecin patient...

-I: Oui.

-C: Et du coup avoir des conséquences sur l'éventuelle déshumanisation qui peut se produire au cours du temps.

-I: Alors, je poursuis ce que je disais, je sais pas si c'est un mal, le fait d'avoir un interne casse complètement le colloque singulier, parce qu'on va être trois, euh moi je pense que ça augmente la qualité de la consultation, qu'on défait certains liens un peu hystéroïdes, moi je pense que le fait d'avoir un interne, moi j'en ai toujours un avec moi, et le fait d'avoir un interne en consultation, tout le temps, fait que les patients un peu hystéroïdes s'en vont, ils ne supportent pas de voir un interne

-C: ah oui? Pourtant ça leur fait plus de public...

-I: Ils ne supportent pas! Comment repérer un hystérique ou un hystéroïde sur le planning? C'est simple, si on voit le nom dans la journée, on se dit « oh là là ce n'est pas possible il vient... ». C'est comme ça qu'on repère en général, l'hystéroïde est agaçant pour le médecin, il est fatiguant, agaçant, on se dit « oh là là », et quand j'ai pris des internes en consultation, j'ai vu tous ces patients qui m'agaçaient disparaître, d'ailleurs dans le bureau d'en face, donc ils s'ont tous partis à côté, donc ça m'a beaucoup soulagé! (rire)

-C: Et vous avez gardé les internes!

-I: Et donc je consulte toujours avec les internes, c'est un bon filtre. Euh je pense qu'au contraire on enrichi beaucoup la relation médecin patient par le... avec un interne. Le dialogue est à trois, on sort de... euh... on sort aussi complètement du côté paternaliste du médecin.

-C: Oui.

-I: on sort même du côté maternel du médecin que certains médecins ont, et je pense que c'est... voilà, on est peut-être plus dans l'offre de soins... euh... et alors est ce que c'est grave? Ben moi je pense que c'est même mieux. Etre dans l'offre de soins, faire bien son travail, voilà.

-C: Le côté médical.

-I: On a le droit d'être empathique sans être extrêmement investi... émotionnellement. C'est la fin d'une génération aussi des médecins de famille qui avaient leur numéro de téléphone dans l'annuaire, qui étaient appelés à 2 heures du matin, qui faisaient des gardes, qui étaient tout le temps de garde, voilà je pense que c'est aussi la fin d'un système.

-C: c'est sûr.

-I: donc la déshumanisation peut être, et probablement que c'est un bien pour la relation, pour la qualité de soins et puis même pour le plaisir d'exercice et puis je ne sais pas si les patients sont extrêmement demandeurs d'avoir un médecin intrusif dans leur vie...

-C: Des fois on m'a dit que certains venaient chercher un peu de chaleur et que...

-I: on peut ... Ah là je ne suis pas d'accord! On peut donner de la chaleur, on peut être extrêmement correct, on peut être très très empathique avec des gens dans lequel on n'est pas forcément très liés.

Sur un autre métier que je fais, en médecine légale, quand on fait des examens de victimes de viols, il faut être extrêmement empathique parce que c'est une victime mais malgré tout être extrêmement neutre parce qu'on est expert judiciaire, euh... et pour le coup je pense qu'on arrive à l'être tout à fait « empathique, correct, donné une impression que ça se passe bien » sans nécessairement, sans être forcément très très proche du patient...

-C: Bon, pour finir je reviens à mon introduction... Ma thèse se fait par des entretiens individuels auprès de médecins généralistes du Finistère, qui s'arrêteront quand deux interviews successives ne donneront plus d'élément nouveau. Et puis il y a aussi quelques questions vous concernant, depuis quand êtes-vous maître de stage?

-I: 2008 ou 2007, 2008 je crois.

-C: Et qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir maître de stage?

-I: Euh... le travail en équipe. J'ai travaillé dans des équipes comme le SAMU, j'ai bien aimé, je travaille en médecine légale, on travaille beaucoup avec les enquêteurs donc c'est un travail d'équipe avec les forces de gendarmeries ou de polices, et puis au cabinet c'était euh... on est un peu seul, même si on a des associés, même si, bon, on est seul, donc c'est vrai que c'est un... une présence, un deuxième regard, une discussion, voilà, donc ça c'était une des motivations. Euh... comme dit une copine qui est dermatologue, c'est aussi « apprendre aux petits »! Moi elle me dit j'aime bien apprendre aux petits, parce que voilà... Moi j'ai commencé ma vie professionnelle, il y a longtemps maintenant, comme prof, j'étais prof de théâtre, donc j'ai fait 6 ans comme prof dans un lycée, donc je retrouve ce plaisir d'enseignement, ce qui fait que je suis aussi venu à la fac. Donc c'était « rupture de la solitude de consultation », le plaisir de l'enseignement que j'ai toujours eu.

-C: Et est qu'il y a aussi le fait de se sentir plus respecté par les patients? Vous avez l'impression que les patients vous respectent un peu plus?

-I: euh non non, alors ça pour les galons euh... j'en ai jamais eu besoin en médecine générale, moi j'étais expert à la cours d'appel à 31 ans, donc j'ai eu tous les gros galons, les grandes récompenses et honorifiques, je les ai eu à 31 ans, alors que j'étais installé, alors j'en ai fait le... « Bon ok, ça n'apporte rien. ». Par exemple, moi j'ai deux internes qui travaillent avec

moi, sur mon ordonnancier il y a marqué Marcel Martin, médecin généraliste, juste à côté le nom de l'interne, interne, et juste à côté le nom de l'autre interne, interne. Il n'y a pas écrit Docteur Marcel Martin. Pourquoi? Pour être sur le même pied d'égalité. Donc je ne signe jamais docteur, je ne mets jamais... c'est écrit Marcel Martin, et puis médecin généraliste, les gens savent qu'on est des docteurs. Donc le titre, le truc, ça n'a aucune espèce d'importance, et puis les patients je pense qu'ils s'en foutent complètement, il y a certains médecins qui adorent avoir des salles d'attente pleine, moi je n'aime pas ça. Il y a des médecins qui aiment bien les reconnaissances, les « Docteurs », ben voilà, les galons, je n'aime pas ça, du coup je n'ai pas écrit docteur sur l'ordonnancier, donc non, aucun intérêt.

-C: donc vous c'était plutôt pour le travail en équipe et la transmission de savoir, ok. Alors est que vous pouvez me dire ce que ça a changé pour vous, le fait d'avoir des internes?

-I: Bah tout, c'est plus agréable, la consultation est plus sympathique, euh les patients regrettent quand il n'y a pas l'interne, genre « vous êtes tout seul aujourd'hui! » bon ben tant pis voilà, mais pour y arriver il faut vraiment intégrer l'interne dans la consultation, et que ça devienne du systématique à trois.

-C: Et comment s'organisent vos journées quand il est là?

-I: Et ben on consulte ensemble.

-C: Chacun sa place, il y en a un à l'ordi et l'autre qui examine?

-I: Ou alors on change, après ça dépend aussi du niveau de l'interne, c'est certain que quand on ne maîtrise pas le logiciel, faut peut-être mieux apprendre à maîtriser le logiciel, du coup il fait peut-être un peu plus d'ordinateur, et quand on sent que ça sature, on passe à l'examen, non non, ça tourne, il n'y a aucune règle.

-C: Il vient avec vous en visite?

-I: Je ne fais pas de visite,

-C: Vous ne faites pas de visite, d'accord.

Maintenant on passe aux questions tirées du questionnaire MBI. Avez l'impression qu'en présence de l'interne, lors de la consultation, vous vous occupez d'une manière différente des patients?

-I: Oui. Je m'occupe mieux des patients quand l'interne est là, on évite les raccourcis...

-C: D'accord...

-I: On évite les raccourcis parce que il y a le regard de l'autre « ah tu ... tu ne fais pas ça??? » “Bon si d'accord, je vais le faire”, voilà donc quand il y a un interne on évite les raccourcis.

-C: A quel niveau? Au niveau des examens? De ...

-I: De tout! De l'interrogatoire, de l'examen, du respect des recommandations, du respect du patient, voilà... il y a un regard extérieur, on est meilleur.

-C: C'est plus global sur la prise en charge?

-I: Oui bien sûr, et puis on est, on n'est pas... on ne prend pas de raccourcis, on y va!

-C: Est-ce que ça change des choses pour les maladies chroniques, par exemples les diabétiques?

-I: Rien. Ben comme l'interne est tout le temps-là, voilà il n'y a que pendant les vacances. Ben justement ça permet de s'appuyer sur quelqu'un pour dire, pour faire l'éducation thérapeutique chez les patients diabétiques, c'est bien d'avoir un interne pour faire la conversation à trois...

-C: ... pour prendre appui?

-I: Le « et toi qu'est-ce que t'en penses? Et revalide ce qu'on dit, et là le patient a deux avis qui sont probablement dans le même sens, des fois contradictoires, et voilà c'est un débat.

-C: Ok, donc c'est toujours constructif. Et pour les patients dépressifs, est ce que ça modifie des choses, est ce que c'est gênant?

-I: ça doit pas l'être, si ça l'était... euh, on est sur une mauvaise relation médecin patient, si le fait d'avoir une tierce personne, gêne, c'est qu'on est de travers. Moi je prends toujours

l'exemple des psychiatres, au CHU, il y a un interne, il y a un externe, il y a un infirmier, pour une consultation psychiatrique qu'on assurait quand moi j'étais en stage, c'était à plusieurs, ça ne posait aucune difficulté mais on... si ça gêne, si ça gêne le médecin ou si ça gêne le patient, c'est qu'à mon avis on est sur une mauvaise pente relationnelle.

-C: oui je comprends, mais il n'y a pas des patients qui refusent?

-I: Ils n'ont pas le choix, on est 185 médecins à Brest, moi j'ai un interne, ce qui ne veulent pas venir avec moi, ils ne viennent pas, quand ils ne veulent pas d'interne, ils vont voir un des autres des 184 qui restent! Donc en pratique, je n'ai pas de refus. Ce n'est pas comme si j'étais en campagne, ou voilà j'imposerais, là ça se sait, ça se sait qu'il y a tout le temps un interne avec moi, ça se sait qu'on est tout le temps deux. Et je... à part les hystéroïdes dont je parlais tout à l'heure, je n'ai pas eu de départ, voilà. Mais ils n'ont pas le choix.

-C: D'accord, mais est-ce que vous pensez que ça peut contrarier ce qu'il est venu chercher?

-I: Ben si le patient est venu chercher un lien paternel, maternel, oui forcément mais si il est venu chercher du soin certainement pas.

-C: Et vous êtes installé depuis quand?

-I: 2002, et j'ai pris les internes en 2008.

-C: Il n'y a pas eu de gros départs, hormis les hystéroïdes?

-I: Oui il y a eu cette envolée de ces quelques hystéroïdes.

-C: C'est peut-être plus en campagne...

-I: Oui les collègues en campagne ont plus de difficultés à imposer, parce que... vous êtes le seul médecin sur le canton...

-C: Des médecins qui ont eu leur patient fidèle pendant des années... et quand le patient voit l'interne, il est déçu...

-I: Et puis ils sont contents après, je pense.

-C: Sûrement. Et vos consultations sont plus longues quand l'interne est là?

-I: Non, même temps de consultation, ce que l'on perd d'un côté on le gagne de l'autre, ce que l'on perd en discussion à trois, on va le gagner sur le temps de saisi du dossier, non non même temps.

-C: Même au tout début quand l'interne est là?

-I: Oui parce que l'interne ne fait pas tout à fait la même chose au départ, qu'au milieu, qu'à la fin.

Au départ c'est bête et con, il faut qu'il apprenne l'informatique, dès qu'il est libéré de ça au bout d'une ou deux semaines, et puis la petite patho, il faut qu'il sache traité un rhume, enfin des conneries quoi. Une fois qu'il sait faire ça, on revient sur une phase de milieu où il est vraiment, où on est à deux à consulter et puis la phase de fin où il consulte seul... où il a une véritable autonomie.

-C: D'accord. Deuxième grande question, est ce que vous avez l'impression qu'au fil des années le médecin puisse s'endurcir émotionnellement?

-I: Non non.

-C: Devenir plus distant?

-I: Non.

-C: Plus froid?

-I: Non, on peut développer des stratégies de défense face aux choses qui nous agressent, s'endurcir émotionnellement non.

-C: qu'est-ce que vous entendez par stratégies de défenses?

-I: Bah, on met des barrières, on met des distances, ça forcément, mais c'est nécessaire, il y a rien de plus drôle qu'une autopsie du nourrisson, il y a pas plus drôle qu'un accident de la route où il y a le père et la mère et les enfants qui gueulent derrière, voilà c'est des choses que j'ai vécu, et nécessairement ça doit être drôle, parce que si c'est pas drôle, si on ne rigole pas on ne vit pas. Et du coup ça peut paraître très très décalé, ça peut paraître presque fou des fois,

mais dans ces situations de souffrance extrême que l'on voit, on est obligé de se défendre. Donc les collègues de SMUR ont leurs techniques, en réa c'est pareil, voilà quand on a 20% de décès on est obligé de développer... Et nous en médecine légale, bien évidemment qu'une autopsie de nourrisson, d'enfant, c'est assez décontracté...

-C: Et en médecine générale?

-I: En médecine générale, c'est les mêmes techniques sauf que c'est quand même beaucoup beaucoup moins, on n'est pas embêté beaucoup en médecine générale. Combien de cas difficiles on a par an? Allez une petite dizaine, moi en tout cas une dizaine. Par contre chaque autopsie est difficile, chaque examen de viol est difficile, chaque réa au bord de route peut l'être.

Voilà. On est obligé de, je vais employer un gros mot, de réifier. La réification, c'est rendre objet, rendre la relation objet ou la personne objet. On est obligé de réifier le cadavre, le cadavre n'est pas le corps d'un petit nourrisson avec papa, maman et une souffrance qu'il y a derrière mais un assemblage de foie, de rein, de... voilà. Et certainement que dans des cas très très complexes en médecine générale, on est obligés de développer des stratégies de défenses, qui sont un peu similaires. Je pense que j'ai complètement répondu à côté...

-C: Non mais...

-I: C'était quoi la question?

-C: Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression de réagir différemment?

-I: Non, la réponse est non.

-C: Ok, et le fait d'avoir un interne à vos côtés lors de la consultation, est ce que ça modifie le ressenti émotionnel?

-I: Non, enfin oui, c'est ce que je disais précédemment, on quitte le côté hystérique, on quitte les patients-berniques qui s'accrochent à vous.

-C: Et le fait que l'interne, des fois, puisse être touché, par l'histoire (malheureuse) du patient, est ce que vous vous dites « je ne réagis plus, est ce qu'il faudrait que je sois plus touché? »

-I: Non.

-C: Ou vous vous dites c'est lui qui...

-I: Non, chacun... parce qu'on a chacun nos histoires individuelles, il y a des choses qui vont me toucher et qui ne vont pas toucher l'interne, ou un autre médecin, et à l'inverse. Non non, c'est individuel. Là pour le coup, on arrive avec nos histoires, mais je pense que là on est dans l'intime...

Moi je ne débrieife jamais les internes là-dessus, jamais jamais, c'est leur intimité,

-C: Sauf si eux ils vous en parlent?

-I: Non, je ne crois pas qu'il faille ça, je trouve que c'est un dérapage de la fonction d'enseignant de se mêler de l'intime des gens. L'enseignant il a à respecter ça, en tout cas quand je travaillais dans un lycée il était évident qu'on allait pas se mêler de l'intimité des adolescents, et je pense que malgré tout, même si il y a 10 ans de plus avec un interne qu'avec un lycéen, il ne faut pas qu'on se mêle de l'intime, et je dirais même qu'on est les moins bien placé parce qu'on est évaluateur et sanctionnant, du coup, je crois que si l'interne a besoin de débriefer, il doit débriefer avec peut être son médecin généraliste, pas son maître de stage, avec ses collègues, mais sans maître de stage, sans prof de fac... entre collègues avec un même niveau hiérarchique. Autrement c'est des dérapages qui sont non contrôlés. C'est le respect absolu de l'intimité de l'étudiant.

-C: Donc vous ne faites pas de visites à domicile, mais lors des consultations difficiles, patients exigeants, agressifs, le fait d'avoir quelqu'un avec vous, ça change quelque chose?

-I: Bof oui et non, après ça dépend.

-C: Vous n'avez pas un exemple en tête de patient agressif, ou très exigeant? Si avec l'interne absent vous auriez réagi différemment?

-I: Agressifs, je n'ai pas. J'ai pas d'exemple agressif, les gens que je suis ne sont pas agressifs, je n'ai pas eu de ... ils sont partis depuis longtemps, euh ... et exigeants, bof, je dirais que c'est normal d'être exigeant quand on a mal, quand on n'est pas bien, et puis on essaie de comprendre pourquoi ils sont exigeants, parce que derrière il y a toujours une vraie plainte, en fait. Si les patients exigent un arrêt de travail, c'est quoi la vraie plainte? Le but c'est de gratter pour savoir pourquoi ils font une demande qui nous paraît abusive au départ. Sont pas fous les gens, ils font des vraies demandes...

-C: et que l'interne soit là ou pas...

-I: On gratte à deux! On cherche à deux.

-C: Dernière grande question, concernant le sentiment de sollicitude, le fait de prendre, de tout faire pour prendre soin du patient, est ce qu'il est différent quand l'interne est là ou pas, Est-ce que vous auriez tendance à prendre plus d'avis spécialisé quand il est là?

-I: Non je pense que ... vous pensez que prendre plus d'avis spécialisé c'est prendre plus soin de son patient?

-C: Non, mais c'est pour détailler mes questions, les rendre plus concrètes...

Ou est-ce que vous rappellerez plus aux urgences si vous y avez adressé quelqu'un?

-I: Non ça non, c'est assez systématique quand j'adresse quelqu'un, j'appelle le confrère et je rappelle le lendemain, euh... c'est vrai que je peux demander aussi à l'interne de le faire, histoire qu'il prenne le plis, non je pense pas que ça change grand-chose, mais c'est très compliqué parce que, pour moi, l'exception c'est quand il n'y a pas l'interne, j'en ai tout le temps un donc... voilà quand j'en ai pas un pendant une semaine, oui ça change un peu ma pratique, mais euh...

-C: Vous avez pris des habitudes ...

-I: Voilà.

-C: Et est-ce que vous pouvez retarder des examens intimes? Parce qu'il y a des médecins que ça gêne.

-I: Oui oui, et là-dessus vous avez complètement raison, ça gêne le médecin, ça ne gêne pas les patients, ça gêne le médecin. Faire un examen gynéco, dur, le premier examen gynéco chez une jeune femme, qui a 23 ans, ça peut être compliqué de le faire à deux, et bizarrement c'est beaucoup plus simple.

-C: Pourquoi?

-I: Parce que, là aussi on casse le lien hystéroïde, ça devient un acte technique, on est deux dans la salle, et puis je dis toujours, ça choquerait personne que je fasse un examen à l'hôpital avec une infirmière dans la salle? Au contraire, on trouverait ça bien. Eh bien, dans un cabinet, ce n'est pas une infirmière, c'est un collègue, on est deux, et quand on présente les choses comme ça, c'est tout de suite plus accepté, c'est beaucoup moins ambiguë. En plus moi je suis un homme, le sexe de l'interne ne change rien d'ailleurs, que ce soit un homme ou une femme, ça change pas grand-chose. C'est juste moins ambiguë, du coup, au contraire c'est un facteur favorisant le fait d'être deux.

-C: Eviter les plaintes aussi...

-I: oh ça, zéro plainte en 10 ans... Et les plaintes qu'il y a eu, en revanche étaient justifiées, il y a des médecins qui en effet ont tripoté leur patiente, il y a trois condamnations il y a quatre ans mais voilà... c'est normal, ils ont violé leur patient. Non les plaintes il n'y en a pas. Non ce n'est même pas par peur de la plainte, c'est que c'est plus simple, et on comprend bien à l'hôpital que quand il y a une infirmière en consultation, ben ça se passe et c'est très bien, et ben en cabinet c'est très bien quand il y a un interne.

-C: Tout à fait autre chose, ça ne modifie pas la façon de faire les pansements, les sutures?

-I: Alors je suis centre-ville de Brest, j'adorais les sutures, j'adorais tous les gestes techniques... J'ai quasiment pas de demande, c'est la tristesse de l'exercice de centre-ville. Ils vont tous aller aux urgences.

-C: ok c'est fini, merci beaucoup.

ENTRETIEN 5

-C: Le thème général c'est le burn out. Il y a 3 notions dans le burn out: l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Je suis partie de l'échelle MBI (Malasch Burnout Inventory) c'est un ensemble de 22 questions qui étudie ces 3 notions et qui permet d'évaluer le score d'épuisement professionnel. La déshumanisation est évaluée par cinq questions, j'en ai reprise 3 que j'ai adapté pour mon interview. Est-ce que vous savez ce qu'est la déshumanisation?

-I: Honnêtement, non.

-C: Du tout?

-I: Non...

-C: C'est voir les gens de manière...

-I: ...Automatique, oui.

-C: C'est la routine, voir le patient comme un numéro... On peut avoir l'impression que c'est plus à l'hôpital qu'en médecine générale...

-I: Je pense que ça peut arriver en médecine générale quand t'es fatigué, quand t'as d'autres soucis en tête... je pense que t'es en mode automatique de temps en temps dans ta journée, pas forcément toute la journée mais...

-C: C'est ça, moi j'avais noté comme définition: une perte d'empathie envers les patients, une difficulté de reconnaître la personne chez l'autre qui est le patient et donc de s'occuper de manière automatique des patients. Le malade devient un objet, un numéro, ça peut être considéré comme un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

L'hypothèse est que le fait de travailler avec un interne lors de la consultation peut modifier la relation médecin malade et diminuer le risque de déshumanisation. Ma thèse est qualitative, j'effectue des entretiens auprès des médecins généralistes du Finistère, j'ai vu 4 hommes, maintenant il me faut le point de vue de femmes.

Voilà pour l'introduction.

Depuis combien de temps êtes-vous maître de stage?

-I: ça fait trois ans, je fais Saspas aussi.

-C: Qu'est-ce qui vous a intéressé dans le fait de devenir maître de stage?

-I: (réflexion) Partager mon expérience, faire passer un message que la médecine générale c'est un beau métier quand même, difficile. Et puis l'échange, me dire "tiens ça va casser ma monotonie", entre guillemets car on n'a pas un métier monotone mais tu es un peu dans des automatismes, comme on disait tout à l'heure. Echanger c'est toujours agréable, voilà.

-C: Quel est l'intérêt de ce rôle pédagogique?

-I: Je pense qu'à l'hôpital tu ne vois pas la relation médecin-patient comme tu peux la voir en médecine générale, c'est complètement... c'est deux mondes différents, en tout cas moi j'essaie de ne pas m'occuper que de l'hypertension, ça va être aussi « comment va votre mari? » « et la maison, ça avance? », tu t'intéresses aussi à la vie des gens, et ça je crois que t'en que tu l'as pas vu, tu peux pas deviner que ça fait aussi partie de la prise en charge du patient en médecine générale.

-C: Alors qu'est-ce que ça a changé pour vous? Qu'est-ce que ça vous apporte?

-I: ça m'apporte un échange intellectuel « Qu'est-ce que tu aurais fait? », « pourquoi tu as pris cette décision? », « qu'est-ce que tu penses de ma décision? », c'est beaucoup d'échanges intellectuels, et c'est aussi comme je disais tout à l'heure faire passer le message : tu ne t'occupes pas que d'une hypertension, tu t'occupes de la personne dans son entité.

-C: Est-ce qu'il y a des contraintes?

-I: (Réflexion) c'est fatiguant, c'est fatiguant, c'est des consultations qui sont plus longues déjà, donc au niveau timing il faut prévoir plus longtemps, par exemple ce matin j'ai dû voir huit personnes, et j'ai fini à midi, j'étais en mode lent, parce que tu, là ce matin, par exemple, j'ai

laissé l'interne examiné, je suis passée derrière vérifier parce qu'il débute, être sûr qu'il ne se trompe pas, vérifier, le laisser prendre des décisions thérapeutiques, « pourquoi tu les as prises? », rectifier si besoin, c'était pas le cas, lui montrer comment marche l'ordinateur, la carte vitale, c'est chronophage. C'est à dire qu'au lieu de voir un patient en un quart d'heure, ben il faut une bonne demi-heure, et ça il faut prévoir.

Donc t'as ça et puis il faut que le patient soit d'accord que l'interne soit là, quelque fois ils te disent non, là c'est clair l'interne est pas là et puis quelque fois ils te disent oui mais tu sens que... il y a quelqu'un de trop, tu sens que ce n'est pas comme d'habitude. L'autre jour j'ai eu l'exemple d'une patiente avec son bébé, elle m'a dit oui, mais la première chose qu'elle m'ait dite « c'est vous qui allez faire les vaccins, hein? », je l'ai sentie très très craintive que ce soit l'interne qui fasse le vaccin, faut aussi que tu gères aussi la gêne du patient, la gêne de l'interne, il y a des fois où il peut être très à l'aise dans une consultation et pas du tout dans une autre, ça peut arriver, donc tu ne gères plus seulement ton patient, tu gères à la fois ton interne et le patient, c'est une relation à trois.

-C: Et comment s'organise les journées quand l'interne est avec vous?

-I: C'est pareil, je ne change rien.

-C: Quel est le rôle de chacun?

-I: Le rôle de chacun?... ben l'interne est là pour apprendre quand même...

-C: Je voulais dire par rapport à l'organisation lors de la consultation?

-I: Ah, ça change, je n'avais pas compris la question. Ça change, euh l'avantage d'être installée...C'est pour ça que je pense qu'il faut être maître de stage au bout de un petit bout de temps d'installation parce qu'il faut que tu connaisses parfaitement tes patients. Il y a des patients où il faut que tu prennes la main dans l'entretien, ou tu sais que tu peux laisser l'interne faire l'examen, c'est très très variable, je ne vais pas dire d'emblée « tu vas faire ça »... je vois un peu comment ça se passe, euh, c'est au feeling. Très vite je laisse la consultation se faire entièrement par l'interne, je m'en vais, je ne reste pas...

-C: Vous sortez du bureau?

-I: Oui, j'estime que l'on peut faire du bon travail que quand quand on introduit, on débute la consultation, et « je vous laisse avec l'interne, je reviens »

-C: Et vous revenez à la fin de la consultation?

-I: Oui, pas tout à la fin, je m'arrange pour finir la consultation, je ne suis pas là juste pour l'encaissement!(rire)

-C: Oui!

-I: Mais il y a toujours un laps de temps et très vite je vais laisser l'interne seul.

-C: C'est comme ça qu'on apprend.

-I: Je pense.

-C: Pas trop vite non plus...

-I: Non pas trop vite non plus et puis ça dépend du patient que tu vas avoir en face de toi, tu sais que si tu t'en vas la patiente ne va pas du tout apprécier, c'est très très variable. Je n'ai pas de protocole, c'est au feeling.

-C: On passe aux autres questions. Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation vous vous occupez du patient de manière différente que si l'interne était absent?

-I: Oui, je vais être plus protocolisée, je vais avoir une démarche beaucoup plus précise. Je prends l'exemple d'un diabétique, ça va être l'occasion de faire le point du dossier, en appui avec les nouvelles recommandations qu'ils sont censés connaître, les nouveaux médicaments, etc, etc, ça va être l'occasion, pour le coup, d'apprendre, un petit peu quand même, « qu'est ce qui se fait pour le diabète en ce moment? Est-ce que tu penses que tout ce que j'ai fait là c'est bien? Est-ce que j'ai oublié quelque chose? », surtout dans les chroniques j'entends, de refaire le point, de mettre un peu à jour les dossiers.

-C: Et es- ce que ça change quelque chose concernant un patient dépressif? Que l'interne soit là ou pas là?

-I: Là c'est pareil, c'est très patient dépendant, euh l'autre matin, j'étais avec l'interne, c'était son premier jour, on introduit le patient, c'était pour un suivi de dépression, coup de téléphone, je ne sais plus quoi, une urgence, il a vraiment fallu que je parte, « je te laisse commencer » je n'étais pas très fière de moi parce que je savais que la patiente, a priori n'allait pas parler. Je reviens, elles parlaient toutes les deux, l'entretien était lancé. J'ai peut-être trop tendance à écarter l'interne de ces consultations-là, parce que je pars du principe que le patient ou la patiente ne va pas être très à l'aise, mais il s'est avéré , cet été par exemple je suis partie plus vite que prévu, ben voilà mes patients se sont retrouvés avec... c'était pas l'interne, mais c'était A. qui n'a pas quitté le système universitaire depuis longtemps, et ça c'est extrêmement bien passé. Donc je crois qu'il faut que je fasse plus confiance dans ce domaine-là à mes internes. C'est peut-être plus moi qui mets des barrières que les patients.

-C: Mais lors de la consultation, quand vous êtes tous les deux, toi et l'interne...

-I: L'interne ne dit pas grand chose en général...

-C: Quand vous êtes deux, c'est plutôt vous qui prenez la main?

-I: Oui c'est moi qui mène la danse. Parce que je pense que ce n'est pas facile pour un dépressif...

C'est moi qui mène la danse, mais souvent le dépressif va parler aux deux, et ce qui est très fréquent c'est qu'il y a des choses qui vont sortir, quand on est deux, qui ne sortiront pas si tu es tout seul. C'est souvent positif. C'est assez extrême, ça peut être très positif, ou alors tu sens que c'est complètement bloqué parce que l'interne est là. Mais on a des belles surprises, il y a des fois des choses qui sortent parce que l'autre est là, c'est assez étonnant.

-C: Et est-ce que vous, dans votre comportement, vous, changez?

-I: Dans la dépression, non.

-C: Est-ce que vous avez l'impression que depuis que vous accueillez des internes, même si l'interne est absent, vous vous occupez de manière différente des patients? Que l'interne soit là ou pas?

-I: Dans la dépression ou de manière générale?

-C: De manière générale, par rapport à avant.

-I: Non. Je ne pense pas. En tout cas je ne l'ai pas ressentie moi. Il y a des fois je suis frustrée, j'aimerais bien que dans certaines consultation j'ai quelqu'un à côté de moi, pour lui dire « tiens tu vois... » il manque quelque chose, et les premiers jours ou l'interne est parti, tu te sens un peu seule, oui on prend des petites habitudes, tu te dis « il manque quelqu'un », le fauteuil est vide! Pendant deux- trois jours t'es perturbé un petit peu. Mais est-ce que ça va changer ma pratique? Je ne crois pas.

-C: Est-ce que vous pensez que ça peut contrarier ce que le patient est venu chercher? Quand il voit qu'il y a quelqu'un en plus présent lors de la consultation?

-I: Oui, ça peut, c'est quelque fois les retours qu'on a, « je ne vous ai pas dit ça parce que l'interne était là », ça arrive, assez rarement.

-C: Pour quels cas?

-I: Dépression essentiellement, dépression ou quand les gens veulent nous confier quelque chose de leur vie privée, sur leurs enfants, leur mari, etc, « tiens je vous ai pas dit ça, voilà ce qui nous arrive... » « Pourquoi vous ne me l'avez pas dit? - Parce que l'interne était là », il y a moins de confidences, on est plus tellement dans le domaine médical pur. Mais si il y a quelque chose sur le plan médical, c'est dit « j'ai mal ici, j'ai mal là... » mais si c'est quelque chose qui va toucher l'intimité, quelque chose d'un peu plus personnel, ce sera pas forcément dit à chaque fois...ou l'inverse , comme je disais tout à l'heure, il y a quelque chose qui va sortir, il y a pas de règle.

-C: Certains médecins m'ont dit que les patients qui venaient chercher un peu de chaleur

humaine, quand ils voyaient qu'il y avait un interne ils étaient un peu sur...

-I: Sur la défensive?

-C: Oui.

-I: C'est ce que je disais, c'est tout l'un ou tout l'autre, il y a des belles surprises, plus fréquentes à mon sens, je pense que l'interne peut aider les gens à s'ouvrir plus... On a les deux cas, mais un peu plus souvent positives. Et quelque fois tu connais bien tes patients, tu sais pertinent si tu vas avoir une réflexion la consultation d'après sur la présence de l'interne « ça m'a gêné qu'il soit là, j'aurais du vous dire non... »

-C: Et concernant les examens intimes est ce que ça change des choses?

-I: Oui ça change, parce que moi je suis médecin femme, femme faisant beaucoup de gynéco, moi je suis choisie en tant que femme médecin pour faire de la gynéco. Mes patientes ou les patientes de mes collègues viennent me voir parce que je suis une femme. Donc là j'ai le cas, j'ai un M (interne homme) qui est en stage, ça pose soucis de le faire introduire dans la consultation, sachant que mes patientes viennent me voir parce que je suis une femme. Enfin, c'est un des critères de leur choix, donc la question qu'on se pose avec ma collègue ces jours-ci: « Comment on va faire pour introduire M? »

-C: Parce que les gens sont gênés?

-I: Elles te choisissent parce que t'es une femme. Et tu viens perturber leur histoire, « mais qu'est ce qui fais là lui? » en tant que homme?

On a eu le cas l'année dernière, on a eu G (autre interne homme) pendant 6 mois, ce n'était pas toujours évident pour lui, il y a plein de patientes qui disaient « ah non non je ne veux pas qu'il soit là », parce que c'était un homme...Mais si c'est une femme il n'y a pas de soucis. J'ai eu le cas hier soir, c'était une histoire de sein, palpation très intéressante, j'ai demandé à la patiente « ça vous dérange pas il y a E (interne femme) qui est là? -pas du tout ». Je pense que si ça avait été M (interne homme), elle aurait plus tiqué...parce que c'était un garçon.

-C: Il n'y a pas du tout de report d'examen intimes?

-I: Non il n'y a pas le choix, et puis c'est marqué en grand dans la salle d'attente « maître de stage... vous pouvez toujours dire à la secrétaire si vous n'êtes pas d'accord, etc, etc », elles ne sont pas prises sur le fait, elles sont prévenues. C'est arrivé qu'elles me disent après « je n'ai pas apprécié qu'il ou elle soit là... », je leur réponds « il fallait le dire » je suis aussi ferme là-dessus, ce sont des adultes, à eux de dire s' ils sont d'accord ou pas. Mais pareil, dans la majorité des cas ça se passe bien.

-C: Mais il y a des médecins qui disent qu'ils sont gênés de faire les examens intimes quand il y a un interne pour le patient

-I: Ma propre gêne à moi? Non aucune! Je suis dans la pédagogie, je suis en train de montrer un frottis, un col, ça ne me gêne en aucune façon. Du tout, du tout, c'est la gêne de la patiente qui peut me gêner.

-On passe à autre chose: avez-vous le sentiment que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement au fil des années? Par s'endurcir je veux dire : se protéger en laissant moins paraître ses émotions, être plus distant, plus froid.

-I: Oui, je ne dirais pas ça tout à fait comme ça, je pense que tu prends plus de recul sur ...tu l'entends, tu accompagnes tes patients, mais tout simplement parce que tu vieillis, parce que ta vie elle est faite ainsi, avec les aléas de la vie de chacun, je crois que tu prends du recul sur la vie en générale pas forcément que sur ton travail, tu as une maturité que tu acquières du fait de ton âge, de ta vie en générale... mais très très tôt j'ai appris à bien séparer vie professionnelle et vie privée, à ne pas me faire envahir par la vie de mes patients.

-C: Vous avez travaillé aux urgences?

-I: Oui mais même en début d'installation, très très tôt, moi j'ai un geste tous les soirs, je le fais encore ici, je mets la clé dans la porte et je me dis « on change de vie maintenant, on passe à autre chose », ce geste-là m'aide beaucoup et j'arrive à bien sectoriser les choses. Mais

je ne pense pas que ça veuille dire qu'au moment de la consultation je m'en fous complètement de ce qu'il me raconte, ce n'est pas ça du tout. Mais je sépare, j'ai trouvé des petits systèmes comme ça pour ne pas me laisser envahir par l'histoire des gens, ceci étant de temps en temps t'as une histoire de cancer ou de truc comme ça, qui t'empêche de dormir. Mais ce qui fait que ça va changer c'est ta propre maturité, et du fait de ta vie en générale, mais pas ton boulot.

-C: C'est plus une adaptation

-I: Oui de vie, d'âge, tu paniques moins tu as l'expérience, tu vas prendre du recul par rapport à une urgence éventuelle « du calme, j'ai déjà eu ça, voilà ce que ça a donné », ton expérience fait que tu vas moins paniquer.

-C: Est-ce qu'au cours d'une consultation, le fait d'avoir un interne, à vos côtés, change quelque chose au niveau du ressenti émotionnel?

-I: Oui, c'est un partage, tu partages l'émotion que tu prends en pleine figure de la personne qui est en face de toi, et puis surtout tout de suite après tu en discutes avec l'autre, donc t'en prends moins, c'est clair..

-C: Et est-ce que ça modifie l'expression des sentiments lors de la consultation?

-I: Non. Je suis assez impulsive, si ça me touche je vais le dire, si j'ai les larmes aux yeux j'ai les larmes aux yeux, si ça me fait rire, ça me fait rire. Ce n'est pas le fait que l'autre soit là que je vais me cacher dans un sens ou dans un autre, non. Mais tout de suite après je vais le dire, “ ben je ne sais pas comment tu as ressenti cette consultation mais moi ça m'a touché...”. Le fait de le partager même si on n'est pas d'accord, ça aide.

-C: Est-ce que ça modifie votre ressenti émotionnel lors de la consultation, lorsque l'interne est touché par un cas?

-I: Oui, oui. Parce là pareil, je vais chercher où, je vais chercher pourquoi il a été touché, dans un sens ou dans un autre, ah oui je ne vais pas le laisser en plan, je vais chercher pourquoi.

-C: Est-ce que vous auriez un exemple?

-I: (Réflexion) euh si, l'autre jour P (interne femme) il fallait qu'elle fasse un examen gynéco chez une patiente très gentille, qui était tout à fait d'accord, pareil une urgence je ne sais plus quoi donc je sors, je lui dis “ ben écoutez je vous laisse avec P. qui savait faire les examens gynéco, pas de bol la patiente a un col très très postérieur , et P. a vraiment eu beaucoup de mal a trouvé le col...elle vient me chercher, pas de soucis, la patiente super, la patiente idéale qui ne dit absolument rien “ ah bah c'est pas grave, faut bien que vous appreniez, très à l'aise. Et moi-même j'ai eu du mal à trouver le col, bon, on lui fait son frottis, on finit par y arriver, elle revient là (au bureau) , je voyais P. déjà qui n'était pas très à l'aise, elle était embêtée de ne pas avoir réussi son frottis, j'avais beau la rassurer , je lui dis “ tu sais ça peut arriver à tout le monde...”. Là-dessus on arrive sur la mammographie , P. me dit “Oh mince, j'ai oublié de palper les seins”, je lui dis “ c'est pas grave” je dédramatise, la patiente pareil “vous voulez que je me redéshabille?” , elle se redéshabille, mais au fur et à mesure on voyait P. se décomposer ... et la consultation se finit et on ferme la porte et lui dis “ et alors?” , elle me dis “ Oh là j'ai été complètement nulle”, elle en avait presque les larmes aux yeux, on sentait que ça l'avait perturbée. Mon rôle a été de lui dire “petit un, ce n'est pas grave, petit deux ça peut tous nous arriver de faire des oublis, on oublie la poitrine, tu as eu l'honnêteté de lui dire “oh j'ai oublié de vous palper les seins, ça vous dérange pas de vous redéshabiller?”. Ben voilà, pour moi c'est une consultation lambda, un petit peu difficile parce que voilà, mais qui ne m'a pas touché, alors que P. était effondrée, donc ben on en a rediscuté après, je dis voilà je préfère que tu te sois plantée que tu me dises ça y est le frottis est fait alors qu'il était mal fait, et que j'ai palpé les seins alors que ça n'a pas été fait!

-C: Oui bien sûr. Et est-ce que ça modifie quelque chose quand l'interne est là lors de consultations difficiles (patient exigeant, agressif)?

-I: Moi, ça ne va pas changer ma façon de faire mais c'est très gênant, parce que souvent ces

gens-là, les patients exigeants par exemple, vont ignorer l'interne, et ça, moi ça me met mal à l'aise... Ce qui fait que maintenant ces gens-là, je ne propose même plus à l'interne de participer à la consultation. Ils ne sont pas là pour se faire humilier. Il y a des gens qui font en sorte de ne pas regarder l'interne, ce n'est pas un "bonjour", c'est très rare mais ça arrive, pas bonjour, pas au revoir, pas merci, il fait partie des meubles. Non, ça je trouve que ça n'a aucun intérêt dans un stage, peut-être à montrer une fois pour montrer quels genres de personnages on peut croiser, mais point barre. Là je dis "là, tu vas perdre ton temps, va boire un café", je n'insiste pas, je devrais peut-être, mais, non, je ne vois pas l'intérêt.

-C: Oui...

-I: C'est humiliant, hein?

-C: Et puis si du coup vous n'êtes pas à l'aise non plus pendant la consultation...

-I: Oui ce n'est pas le but.

-C: On passe maintenant à la notion de sollicitude. Le sentiment de sollicitude, soucis de soin envers le patient, comme synonyme on peut donner les termes de bienveillance, compassion, empathie. Est ce qu'il est différent quand l'interne est là ou pas?

-I: ça ne change pas, je n'ai pas une influence...non ça ne change pas, je pense que je suis un médecin assez empathique, avec des garde-fous quand même comme je te disais tout à l'heure, mais le fait que l'autre soit là, que l'interne soit là, ça ne va pas changer, je suis dans mon truc, je suis dans mon truc.

-C: Est-ce que ça modifie les démarches que vous pourriez faire pour le patient?

-I: Oui si l'expérience de l'interne qui sort de la fac me dit "tiens il faut faire si, il faut faire ça" et je le fais, je fais énormément confiance en ce qu'ils me disent, "les recommandations sont de faire ça.." ben ok on le fait.

-C: Vous auriez tendance à demander plus d'avis spécialisé s'il est là?

-I: Non.

-C: Est-ce que vous auriez tendance à rappeler les urgences plus souvent si vous y avez adressé un patient?

-I: Non ça ne change pas.

-C: Est-ce que ça modifie les soins (pansements, sutures)?

-I: Ça va être, comme tout à l'heure, un peu plus long, parce que tu as un rôle pédagogique, d'expliquer un peu ce que tu fais, pourquoi tu le fais, comment tu le fais, très vite moi je donne la main, "ben tiens tu vas le faire, je vais t'expliquer ce qu'il faut faire", dans le temps.

-C: Et est-ce que ça a des conséquences sur le travail finit?

-I: Non. Je ne serai pas non plus gênée de faire un pansement ou une suture parce que l'interne est là, au contraire c'est super, tu montres ce que tu sais faire, un frottis ou tout ce que tu veux...Je ne me sens pas jugée pas l'interne. Il peut ne pas être d'accord avec ce que je leur dit, "tu sais tu feras peut être autrement, mais voilà ma façon de faire, je te l'apprends, après t'en fais ce que tu veux."

-C: Merci beaucoup.

ENTRETIEN 6

-C: Le sujet général de ma thèse c'est le burn out ou épuisement professionnel des soignants; Il y a 3 notions dans le burn out : l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Moi je me concentre sur la déshumanisation. Je suis partie de l'échelle MBI (Malasch Burn out Inventory), qui est un ensemble de 22 questions qui étudie ces 3 notions et qui permet d'évaluer le score d'épuisement professionnel. La déshumanisation est évaluée par cinq questions, j'en ai reprise 3 que j'ai adapté pour mon interview.

Est-ce que vous savez ce qu'est la déshumanisation?

-I: La déshumanisation? Comment je vois ça? Probablement l'impression de ne plus soigner une personne mais une succession de patients qui passent, de m'attacher plus à la pathologie qu'à la personne qui est derrière, de ne plus être capable de prendre en compte le contexte globale du patient,

-C: Oui, c'est ça... pour ce qui n'ont pas d'idée je leur donne cette définition : la déshumanisation correspond à une perte d'empathie envers les patients, une difficulté de reconnaître la personne chez l'autre qui est le patient et donc de s'occuper de manière automatique des patients. Le malade devient un objet, un numéro, ça peut être considéré comme un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

Mon hypothèse est que le fait de travailler avec un interne à ses côtés puisse modifier la relation médecin malade et donc diminuer le risque de déshumanisation du médecin pour ses patients.

Je réalise des entretiens auprès de médecins généralistes du Finistère, il s'agit d'une étude qualitative.

Alors aux petites questions sur votre expérience, depuis quand êtes-vous maître de stage?

-I: Je suis maître de stage depuis... 5ans?...4 ans.

-C: Et qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir maître de stage?

-I: Il y a une dizaine d'année, il y a une interne qui est venue me voir, qui m'a, en spontané, F. elle s'appelle, et j'ai un très bon souvenir de F. qui est venue, qui était en stage prat chez Dr X, et elle cherchait à découvrir le fonctionnement d'un cabinet médical féminin et donc elle m'a demandé de devenir maître de stage complémentaire. Ce que j'ai accepté, et j'ai trouvé... et déjà j'ai trouvé sympa parce qu'elle est resté travailler avec nous un petit peu comme remplaçante après, donc j'ai trouvé que c'était vraiment intéressant à la fois de la former et de pouvoir après être remplacée en confiance, et puis... j'ai réalisé que c'était assez facile, que la relation à trois était sympathique et voilà. Et du coup, dès que j'ai été suffisamment bien dans ma vie aussi pour le faire je l'ai mis en place. C'est F. qui m'a donné envie et mon compagnon est médecin et maître de stage, accueille beaucoup d'internes, et plus il m'en parlait plus je me disais... ça me donnait envie. Donc du coup oui, ça fait 4 ans.

-C: Quel est l'intérêt de ce rôle pédagogique?

-I: L'intérêt de ce rôle pédagogique? Oh, il y en a plein. Déjà, on s'ennuie moins, aucune journée n'est pareille. J'aime bien quand ils sont là mais j'aime bien aussi quand ils ne sont pas là, moi j'aime bien quand on casse le rythme. J'aime bien l'idée qu'ils m'obligent à me remettre en questions, c'est clair que je faisais déjà, j'ai toujours fais des formations continues donc je n'en fais pas plus depuis qu'ils sont là, par contre, je ce que je fais plus c'est m'attacher aux recommandations, j'avais la sensation de faire de la médecine...en bidouillant, un bidouillage assez professionnel par ce que je me forme beaucoup, mais quand même j'étais un peu dans la bidouille, et euh et là j'ai le sentiment que les choses sont plus... voilà, plus formatées, l'accueil des patients, le recueil des plaintes, c'est moins dépendant de mon humeur. J'ai l'impression qu'avant c'était très dépendant de mon humeur, alors que là, il y a une... voilà.

-C: Et pourquoi votre travail est moins dépendant de votre humeur?

-I: Du fait que l'interne est là, je ne m'autorise plus à laisser mon humeur occuper le devant de

la scène, donc euh, il y a des journées où j'allais être un peu speed toute la journée, des journées où j'allais être plus cool, là je sens que ça m'a poussé aussi moi à faire un travail sur ça et à me dire « ben voilà tes patients sont prioritaires, je dois pouvoir laisser mon humeur au placard ». L'image de la blouse qui me vient souvent, euh un peu comme si j'étais plus capable maintenant de mettre une blouse en arrivant, hop on oublie la maison, on oublie tout le reste et puis le soir on enlève la blouse. C'est plus professionnel je crois... l'accueil du patient est plus professionnel avec la présence d'un interne.

-C: Qu'est-ce que ça a changé pour vous? Qu'est-ce que ça apporte?

-I: Alors déjà la relation avec l'interne... euh...puisque en quatre ans, il y a huit internes au moins qui sont passés, voir douze puisqu'il y a quelque fois ils ne restent que deux mois par semestre et il y a quelqu'un d'autre, mais là, actuellement, je leur demande de rester trois mois pour n'en avoir qu'un et moi ça me permet d'avoir quelqu'un un mois sur deux seulement. Et en fait, même si au départ deux sur les huit j'en vois deux avec qui le contact au départ était moyen, très vite il y a eu une ouverture et beaucoup de plaisir à échanger, du plaisir à se retrouver le matin...Au côté relationnel c'est intéressant. La position d'enseignant ambulatoire, je trouvais valorisante, et dans le même temps moi je me suis investie à la fac dans les formations, donc... oui ça nous pousse à aller plus loin...

-C: Valorisante dans quel sens?

-I: Oh c'est valorisant, rien que dans leur regard à eux, c'est toujours intéressant de voir...

-C: Dans le regard des internes?

-I: Oui dans le regard des internes, oui puis je trouve ça chouette. Et vis à vis des patients, il y a pas mal de patients qui sont assez fiers et qui trouvent ça bien.

-C: Qu'est-ce que ça a changé dans la relation avec les patients?

-I: Alors ça a fait un tri. J'ai envie de dire qu'il y a trois sortent de patients. Il y a les patients en souffrance et en besoin de reconnaissance, alors c'est patients là, viennent me voir, parce que c'est moi, ils n'aiment pas trop aller voir mes remplaçantes ni mes associés, alors eux ont le sentiments d'être moins bien soignés quand je ne suis pas toute seule, parce que je ne suis complètement à leur service, ça tombe bien c'est patients là il y en a de moins en moins parce qu'il sont partis, et ça tombe très bien! La plupart des autres patients sont globalement... ils s'en fichent que l'interne soit là ou pas là, ils font en sortent de l'oublier. Et puis il y a un tiers des patients peut être, enfin il y a une partie des patients qui jouent et qui profitent de la situation avec l'interne, qui s'en servent comme tiers, qui sont contents parce qu'ils savent que du coup quand je ne suis pas là ils peuvent venir le voir, voilà pour moi il y a trois approches différentes, il y a de moins en moins de monde qui ne supporte pas les internes parce que d'emblée maintenant je leur explique... S'ils veulent que je sois leur médecin traitant il faut qu'ils acceptent cette idée-là.

-C: Est ce qu'il y a des contraintes à accueillir les internes?

-I: Oui, oui il y en a. Il faut une pièce à part, on en avait pas avant et là dans le nouveau cabinet c'est beaucoup plus facile. Parce que quand le patient refuse que l'interne reste, dans l'autre cabinet j'étais très embêtée, je ne savais pas quoi faire faire à l'interne, là il y a un bureau. Dès que l'interne est autonome, il commence à travailler seul, ben moi il faut aussi que j'ai un endroit, un bureau où aller travailler moi-même, donc il y a ces contraintes-là. Il y a des contraintes... la contrainte vis à vis du patient... s'assurer que le patient y trouve son compte, qu'il est respecté, qu'on lui a proposé de dire si il voulait que l'interne reste ou pas... ça, ça me complique un peu la vie.

-C: Au niveau organisationnel surtout?

-I: Oui, on ne peut plus travailler autant, je ne peux pas voir autant de patients dans ma journée que je faisais avant, voir 28 ou 30 patients par jour pour moi aujourd'hui c'est pas possible, on a pas le temps de débriefer, on a pas... enfin, je pense que je n'en vois plus que 25 maintenant et c'est en partie parce qu'il y a des internes...

-C: C'est un regret?

-I: Non, ça me va bien parce qu'on a de la chance d'avoir des collègues qui sont à côté qui sont contents de travailler plus.

-C: Ok, et quand l'interne est là comment s'organise la journée? De quelle façon?

-I: la journée s'organise de quelle façon? Euh ... je crois que tout est pareil, euh... tout est pareil, je préviens même pas les secrétaires que l'interne est là, peut être que c'est pas bien, euh et c'est moi, on s'adapte entre chaque patient, chaque patient qui arrive, on voit si l'interne reste ou pas, si c'est intéressant ou pas, on voit s'il commence la consulte ou s'il la termine, et en fonction de l'accueil du patient et de la problématique du patient, on n'hésite pas à changer de siège et voilà, au cours de la consultation et au cours de la matinée on arrête pas d'alterner, un fait la clinique, l'autre fait les dossiers, voilà, c'est assez fluide.

-C: Est-ce que vous avez l'impression qu'en présence de l'interne lors de consultation vous vous occupez d'une manière différente du patient? Par rapport à si l'interne était absent?

-I: C'est peut-être plus rigoureux, oui, je crois que ça nous protège d'être... de ne pas tomber dans la... les patients qu'on connaît bien, on peut quelque fois, pour les pathologies chroniques, être dans de la conversation et l'interne nous oblige à garder notre blouse de médecin, c'est assez protecteur je trouve...

-C: Est ce qu'il y a d'autres choses qui peuvent changer?

-I: Euh... oui, ma réflexion, je vois un anthrax, quand l'interne est là je vais lui demander qu'est-ce qu'il aurait prescrit et on va avoir une discussion sur fucidine, pyoastacine, les intérêts de l'un, de l'autre, et on va le faire avec le patient, on va parler des effets secondaires, on va souvent parler à trois en fait. Alors que sinon la réflexion est très très rapide dans ma tête et très vite je vais faire le choix... donc je suis plus les recommandations. Et puis sinon dans la triangulaire ce qui est intéressant c'est que je fais beaucoup de psychothérapie, à un moment je vais pouvoir raconter l'histoire du patient, résumer l'histoire du patient, à l'interne et on sait dans l'entretien motivationnel que c'est intéressant de faire un résumé, de rappeler ce qu'on a compris, et je pense que pour le patient c'est intéressant... d'entendre son histoire, et souvent il y a une approbation « oui oui c'est ça... » Il y a un côté un peu mise à distance, probablement que je suis plus dans l'empathie que dans la sympathie, voilà, l'interne me garde dans l'empathie alors que d'habitude j'ai un tempérament à être dans la sympathie assez facilement. C'est assez protecteur.

-C: Et pour les patients chroniques, comme les diabétiques, est ce que ça change quelque chose?

-I: Ça participe sans doute au fait d'être très à cheval, en général j'ai toujours eu un dossier très bien tenu, je suis à cheval là-dessus parce que ça m'aide à réfléchir, je trouve qu'avec les CAPI, qui sont sortis enfin ce n'est plus les CAPI, ce sont les nouvelles conventions, ça ne va pas me poser problème parce que déjà tout ça est tenu à jour... parce que les internes sont là, encore plus voilà.

Encore plus à cheval.

-C: Est-ce que vous avez l'impression que depuis que vous accueillez des internes, même si ils ne sont pas là lors de la consultation, vous avez changé votre façon de faire avec les patients?

-I: Ce qui est clair c'est que il y a des choses qui ont été changé en quatre ans, il y a beaucoup de choses mais il y a aussi tout un travail personnel de psychothérapie et de changement dans ma vie... euh donc j'ai un peu de mal à faire la part des choses... Mais sûrement, sûrement qu'il y a quelque chose... même quand l'interne n'est plus là, il laisse une trace en fait dans la relation, oui, oui je pense que le comportement des médecins qui ont des internes est différent.

-C: Est-ce que vous pourriez développer ?

-I: Probablement parce que déjà on est obligé d'accepter d'avoir un regard sur ce qu'on fait, donc on doit être au clair avec ça, je m'aperçois qu'en 4 ans je n'ai plus du tout de gêne, même

devant les situations de psychothérapie notamment qui me mettais un petit peu mal à l'aise parce que ...c'était un peu voilà...

-C: Quand vous étiez toute seule ou quand l'interne était là?

-I: Non quand l'interne était là, j'avais l'impression que j'allais perdre un peu de la relation, j'avais l'impression que j'allais plus oser... être moi-même, ça m'arrive très facilement de ... pouvoir, pourquoi pas, livrer un truc personnel à des patients, parce que je sens que ça va les aider à se sentir moins seul dans ce qu'ils vivent...J'étais un peu gênée et là j'en ai, j'ai plus du tout de gêne. Au fur et à mesure que les internes sont passés moi j'ai aussi pris conscience, pris confiance dans ma, dans la façon dont je fais de la médecine et euh, ça change. C'est surtout ça, être capable d'accepter qu'il y ait un regard extérieur, parce que les choses sont sans doute plus formatées maintenant qu'avant. C'est plus professionnel donc du coup, qui est un interne ou même un collègue, c'est plus facile.

-C: Alors que vous pensez que ça peut contrarier ce que le patient est venu chercher?

-I: Oui, ça contrarie mais moi ça m'arrange, ça contrarie le patient qui est venu chercher une relation avec moi...

-C: Est-ce que vous auriez un exemple?

-I: Hier, un exemple, un patient, un médecin, un médecin anesthésiste, une soixantaine d'année, qui est toujours dans la séduction quand il vient me voir, euh, et il vient toujours chercher de l'Edex pour un problème de sexualité ou pour un... oui c'est surtout ça et la relation est toujours un peu... (soupirs)... compliqué, à chaque fois je sais pas...voilà, j'ai du mal à le laisser à distance; Et hier l'interne était là, et d'emblée je lui dis « ben voilà, je suis accompagnée par E. qui est médecin en formation, j'espère que ça vous dérange pas qu'elle soit avec nous, ou est-ce que vous êtes d'accord, enfin je ne sais plus comment j'ai fait...et il a dit « non ça ne me dérange pas », et les choses ont été, moi ça m'a permis de rester très... voilà j'étais protégée. Et par rapport à ces patients-là qui viennent chercher vraiment quelque chose de très très particulier, alors là c'est un homme très très particulier, il y a beaucoup d'autres femmes qui sont dans... elles viennent chercher vraiment ma sympathie...et moi ça me dérange.

-C: Et ce qui viennent chercher de la chaleur humaine, est ce que vous pensez que ça les contrarie de voir qu'il y a un interne?

-I: non, non, hier on a eu aussi un monsieur, un jeune homme de 38 ans, profondément dépressif, suicidaire, il a vu la semaine dernière l'autre interne parce que l'on vient de changer, et il rentré « P n'est plus là? » « non » et puis ça ne lui a posé de problème et ça a été un échange de trois quart d'heure, une consultation de trois quart d'heure où la présence de l'interne n'a pas été compliquée du tout, au contraire, non non ça ne gêne en rien, et j'ai pu faire passer tout ce que je voulais faire passer. Ce qui est clair c'est que ça ne laisse pas de marbre l'interne puisque l'interne a accès, et c'est aussi l'intérêt de ces stages-là, un fonctionnement très personnel du médecin, voilà, je comprends que ça gêne certain médecin, moi ça me gênait au départ, j'avais vraiment l'impression que j'avais une médecine particulière et à rapport aux patients très proches, je savais que je m'investissais beaucoup dans la relation et je savais, j'avais peur de montrer ça aux internes, et maintenant ça ne me gêne plus, mais probablement que ça ne me gêne plus aussi parce que je suis beaucoup moins dans la sympathie, je pense que j'ai rééquilibré les choses.

-C: Très bien. Concernant les examens intimes, ça modifie la prise en charge?

-I: Un peu, un peu, quand j'ai une copine par exemple, une copine patiente qui vient, elles n'aiment pas du tout que mes stagiaires soient là... j'avoue que ça m'agace, parce que même avec ces femmes là j'aimerais que les choses redeviennent plus professionnel donc euh... Je crois vraiment que ça me protège en fait, il y a quelques patientes pour qui c'est compliqué surtout quand c'est un homme, les patientes qui ont été violentées, alors elles, elles viennent me voir pour la gynéco parce que je suis une femme, et ça c'est un problème. Là on a un des

internes qui est un homme et par exemple, un des médecins, à refuser qu'ils viennent parce qu'elle a peur que ses patientes soient en difficultés, donc euh... même elle est en difficultés à l'idée qu'il vienne, et moi j'avais un peu la même inquiétude, ce qui est clair c'est que j'ai eu une seule fois un interne homme sur les huit, et il a été plus souvent refusé en consultation, sur de la gynéco, que les internes femmes, donc il va falloir qu'on... Et là, depuis qu'il est là, en une semaine, il a été refusé deux fois... va falloir qu'on... Il va y avoir un travail d'éducation de la patientèle. Moi ça ne me dérange pas.

-C: ça va se faire... Et est-ce que vous avez l'impression que le médecin généraliste puisse s'endurcir émotionnellement avec le temps, au fil des années? Par s'endurcir je veux dire: se protéger en laissant moins paraître ses émotions, en étant plus distant, plus froid? Et donc est ce que vous pensez que d'accueillir des internes ça peut modifier ce processus?

-I: Alors la notion de s'endurcir émotionnellement, moi je ne suis pas tellement d'accord avec ça, moi je dirais que on murit et en fait probablement, avec l'âge, on passe de la sympathie à l'empathie. Et donc dès qu'on est dans l'empathie on a plus besoin de porter l'autre, on a plus besoin de souffrir avec l'autre. Moi je suis très émotive, j'ai une hypersensibilité, qui fait que je parle à un bébé j'ai les larmes aux yeux, voilà je l'assume, j'ai facilement une émotion de bonheur comme de tristesse, donc hier avec le patient suicidaire j'ai eu à un moment les larmes aux yeux, il l'a vu, et ça fait partie de cette empathie que je lui montre même si...mais je n'étais pas dans la sympathie parce que ça ne me faisait pas souffrir. Il a vu que je comprenais ce qu'il vivait, pour moi c'est plus une question de développement personnel, en vieillissant on, je pense qu'on apprend, pareil avec nos enfants, moi je fais souvent le lien avec les enfants, quand ils sont petits ils ont mal- on a mal, quand ils sont plus grands, ils ont mal, on arrive à leur demander de façon détaché « qu'est ce qui t'es arrivé ? Qu'est-ce que je peux faire pour t'aider? » Voilà, donc ben j'ai l'impression qu'avec les patients c'est pareil, on murit et on, du coup, on devient, probablement, meilleurs parce que on n'a pas besoin de se blinder? Se blinder voudrait dire continuer à souffrir mais ne pas le montrer moi je pense que c'est plutôt que je ne souffre plus... Là je viens de faire une formation à l'hypnose qui m'a vraiment appris plein de chose, et j'ai réalisé à quel point je n'avais plus besoin d'aller chercher à comprendre, ni à faire raconter aux patients ce qu'ils avaient vécu et simplement leur expliquer que j'étais là, que je pouvais les accompagner dans ce qu'ils avaient vécus, dans leur reconstruction, les aider. Je me suis dit en sortant de la formation « je vais encore moins peiner, ça va être encore moins lourd de les accompagner, j'ai vraiment plus à les porter, donc je suis juste à côté, je suis juste un tuteur sur lequel ils peuvent s'appuyer quand ils sont fatigués. Donc je pense que c'est vraiment une question de développement personnel, en fait et l'interne nous pousse sans doute à aller plus vite...

-C: Est-ce le fait d'avoir un interne à vos côtés modifie quelque chose au niveau du ressenti émotionnel? Est-ce que ça modifie l'expression des sentiments?

-I: Je ne crois pas... Au départ oui, au départ j'étais gênée, j'étais un petit peu sous contrôle...Là je réalise que là plus du tout, en fait, mais c'est récent, hein. C'est récent que je... je vis ce que j'ai à vivre dans la consultation avec la patiente ou le patient, qu'on soit dans un échange sur le symptomatique ou qu'on soit sur un échange plus personnel, parce que j'ai quand même beaucoup beaucoup de gens qui vivent des choses...je travaille beaucoup avec les enfants et les adultes précoces, et ils viennent me voir parce que c'est une pathologie que je connais, enfin c'est un état que je connais bien, que je connais à titre personnel et familial et professionnel, et du coup quelque part il y a un peu de personnel qui passe mais très discrètement dans la consultation même si c'est pas dit. Ils savent que je comprends ce qu'ils vivent et du coup moi je crois que j'assume complètement, donc que l'interne soit là ou pas, ça ne change plus rien. L'autre jour sur trois quart d'heure, il y a au moins la moitié du temps où j'avais oublié l'interne, donc euh...

-C: Est-ce que ça modifie votre ressenti émotionnel de la consultation lorsque l'interne est

touché par un cas particulier? Un exemple?

-I: Oui la semaine dernière, une maman est venue, une dame de 70 ans est venue me voir pour me demander des conseils pour accompagner son fils de 40 ans qui vit chez elle, qui se drogue, qui boit et qu'elle retrouve ivre tous les jours. Et donc elle vient me demander, ce n'est pas ma patiente mais elle vient en consultation pour savoir comment aider son fils. Et donc on a eu une discussion assez intéressante autour de ça et donc j'ai fait beaucoup de guidance parentale pour essayer à l'aider à être aidante plus qu'humiliante, jusqu'à présent c'est ce qu'elle était, et en fait quand elle est partie, on en a parlé avec l'interne, j'ai bien senti que l'interne était touché par la situation, et en fait l'interne se retrouvait tout à fait dans cette configuration avec un petit frère qui vivait des choses compliquées comme ça et du coup elle a pris conscience qu'elle se comportait avec son petit frère comme les frères et sœurs de ce patient-là. Jusqu'à présent ça me touchait beaucoup, euh là j'ai juste été contente pour l'interne, je me suis dit « tien voilà », je m'aperçois que la plupart des internes qui passent avec nous en stage prat, avancent aussi beaucoup parce que chaque jour, il y a au moins une consultation qui les concerne. Quand on fait une psychothérapie, ils s'y retrouvent toujours... ça me désarçonnait un peu au départ et maintenant plus du tout. Et en plus avant, je pense que quelque part j'étais mal à l'aise parce que j'avais en plus l'impression qu'il fallait que j'accompagne mon interne, là les choses sont claires je ne suis pas son thérapeute, je ne suis pas son médecin, je suis seulement maître de stage, voilà. Là c'est pareil je ne porte plus l'interne non plus, alors qu'avant je pense que quelque part il y a beaucoup des internes qui sont passés en stage prat que j'accompagnais un petit peu sur le stage, et j'ai compris que ce n'était pas mon rôle.

-C: Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis à vis des patients, par rapport à avant?

-I: En fait il y a tellement de choses qui ont changé, mais oui c'est clair, je ne réagis plus du tout de la même façon, mais pas seulement avec les patients, c'est aussi dans ma vie. C'est à dire que j'étais une vraie soupe au lait et je démarrais au quart de tour, chose que je ne fais plus maintenant. Donc c'est tellement général, ma mise à distance des émotions que... pas mise à distance mais ...euh, je me sens beaucoup moins victime de mes émotions, pour moi c'est un cheminement personnel et probablement que le fait d'accueillir des internes, m'a poussé à y aller.

-Est ce que ça modifie des choses, est ce que la présence d'un interne lors des consultations difficiles (patient exigeant, agressif) est ce que ça change quelque chose sur la relation?

-I: Oui ça change parce que ça nous interdit d'aller dans une gestion émotionnelle du conflit...

-C: Un exemple?

-I: Oui mais en négatif, j'ai un patient que j'ai géré cet été, un problème familial, son fils avait une anorexie mentale et ils sont venus en couple me voir, m'exposer leur inquiétude et j'ai voulu les amener à réfléchir sur leur pathologie de couple. En fait leur couple a plus ou moins explosé pendant l'été, j'ai beaucoup vu le mari qui petit à petit prenait conscience qu'il avait l'attitude d'un tyran domestique et que c'était vraiment compliqué, et il y a eu un moment où je ne le supportais plus cet homme, je ne le supportais plus parce qu'il me renvoyait sans doute de personnel, euh et je me suis dit plusieurs fois si l'interne avait été là je me serais protégé de moi-même, de mes émotions, je ne me serais pas permise de ressentir ce que j'ai pu ressentir, voilà, donc oui finalement c'est une protection.

-C: Et au niveau des patients exigeants ou agressifs en consultation?

-I: Oui, je pense à un couple de patients, ils ne sont jamais contents, il sont venus me voir parce qu'ils étaient pas contents de comment ils étaient suivis avant... la dame a une douleur neuropathique... des gens hyper exigeants et à chaque fois que c'est l'interne qui commence la consultation ils sont hyper désagréables... et en fait j'essaie de protéger l'interne mais en même temps je les amène aussi à accepter, ils doivent accepter de passer par là et quelque fois

le recueil des plaintes, je leur promets que je viendrais en fin de consultation, mais je veux que le recueil des plaintes puisse être fait par l'interne, et l'autre jour j'étais contente parce que ils ont vu que c'était une nouvelle interne, ça avait changé et ils m'ont dit « ah elle était bien la dernière interne » et donc j'ai senti que petit à petit ils étaient en train de se dire on peut même la trouver sympa et...

Petit à petit les choses vont se normaliser et ils vont sans doute être moins exigeants. Et ça fait le tri, les gens psycho rigides qui ne veulent pas, ils s'en vont. Donc ça c'est vraiment le premier cadeau de l'interne c'est que l'interne il fait partir tous les psychorigides.

-C: ça on me l'a déjà dit... Alors concernant le sentiment de sollicitude ou soucis de soins envers les patients, comme synonymes on peut donner bienveillance, compassion, empathie, est ce qu'il est différent que l'interne soit là ou pas lors de la consultation?

-I: soupir. Pour moi le soucis de soin, c'est ... j'ai toujours pensé que c'était important quand un patient venait me voir pour un petit bobo, c'est important pour moi de savoir si il va bien, ou delà du petit bobo, euh j'ai eu l'impression pendant quelque temps que ça me bloquait, le fait que l'interne soit là, ça me bloquait puisque je ne m'autorisais plus à poser les petites questions qui permettait de savoir si ça allait, et en fait je réalise que tout est... c'était moi qui avait un problème avec ça. Si je dépasse ça, maintenant je le fais, le tout c'est d'assumer ce que je suis et je suis comme ça et je fais ma médecine avec ce que je suis. Donc maintenant j'assume ça, c'est plus facile. Je pense à un truc hier, j'ai vu une jeune fille de 13 ans et demi qui venait me voir pour une, elle n'osait pas me dire que c'était pour un avis gynéco, et puis elle a fini par me dire, je sentais bien qu'il y avait quelque chose, et donc on a parlé de sexualité, 13 ans et demi..., elle est jeune et pourtant elle a déjà un petit copain, avec qui elle envisage des préliminaires voir plus, dis donc il a fallu que je fasse cette consultation avec des conseils des sexualité, des conseils de sur la contraception, les vaccins Gardasil, voilà...

-C: L'interne était là?

-I: L'interne était là et j'étais aussi libre que j'aurais pu l'être sans l'interne. Je pense que j'ai réussi à m'enlever le jugement de l'interne. Il m'a fallu un sacré travail sur moi, et je pense que c'est un travail à titre personnel, quand on est prêt à assumer ce qu'on est dans la vie, on assume aussi le médecin que l'on peut être.

-C: Plus concrètement, est ce qu'au niveau des démarches que vous faites pour le patient, est ce que ça change quelque chose que l'interne soit présent ou pas? Plus de demande d'avis spécialisés?

-I: Non. Je pense que ça ne change rien en fait.

-C: Plus de rendez-vous pris à leur place?

-I: Ah non, j'ai toujours pris beaucoup de rendez-vous à la place de mes patients, euh... peut-être que j'en fais moins qu'en l'interne est là?... Non, non ça ne change rien. Non non, ça change rien sauf quand vraiment si l'interne est en autonomie totale... mais là dans ces cas-là, j'arrive après et je ne vais pas contredire ce qu'il a fait... mais sinon, non, je continue à faire.

-C: et au niveau des soins (pansements, sutures)? Est-ce que ça change quelque chose qu'il soit là ou pas?

-I: Non, du tout, ça ne change rien.

-C: C'est fini. Merci beaucoup.

Le médecin a ensuite tenu à ajouter ceci :

I: J'ai vraiment le sentiment de sentir que je fais un beau métier, encore plus depuis que j'ai des internes, ça c'est important, le fait de leur dire et leur dire me fais en prendre conscience. Prendre conscience que je leur montre que c'est compatible avec une vie de famille, avec une vie de maman, pour moi ça c'est vraiment important et peut être que si je n'avais pas d'interne, le nez dans le guidon, je le verrais même pas que c'est bien, voilà. Ca a un côté transmission positive de voir que c'est possible.

ENTRETIEN 7

-C : Le thème du sujet est le burn out ou épuisement professionnel, qui est constitué de trois notions : l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Je suis partie de l'échelle MBI (Malasch Burn out Inventory). Vous connaissez ?

-I : Non je ne connais pas.

-C : Donc c'est un ensemble de questions, vingt-deux en tout, quelques une concernent l'épuisement émotionnel, d'autres sur l'accomplissement personnel et cinq touchent la déshumanisation. Donc moi j'ai pris celles qui concernaient la déshumanisation et je les ai adaptées pour que rentre en jeu la présence de l'interne. Il y a avait cinq questions sur la déshumanisation, ils m'en restent trois que j'ai pu adapter. Qu'est -ce que vous évoque le terme déshumanisation ? Qu'est -ce que ça veut dire pour vous ?

-I : Déshumanisation de la consultation ?

-C : Plutôt de la relation.

-I : De la relation ? Ça voudrait dire que le patient est mis en dehors de cette relation, et qu'on ne considère plus sa présence et son interactivité, on ne l'intègre plus comme partie prenante de la consultation, voilà c'est comme ça que je verrais les choses. Ça voudrait dire que sur une relation triangulaire, ce serait une relation entre moi et mon interne, et que le patient serait en dehors. C'est comme ça que je verrais les choses.

-C : Oui mais un médecin qui est seul avec son patient, quand peut-on dire qu'il est touché par la déshumanisation ?

-I : Quand ils sont à deux, ça voudrait dire qu'il voit son patient comme une maladie, le patient vient pour un motif, on traite le motif, on donne un traitement, pas d'interaction, pas de discussion, on ne cherche pas à savoir si le patient a compris, s'il accepte notre attitude, nos propositions thérapeutiques, on prend le patient entre guillemets comme un numéro, une maladie... C'est comme ça que je vois les choses.

-C : c'est ça, la définition que moi je donne c'est : la déshumanisation correspond à une perte d'empathie envers le patient, difficulté à reconnaître la personne chez l'autre, le médecin s'en occupe de manière automatique, comme un numéro, un objet. Et la déshumanisation peut être considérée comme un mode de protection de soi et de son intégrité psychique.

-I : Probablement.

-C : Mon hypothèse est la suivante : c'est que le fait de travailler avec un interne à ses côtés peut modifier la relation médecin-malade et donc diminuer le risque de déshumanisation du médecin.

-I : Alors, je pense que ce n'est pas peut modifier mais modifie, c'est une certitude, ce n'est pas une probabilité c'est une certitude, une relation à trois ne peut pas être identique à une relation à deux.

-C : Oui, je suis d'accord mais j'étudie plus spécifiquement l'effet que ça peut avoir sur la déshumanisation et ce qui est modifié dans la relation.

Vous concernant vous êtes maître de stage depuis quand ?

-I : Depuis... 1998 si ma mémoire est bonne.

-C : Ok. Et qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir maître de stage ?

-I : Euh... Une stimulation, en accueillant des jeunes, me dire que j'allais être obligée de toujours me former, m'informer et puis... Voilà, garder un pied au niveau de la faculté, il y avait plusieurs motivations.

-C : Obliger de vous former ?

-I : Oui mais avec plaisir, mais disons que c'était quelque chose de stimulant pour être sûre d'être toujours, théoriquement, un petit peu dans le coup au niveau de l'actualité médicale et des nouveautés.

-C : Et quel est pour vous l'intérêt de ce rôle pédagogique ?

-I : L'intérêt ? Tout d'abord d'apporter quelque chose aux jeunes, je pense que c'est une interaction, c'est à dire que je pense que je leur apporte mon expérience, mes 29 ans d'expérience médicale et moi j'y trouve mon compte parce que j'ai de la jeunesse, j'ai des connaissances fraîches, des gens agréables et le côté humain est formidable. Et au niveau du travail, il faut être très honnête ils nous aident beaucoup, même au niveau de la charge de travail.

-C : En quoi ça vous aide ?

-I : Disons que lorsque l'on travaille à deux, il y a une complémentarité dans la consultation, entre le travail informatique et l'examen clinique, lorsqu'il y a des urgences, qu'ils sont tout à fait en capacité de gérer, ils peuvent m'aider, enfin voilà on travaille à deux, exactement comme à l'hôpital. A l'hôpital, ils ont une charge de travail qui leur est propre, et la patientèle, une fois que je connais l'interne, et que je pense avoir un petit peu ciblé ses compétences et ses connaissances, je lui laisse une part active de travail.

-C : Vous ne trouvez pas que les consultations sont plus longues ?

-I : Parfois si, mais je dirais que la longueur de la consultation, c'est le problème de tous les internes au départ, c'est-à-dire qu'ils ne savent pas très bien en médecine de ville jusqu'où ils doivent aller. Mais ça on y arrive et le deuxième écueil de la longueur de la consultation c'est souvent l'informatique, un interne a du mal à taper et à gérer l'écran et le patient...Moi j'y arrive parce que je me suis forcée à taper sans regarder mon clavier donc ça n'altère pas la relation, mais souvent eux, ont une relation avec le patient puis après ils se mettent à taper, ce qui veut dire que c'est un temps supplémentaire dans la consultation. C'est pour ça que je vous parlais tout à l'heure, de complémentarité, moi en général je me mets de côté et je les laisse gérer la consultation, et pendant qu'ils font leur examen clinique je reviens au clavier et je complète ce qu'ils n'ont pas fait, pour ne pas rallonger la consultation.

-C : Oui parce qu'il y a pas mal de médecins qui disent que c'est plus long.

-I : Oui c'est vrai et puis il y a le débriefing du soir, au moins une demi-heure, pendant ou après la télétransmission, où on refait un peu le point de la journée, savoir leur vécu, ce qui les a mis en difficulté, si il y a des points qu'ils doivent travailler, s'il y a des points sur lesquelles ils souhaitent que je m'explique par rapport à mon attitude, des choses comme ça.

-C : Qu'est-ce que ça a changé pour vous ? Qu'est-ce que ça vous apporte ?

-I : ça a évité le burn out ! (rire), voilà je crois qu'en gros c'est ça, j'aurais du mal maintenant à imaginer de travailler seule tout le temps.

-C : Vous avez les internes tout le temps ?

-I : Non c'est bien pour ça que je vous dis « tout le temps », parce que j'ai du mal à imaginer de travailler avec quelqu'un tout le temps, mais travailler seule tout le temps je ne pourrai pas non plus. Voilà, donc ça m'apporte beaucoup au niveau relationnel, et ça m'a obligé à me remettre en questions parce que leurs personnalités étant toutes différentes, on est jamais pareil avec deux internes, jamais.

-C : Quelles sont les contraintes ?

-I : ... D'être toujours présent, et puis le temps le soir, le rajout du temps de débriefing le soir, c'est une contrainte, autrement non... je n'en vois pas. Pour moi il n'y a pas de contrainte.

-C : Alors vous les accueillez combien de temps par semestre ?

-I : Moi je demande un minimum de trois mois, parce qu'au départ je faisais deux mois avec l'interne dont j'étais le médecin principal et un ou deux internes complémentaires, et puis à la longue, j'en ai eu... ça m'a mise en difficulté, parce qu'il fallait que je me réhabitue à l'interne, ça demande un temps d'adaptation la relation humaine, donc ça faisait pour une période courte, deux fois un mois, il faut huit –dix jours pour se connaître un petit peu, pour se dire « tiens celui-là ou celle –là il faut que je sois plus maternelle, il faut que je sois au contraire plus en retrait, il faut etc. », au bout de dix jours il restait vingt jours pour adapter le

stage, donc c'était un peu difficile et je trouvais que c'était difficile aussi pour la patientèle, parce que quand ils identifient un interne, ils le connaissent, ils le revoient parfois. Un mois de stage ne permet pas d'identifier. Maintenant je demande un minimum de trois mois, deux mois au départ et un mois à la fin, ou un mois au départ et deux mois à la fin, je trouve ça très très bien. Et j'ai fait pour la première fois l'expérience avec une interne pendant quatre mois et j'ai trouvé ça formidable ! Parce que c'est une interne avec qui je m'entendais bien, donc on a eu notre temps d'adaptation, qui a mis deux semaines, ensuite pendant 1 mois et demi j'ai eu tout le loisir de l'observer et de voir ce dont elle était capable et j'avoue que quand elle est revenue pour ses deux derniers mois de stage, c'était un « saspas supervisé » mais elle avait une autonomie super. Donc pour moi le minimum c'est trois mois voire quatre.

-C : Et comment s'organise vos journées quand l'interne est là ?

-I : Exactement de la même façon, que quand il n'est pas là, c'est-à-dire début 8h30 et fin 19h, 19h30, 20h... (Rire).

-C : Et le rôle de chacun ?

-I : Identique, c'est-à-dire un à l'ordi et l'autre en interrogatoire et examen clinique, ou bien on alterne et puis à la fin, je suis en retrait et je laisse l'interne tout faire si possible, parce que le jour où il ou elle va être en autonomie faudra qu'il gère tout. Donc... en ma présence il faut que je voie comment il arrive à tout gérer.

-C : Et vous restez à côté ?

-I : Voilà au départ et puis après il arrive que je sois dans un bureau à côté.

-C : Très bien. Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation vous vous occupez d'une manière différente du patient que si l'interne était absent ?

-I : Bien sûr. Parce que quand l'interne est là et que j'observe et que donc j'ai les bras croisés et j'essaie de ne pas regarder le patient pour obliger le patient à regarder l'interne et puis il m'arrive de prendre mon ordinateur ou un livre pour montrer au patient que moi je ne suis pas dans la consultation... J'écoute bien évidemment mais pour leur montrer que mon attention est ailleurs, donc mon attitude est complètement différente, il m'arrivait même de rester derrière près de la porte.

-C : Mais quand c'est vous qui faites la consultation par exemple au tout début quand l'interne est là, à côté et qu'il observe ?

-I : Oui... j'arrive maintenant à bien me mettre dans la relation à deux, j'arrive à faire complètement abstraction de l'interne quand je m'occupe du patient pour lui montrer, j'essaie de faire en sorte que le patient n'ait pas l'impression d'être exclu donc je fais un effort pour bien lui montrer que je suis là. Alors après pendant que le patient se déshabille je peux faire un résumé et me tourner vers l'interne et discuter... mais pendant l'interrogatoire je fais très attention à ce que le patient ne se sente pas exclu.

-C : Et au niveau de la relation avec le patient quand l'interne est là ?

-I : Alors je connais relativement bien ma patientèle et je sens tout de suite sur certaines questions qui peuvent être un peu délicates, c'est plus pour la psychiatrie, où les choses gynéco parfois ou sexuel, je sens bien des fois quand il y a une hésitation et là je demande au patient « Souhaitez-vous que l'interne sorte ? Et s'il y a une hésitation, je sais très bien que c'est parce qu'ils n'osent pas répondre et là je leur réexplique qu'ils sont entièrement libre et qu'il ne faut pas qu'ils se sentent gênés et j'ai un mot en salle d'attente pour ça d'ailleurs.

-I : Pour les informer qu'il y a un interne ?

-C : Voilà et l'interne leur redit « Voilà c'est normal, vous avez le droit de ne pas vouloir que je sois là », donc j'essaie complètement de dédramatiser leur refus, qui ne se sent pas gêné de dire « Non je ne veux pas l'interne, je veux qu'il sorte ».

-C : Et est-ce que ça change quelque chose que l'interne soit là, par exemple quand vous recevez un patient chronique, diabétique, par exemple ?

-I : Sincèrement non...

-C : Vous ne prenez pas appui sur l'interne pour ...

-I : Non pas du tout. Non ça ne change rien, au contraire, j'essaie de reverbaler les recommandations, je suis assez recommandations HAS, donc , on est souvent connecté d'ailleurs, et euh non je fais ce que j'ai à faire, et puis après je dis à l'interne « voilà selon les recommandations, on est dedans, on est pas dedans, etc. » Non je n'utilise pas mon interne comme tremplin pour corroborer mes dires... Je ne sais pas, je n'y ai jamais pensé mais je trouve pas que ce serait très très sain.

-C : Il y a des médecins qui demandent à l'interne « Qu'est-ce que tu aurais fait toi ? »

-I : Ah non jamais devant le patient, ah non, parce que imaginons qu'on ait un avis différent, soit l'interne va se sentir obligé de dire comme moi pour ne pas me discréditer, soit il va être honnête et exprimer sa pensée et à ce moment-là, on va être en difficulté, donc ça je ne le fais jamais en présence du patient. Par contre hier, on a eu un patient qui venait pour un problème urinaire, moi j'ai tout de suite pensé à un problème de prostate, selon les critères et quand j'ai demandé à A. « Que proposes-tu comme bilan ? » Elle me dit tout de suite « une glycémie », et je n'ai pas tilté et puis après je lui dis « comment tu justifies ? », elle me dit « Polyurie » et là j'ai tilté et là je lui dis merci parce que là, moi, effectivement je n'aurais pas pensé à ça, même si au bout du compte je ne croyais pas trop au diabète, je dis bravo parce que moi je ne l'aurais pas évoqué, j'aurais évoqué uniquement un problème mécanique, donc au contraire quand l'interne a une idée que moi je n'ai pas eu devant le patient je verbalise que c'est bien pour qu'il lui fasse confiance, pour les valoriser.

-C : Est-ce que ça change quelque chose pour les patients dépressifs ?

-I : Oui.

-C : C'est-à-dire ?

-I : Dans une dépression, la relation à trois est pas facile, ça c'est clair.

-C : Ce n'est pas facile pour qui ?

-I : Ni pour le patient ni pour nous parce que notre empathie peut s'exprimer différemment, tendre la boîte de mouchoirs, prendre la main, etc. En plus des patients qui vous ont raconté leur vie, n'ont pas trop envie de la raconter une deuxième fois, voir une troisième à l'interne. Alors par contre la relation à trois change quelque chose mais que l'interne prenne en charge un patient dépressif seul je pense que ça ne change rien, au contraire le patient a une écoute différente qui peut parfois lui convenir.

-C : Mais est-ce que vous pourriez préciser ce qui est différent ?

-I : L'expression n'est pas la même, l'expression n'est pas la même, on ne dit pas la même chose à une personne qu'à deux personnes...

-C : Le patient ne se comporte pas de la même façon ?

-I : Pas tout à fait, il ne va pas verbaliser de la même façon, il va se retenir, il va... et je vois des fois des patients qui me disent « euh je ne vous ai pas parlé de ça l'autre jour parce que vous aviez votre interne ... ». Je vous dis tout ce qui est psychologique, sexuel, éventuellement gynécologique, la relation à trois est difficile.

-C : Alors ... le problème pour la question suivante c'est que ça fait longtemps que vous accueillez des internes, mais bon. Est-ce que vous avez l'impression que depuis que vous accueillez des internes, par rapport à avant, avant 1998, vous vous occupez de manière différente des patients ?

-I : Oui, oui oui, comme je disais je m'oblige à appliquer les recommandations, euh... je sais que le temps est un petit peu compté donc ça m'oblige à être beaucoup plus quand je dis rigoureuse, ce n'est pas dans le sens strict mais ça veut dire synthétique etc. Et je reformule devant le patient, pour moi c'est peut être ça le point capital, c'est qu'auparavant ou parce que j'avais moins d'expérience peut être aussi, je faisais ma consultation, j'élaborais mon diagnostic et j'arrivais à un bilan ou à une prescription et puis j'expliquais la prescription. Alors que maintenant devant le patient, je verbalise mon raisonnement, je dis « le patient a

telle et telle chose, ça permet d'éliminer ça, ça oriente vers telle chose, avec comme probabilité selon la prévalence telle chose, du coup on demande tel bilan, on donne tel traitement ou on ne donne pas, sur les antibiotiques je justifie le choix de la famille, donc oui ça change beaucoup de chose, et souvent les patients me disent « Et bien dites donc docteur, on aurait jamais imaginé qu'il se passait tout ça dans votre tête ! » C'est formidable. Ce sont les mots des patients et du coup ils se rendent compte qu'une consultation ce n'est pas je vous écoute, je prescris mais qu'entre les deux il se passe plein de chose.

-C : Effectivement, d'accord donc ça a changé des choses par rapport à avant.

-I : Ah oui oui tout à fait.

-C : Est-ce que vous pensez que ça peut contrarier ce que le patient est venu chercher ?

-I : Oui si c'est une relation plutôt basée sur un problème psychique, oui. Ça peut contrarier un patient qui vient chercher un arrêt de travail, il n'osera peut être moins le demander lorsque l'on est deux, il osera peut être moins contredire mon choix... Oui je pense que ça peut contrarier... mais pas forcément en mal.

-C : Est-ce que vous auriez un exemple ?

-I : Je parlais facilement des arrêts de travail ou de la non prescriptions d'antibiotiques sur certaines pathologies, les gens sont quand même très demandeurs, ils ont une pathologie de tout évidence virale, je les examine ou mon interne les examine, dans l'élaboration du diagnostic voilà tel et tel symptôme, on s'oriente vers une pathologie virale, le mot est dit et « donc là docteur vous ne me donné pas d'antibiotiques ? » « Non, on vous a dit que c'était viral », du coup ils n'osent pas réagir parce qu'on est deux à confirmer que c'est viral. Et sur l'arrêt de travail, c'est pareil, ils ont une pharyngite, une trachéite, pas de fièvre, « Ah vous ne me donnez pas d'arrêt de travail ? » « Non ça n'en justifie pas ». Et le fait qu'on soit deux ils n'osent pas insister en disant « Oui mais... ». Donc ça me semble être les deux domaines.

-C : Et concernant les examens intimes, est ce qu'il y a des reports d'examens ? Reculer parce que l'interne est là ? Est-ce que ça change des choses ?

-I : Oui. Examens intimes, gynécologiques pour la femme et toucher rectal chez l'homme par exemple ?

-C : Oui.

-I : Alors, soit, quand je sais que c'est ce domaine je demande toujours au patient ou à la patiente si ça les dérange que l'on soit deux, visite de grossesse, etc. frottis chez les femmes, surtout si l'interne n'a jamais fait de frottis, je demande si ça dérange, si ça dérange, encore une fois, je vois bien à la réaction du patient, je demande à l'interne de sortir, ou alors si c'est un ou une interne qui sont formées à ce genre de pratique je propose de sortir pour laisser l'interne faire l'examen. Ce qui se produit parfois, mais effectivement on essaie de ne pas avoir de régressions triangulaires dans ces cas-là. En plus moi je me mets dans la position d'une femme, je n'aimerais pas être en position gynécologique avec un médecin qui m'examine certes et puis quelqu'un qui regarde, sincèrement je pense que c'est très inconfortable. Donc dans ces domaines là il faut être très très prudent. Et puis encore une fois il y a une affiche en salle d'attente quand c'est intime, quand j'appelle les gens, ils me disent des fois je préfère vous voir seule. Donc les gens sont informés, ils ont le temps de se préparer.

-C : Alors est ce que vous pensez que le médecin généraliste puisse s'endurcir au fil des années, émotionnellement ?

-I : Oui.

-C : En essayant de préciser. ..

-I : Rire. Vous me posez une question je réponds par oui ou par non ! Face à la mort, face à la maladie grave, euh... face, je veux dire même face à la détresse des gens, quand on voit des gens qui sont dans des galères financières, bien sûr que je compatiss mais d'abord je ne suis pas assistante sociale, ce n'est pas moi qui détiens les cordons de la bourse, quand je sais

qu'un patient tire sur un arrêt maladie longue durée et qu'il va se retrouver licencié, j'essaie de l'aider, de l'orienter mais euh...je ne peux rien faire pour sa galère financière, je ne suis pas responsable.

-C : Et pour vous s'endurcir émotionnellement ça veut dire quoi ?

-I : ça veut dire qu'il y a une petite perte d'empathie, je fais ma consultation, mais à un moment donné je suis bien obligé de dire au revoir et pour ce problème-là vous voyez quelqu'un d'autre. L'autre jour j'ai un patient à qui je signifiais qu'il allait être mis en invalidité parce qu'il ne reprendrait pas son travail, là-dessus il était complètement d'accord et quand il a réalisé ce que ça signifiait la mise en invalidité, il m'a dit « mais je vais être dans la galère ! ». J'étais obligé de lui dire « mais la CPAM ce n'est pas une assistante sociale, elle gère un risque médical, par contre il y a d'autres personnes qui vont gérer le risque social », ça me fend le cœur mais que puis-je faire, je n'ai pas...

-C : Avec le temps vous réagissez différemment ?

-I : Peut-être que les consultations du coup s'éternisaient, parce que je restais sur le côté psychologique de la chose, maintenant voilà, j'essaie...En plus je me suis rendu compte avec le temps que quand on a fait ce que l'on devait faire, que l'on a dit ce que l'on devait dire, de façon quand même empathique, prolongé une consultation au-delà de trente minutes n'apporte rien, le patient n'entend plus le message, et lui-même est en train de tourner en rond dans ses dires et ses re dires, ce n'est pas productif. Qu'un patient se plaigne c'est une chose, mais le tout c'est qu'après, quand il a verbalisé il en tire quelque chose. Je dis souvent aux internes au-delà de trente minutes une consultation n'apporte plus rien. Même chez une patiente suicidaire, je préfère la revoir le lendemain, plutôt que de passer une heure.

-C : Ok, est-ce qu'au cours d'une consultation le fait d'avoir un interne à vos côtés peut changer quelque chose au niveau ressenti émotionnel ?

-I : (Réflexion). Euh... Non je ne suis pas sûr. Au niveau ressenti vous me dites ?

-C : Oui ressenti.

-I : Non.

-C : Est-ce que vous cachez, enfin pas cacher mais est ce que l'expression est différente ?

-I : Non...

-C : Est-ce qu'au niveau de votre comportement c'est la même chose ou pas ?

-I : Il y a des émotions qu'on essaie de masquer pour des parcours de vie personnelle qu'on a pas forcément envie de leur dire, mais ce n'est pas au niveau du ressenti, c'est au niveau de l'expression.

-C : D'accord, le ressenti ne change pas.

-I : Le ressenti reste le même après on montre on ne montre pas, c'est autre chose mais le ressenti reste le même.

-C : Mais l'expression peut être modifiée ?

-I : Oui tout à fait dans certains cas.

-C : Est-ce que ça modifie votre ressenti à vous lors de la consultation quand l'interne est touché ?

-I : Et qu'elle le montre ?

-C : Oui, pendant ou après la consultation.

-I : Euh...Oui, alors qu'est-ce que j'ai comme exemple ? Des problèmes de maladie chez des internes qui auraient perdu leur maman d'un cancer du sein de façon récente, euh...oui, j'ai bien remarqué qu'il s'était passé quelque chose, donc après on a essayé d'en parler, donc oui ça modifie mais c'est pas mon ressenti émotionnel qui est modifié, c'est-à-dire que j'ai ressenti quelque chose, et il m'a semblé important d'en parler avec l'interne mais ce n'était pas mes émotions.

-C : Oui, et est-ce que si vous voyez que l'interne est touché par un cas particulier, et que vous vous n'avez pas été touché, est ce que vous vous dites « tiens moi je... »

-I : Je reprends les rennes de la consultation, et puis après coup oui j'en parle parce que... Ben on a eu le cas il n'y a pas longtemps, j'explique à l'interne que ce n'est pas par détachement ou par désintérêt mais qu'à un moment donné je me sens pas maître du jeu.

-C : Parce que j'ai des médecins qui m'ont dit que quand l'interne est touché par une histoire triste, des fois ils se disent « oh là là je ne réagis plus, je suis froid, et », vous voyez ce que je veux dire ?

-I : Oui je vois tout à fait. Quelque part j'essaie d'expliquer à l'interne pourquoi j'ai réagis comme ça mais ce n'est pas de l'indifférence, mais j'essaie d'expliquer, mais en aucun cas je ... je pense à une petite fille chez qui on a trouvé une leucémie, bien évidemment je m'implique, je passe des coups de fils pour savoir comment elle va, etc., mais en cours de consultation quand la maman vient pour elle, bien évidemment je la fais verbaliser sur sa fille, mais assez rapidement après je lui dis « Ben maintenant on va s'occuper de vous parce qu'on a besoin de s'occuper de vous aussi » et je recentre sur elle, ce n'est pas de l'indifférence mais euh... je crois qu'il faut qu'on apprenne à gérer nos émotions, on ne doit pas pleurer avec ou à la place, notre rôle est d'accompagner, si on a trop d'empathie et qu'on est en plein dedans, on a plus le regard suffisant pour être soignant.

-C : Oui. J'essaie d'avoir le plus d'info...

-I : C'est bien ce que vous dites mais au contraire j'essaie d'expliquer à l'interne que ce n'est pas facile d'en arriver à la position dans laquelle je me suis mise mais qu'il faut se protéger.

-C : Est-ce ça modifie quelque chose que l'interne soit présent lors des visites à domicile difficiles ? Lors de la prise en charge de patients en fin de vie par exemple.

-I : Encore une fois ça peut modifier quelque chose lorsque l'on rentre vraiment, par exemple tu parles de fin de vie, dans une relation intime, oui, parce que l'on tombe dans le domaine du psychologique, l'accompagnement de fin de vie, c'est vraiment quelque chose d'intense, c'est une relation à deux, euh... mais encore une fois maintenant dans ce domaine-là, ça ne me gêne pas que l'interne voit mes émotions, c'est pas par rapport au patient, aux émotions du patient parce que je pense qu'ils sont capables de les gérer, je crois que si qui nous gêne c'est que l'interne puisse voir nos émotions dans ce type de situation. Je crois, qu'aujourd'hui, j'ai suffisamment d'expérience pour tout à fait assumer mes émotions dans un cas difficile. Si je pleure devant l'interne et ben après si il y a un enfant qui meurt ce n'est pas dramatique. Ça peut être normal !

-C : Oui, tout à fait et est-ce que ça peut changer quelque chose si l'interne est là quand il y a des consultations avec des patients agressifs ou exigeants ?

-I : Pour moi ça ne change rien bien au contraire je dirais que ça m'aide parce que le patient agressif ou exigeant, du coup je suis encore plus rigoureuse et j'applique encore plus, soit les recommandations, soit les textes, etc. Euh ... un exemple, hier, ce n'était pas de l'agressivité, une patiente à la fin de la consultation me tend un petit papier pour des médicaments qu'elle avait eu à la pharmacie, des médicaments ophtalmologiques, et j'étais un peu surprise parce que je ne savais pas qu'elle avait ça donc je lui pose des questions « Mais est-ce que vous utilisez ça souvent ? Vous savez il faut faire un peu attention », et elle me dit « Non non je l'utilise de temps en temps pour moi » puis elle me regarde « en toute franchise je l'utilise pour mes chiens », alors là j'ai pris son petit papier et je lui ai remis et je lui ai dit « Ecoutez madame je vais quand même pas vous prescrire un médicament pour vos chiens » et puis elle insiste « Oui mais je l'utilise aussi pour moi de temps en temps », « Et bien c'est pas très cher, vous allez l'acheter sans ordonnance et puis vous allez le payer », je n'ai pas cédé. Voilà donc non ça...

-C : Et le fait que l'interne soit là, ça vous a aidé ?

-I : Non, même sur un type de situation comme ça, sur un arrêt de travail non nécessaire, je reste clair, je ne ... enfin qui me paraît non nécessaire, encore une fois c'est subjectif, non je reste... Sur les antibiotiques je reste ferme quand j'ai décidé qu'il n'en fallait pas, on

n'arrivera pas à m'en faire marquer ... non ça ne change rien. Je reste clair parce que je sais qu'après j'ai des arguments pour expliquer mon attitude.

-C : Vous n'avez pas d'exemple avec quelqu'un d'agressif ?

-I : J'ai peu de patient agressif, j'en ai parfois mais j'en ai très peu, parce que j'arrive... Enfin j'ai eu une fois un patient agressif... Il n'y avait pas de témoin, (rire). Mais en général comme j'arrive à mettre en retrait, et puis à ne pas renvoyer la balle encore plus haut, encore plus fort, non j'avoue j'ai pas beaucoup de patients... L'agressivité des patients c'est plus leurs exigences que leur agressivité qui peuvent poser problème. Non, mais globalement je pense sincèrement que ça ne changerait rien.

-C : Ok alors on va passer à la notion de sollicitude : c'est le souci de soin envers les patients, comme synonyme on peut donner compassion, bienveillance et empathie. Est-ce que vous pensez qu'il est différent que l'interne soit là ou pas ?

-I : Non, sincèrement non.

-C : Est-ce que ça modifie les démarches que vous faites pour le patient ?

-I : Oui parce qu'il m'aide à les faire, donc ça modifie celles que moi je fais puisque j'en fais peut être moins puisqu'il m'aide à les faire. Voilà, ils en font une partie. Mais sur la qualité de la démarche ça reste la même, mais sur le partage de la tâche, voilà (rire).

-C : Mais que l'interne ait été là ou pas vous auriez fait les mêmes démarches au final ?

-I : Oh oui ! Oui parce que je pense que l'interne doit nous tirer vers le haut et en aucun cas vers le bas, donc de tout façon, ce qui fait aurais été fait et peut être qu'on en fait un peu plus parce que leur présence nous le permet, soit en temps ou en disponibilité, donc en aucun cas la présence de l'interne peut altérer les démarches que j'aurais pu faire.

-C : Et est-ce que ça peut modifier les soins que vous faites ?

-I : En mieux car on peut être deux à faire des choses et que c'est plus facile.

-C : Pour les pansements, les sutures ce genre de choses ?

-I : Oui, mais les soins techniques on en fait quand même pas énormément parce que il y a des professionnels pour ça, il y a les infirmiers, etc. Ou des ponctions d'ascite, c'est plus facile à faire deux.

C : Voilà, c'est fini, merci beaucoup.

ENTRETIEN 8

-C : Le thème général de ma thèse est le burn out qui comporte trois notions qui sont l'épuisement émotionnel, l'accomplissement personnel et la déshumanisation. Je vous montre l'échelle, qui a été mon point de départ, la Malasch Burn out Inventory. C'est un ensemble de vingt-deux questions, quelques une sur l'épuisement émotionnel, quelques autres sur l'accomplissement personnel et cinq sur la déshumanisation. Moi j'ai pris trois des cinq questions concernant la déshumanisation et j'ai introduit la présence de l'interne dans la question. (Le médecin regarde l'échelle).

-I : C'est évident que je ne répondrais pas la même chose maintenant à cette période de ma vie, que je l'aurais répondu il y a dix ans. Et peut-être que dans dix ans je répondrais encore autre chose.

-C : Oui sûrement qu'on évolue, mais pour vous c'est quoi la déshumanisation ?

-I : Que le fait dans les rapports entre médecin et malade, qu'on ne tienne plus compte de l'émotion et du contexte psychologique des gens, et qu'on soit dans un contact de technicien, dans le service rendu en tant que technicien.

-C : La notion d'automatisme, c'est ça ?

-I : Oui dans l'automatisme, dans le « technique », dans le « pas-adapté » à chaque personne, alors qu'on a un boulot où l'on doit constamment s'adapter à la personnalité des gens.

-C : Ok, la définition que moi je donne est que la déshumanisation correspond à une perte d'empathie envers les patients, une difficulté à reconnaître la personne chez l'autre, et donc à s'occuper de lui de manière automatique, le malade devient un objet, un numéro.

Mon hypothèse est que le fait de travailler avec un interne à ses côtés puisse modifier la relation médecin malade et donc diminuer le risque de déshumanisation du médecin pour ses patients. Et je réalise mes entretiens auprès des médecins généralistes du Finistère et il s'agit d'une étude qualitative.

Vous concernant vous êtes maître de stage depuis quand ?

-I : Je crois que ça fait cinq ans. Ça fait vingt-cinq ans que je suis installée, vingt ans sans internes et cinq ans avec interne donc je peux comparer.

-C : Qu'est-ce qui vous a donné envie de devenir maître de stage ?

-I : Je pense que j'aime bien transmettre donc l'idée d'avoir acquis des connaissances et de ne pas en faire profiter quelqu'un... Et j'ai sans doute été influencée par des copains qui le faisaient et qui me disaient qu'ils en étaient très contents, donc j'ai voulu essayer. Mais ça correspondait bien à... J'aime bien transmettre.

-C : Est-ce qu'il y a avait autre chose qui vous a motivé ?

-I : Non.

-C : Surtout la transmission ?

-I : Oui. J'aime bien expliquer ce que je fais, j'aime bien la transparence, ça me rassure peut-être quand je fais quelque chose, de le faire devant témoin, de l'expliquer ça me donne sans doute une certaine assurance, je suis plus sûre de ce que je fais quand je peux le faire devant public... avec quelqu'un.

-C : Et donc quel est l'intérêt de ce rôle pédagogique pour vous ?

-I : Bien pour l'interne, j'espère qu'il en a de l'intérêt ! Pour moi, ça me conforte dans ce que je fais, en fait je récite les leçons apprises. Par exemple je vais à une formation, j'apprends des choses, si je ne les retransmets pas, si je ne les retravaille pas, si je n'en reparle pas, il est possible que j'en oublie une grande partie. Si par contre j'ai à côté de moi quelqu'un à qui je retransmets tout ça, plusieurs fois parce que c'est des internes différents, et bien à force de dire « c'est comme ça qu'il faudrait faire, c'est comme ça ...que les consensus sont faits... ». Et bien ça finit par me les apprendre à moi aussi et puis de les dire à voix haute c'est comme réciter sa leçon, je l'apprends mieux.

-C : Et qu'est-ce que ça a changé pour vous d'accueillir des internes ?

-I : Dans ma façon d'exercer ça ne change pas beaucoup de chose, sauf que maintenant je suis organisée de sorte que je gagne du temps avec mes internes, donc maintenant je gagne du temps c'est-à-dire qu'on travaille à quatre bras, quatre mains et deux têtes, si jamais j'ai dit ou j'ai fait une bêtise parce que j'ai été trop vite par exemple, je sais que l'interne peut tiquer, et je lui dit « tu me dis, tu m'arrêtes quand je dis une bêtise... ». Et puis surtout pendant que j'examine il est sur l'ordi, ou pendant qu'il examine je suis sur l'ordi, donc on travaille vraiment à deux, j'aime bien le travail d'équipe, j'ai toujours aimé le travail d'équipe en fait.

-C : Et au début quand ils arrivent vous perdez un peu de temps ou pas ?

-I : Oui, un petit peu, oui, et ça dépend des internes, il y en a qui ont déjà fait des stages, qui ont déjà eu le même logiciel, il m'est arrivé de perdre un petit peu de temps mais ce n'est pas la majorité du temps. Ça ne dure pas, ils sont dégourdis...

-C : Qu'est-ce que ça a changé d'autre dans votre façon de faire ?

-I : Dans ma relation avec les gens, pas grand-chose... Je m'aperçois quand je bosse toute seule, par ce que ça m'arrive d'être toute seule, quand le jeudi ils sont à la fac par exemple, ça ne change pas grand-chose, j'ai toujours beaucoup expliqué aux gens, beaucoup, beaucoup, j'aime qu'il comprenne... Du coup que j'explique aux gens, que j'explique à l'interne, j'ai un peu le même discours, j'essaie de ne pas être trop technique quand j'explique à l'interne pour que le malade ne se sente pas exclu. Je ne vais pas réciter un cours de médecine à un interne en présence d'un malade parce qu'il va se sentir complètement exclu, par contre les messages que j'ai à passer au malade, c'est les mêmes que ceux que j'ai à passer à l'interne. Donc, ça ne change pas énormément de chose, parce que même sans l'interne je le fais avec mes patients.

-C : D'accord. Et est-ce que qu'il y a des contraintes ?

-I : Des contraintes liées à l'interne ?

-C : Oui, des contraintes à accueillir les internes ?

-I : Non. Vraiment non... Alors si, si si, je vais tout à fait honnête, de temps en temps, ça m'oblige à être un petit peu rigoureuse, par exemple en fin de journée, un diabétique vient, je suis fatiguée, j'en ai plein les bottes, faudrait regarder ses pieds, je ne sais plus si je les fais il y a trois mois... Et bien l'interne est là, il faut y aller, parce que si je ne regarde pas les pieds du diabétique, l'interne va se dire « mais qu'est-ce qu'elle fout, moi j'ai appris à regarder les pieds ! ». Donc bon, voilà, ça m'oblige... ça peut m'arriver ça ! Alors que toute seule peut-être j'aurais dit « Oh je suis fatiguée, cette fois-ci je ne fais pas, on le fera la fois prochaine, la fois d'après ». On est toujours sous un regard, donc je suis obligée de faire attention.

-C : Est-ce qu'il y a des patients qui n'ont pas aimé le fait que vous preniez des internes, et qui ont quitté le cabinet ?

-I : Qui ont quitté le cabinet ? Non... Ah, peut-être un. Mais je ne sais même pas pourquoi. Oui, effectivement j'ai entendu ça une fois, mais je m'en fiche, alors là ! Et une ou deux qui ne veulent jamais d'interne, mais ils sont hostiles à tout, ils sont hostiles à l'humanité en générale, donc bon je le sais maintenant. C'est des particuliers, mais c'est assez rare.

-C : Deux qui rechignent ?

-I : Oui, deux qui rechignent, mais c'est même plus la peine, je ne leur demande même plus, je sais que c'est non d'emblée. Mais en plus il n'y a aucune raison... Et puis de temps en temps, exceptionnellement, pour un examen gynéco, chez une jeune fille, une jeune femme, qui n'a pas trop l'habitude, ou je ne sais pas moi, quelqu'un qui a une hémorroïdes, je comprends qu'il dise : « ben non, pas aujourd'hui », ça arrive ponctuellement. En général, c'est pour, soit de la gynéco, soit vraiment quelque chose de très intime, un jeune gars qui vient montrer une grosseur testiculaire, il se retrouve devant une jeune femme, c'est essentiellement des jeunes femmes les internes, il n'est pas à l'aise, donc à ce moment-là, il va me dire « non ». Et je comprends.

-C : Mais vous êtes une femme aussi.

-I : Oui mais je suis plus vieille, j'ai les cheveux blancs, il me prenne pour leur mère, donc c'est différent. Le fait de mon âge fait qu'il y a toute une population qui a changé d'attitude, et qui n'a pas la même attitude que quand j'étais jeune, ce qui est tout à fait normal. Un jeune gars qui venait me montrer ses testicules il y a vingt-cinq ans, ça n'avait pas la même... on n'avait pas le même contact que... ceux qui viennent me montrer ça ils ont l'âge d'être mes fils donc ils le savent bien, donc c'est différent.

-C : ils sont plus à l'aise avec vous.

-I : Oui.

-C : Comment s'organise vos journées, quand l'interne est là ?

-I : Pareil. Au début je passais cinq minutes entre chaque consultation pour refaire un petit débriefing, et puis alors là je me suis noyée parce que je n'avais pas le temps, d'où l'intérêt, que la consultation se fasse vraiment à voix haute, je ne veux pas angoisser les gens, mais il faut une conversation à trois, et puis que les gens comprennent bien que c'est un travail d'équipe et qu'ils font partie de l'équipe. Je les intègre dedans, je leur dit pourquoi je leur explique, et pourquoi c'est important de le faire, je le dis à l'interne mais en regardant mon malade et en lui disant « ben voilà pourquoi il faut perdre du poids, quel serait l'avantage à perdre du poids, comment on peut faire... ».

-C : Il y a une vraie interaction. Et le rôle de chacun ?

-I : J'essaie, pour que l'interne ait un petit peu tous les rôles, que parfois l'interne soit sur l'ordi, regarde le dossier, note les informations, fasse l'ordonnance, passe la carte vitale, pendant que j'examine le patient, donc j'examine à voix haute « je n'ai pas trouvé de rate, pas trouvé de foie, il n'y a pas d'œdème... ». Et donc l'interne note tout ça, à la fin de ma consultation, quand les gens commencent à se rhabiller, que je me lave les mains, je donne ma conclusion, « Bon voilà, j'aurais fait telle ordonnance », pof l'interne le fait. Et inversement la consultation d'après, c'est l'interne qui examine, et puis moi qui note, sauf que de temps en temps, ce... C'est moi qui choisit qui va prendre l'ordi, qui va prendre le malade, parce il est bien évident, qu'un suivi de dépression, je ne peux pas donner à mon interne le patient qu'elle ne connaît pas, donc ça je l'assume, et c'est moi qui, quand le malade arrive, dit à l'interne « Bon tu prends la carte vitale, tu te mets sur l'ordi » ou « tu examines le malade ».

-C : Les patients dépressifs c'est souvent différent.

-I : Oui.

-C : Avez-vous l'impression qu'en présence de l'interne lors de la consultation vous vous occupez d'une manière différente du patient ?

-I : Non. Surement non, je ne peux pas. Non, non, je ne pourrai pas m'en occuper d'une manière différente. Je suis très vraie avec mes patients, je ne joue pas un rôle avec mes patients, qu'il y ait un interne avec moi ou pas, ça ne peut pas changer la relation avec le patient.

-C : Mais quand l'interne est là, vous faites une conversation à trois ?

-I : Oui mais l'interne n'aurait pas été là, j'aurais dit la même chose.

-C : D'accord.

-I : A peu près, enfin j'aurais passé les mêmes messages, j'aurais expliqué tout pareil.

-C : Ok, vous expliquez beaucoup de toute façon. Est-ce que ça change des choses qu'en vous recevez des patients chroniques, type diabétiques ?

-I : Oui sûrement, oui ça change des choses, ce n'est pas neutre, pour eux ça change des choses, je le vois à la façon de les regarder, de s'adresser à eux, de les prendre à témoins.

-C : Que le patient prenne à témoins l'interne ?

-I : Oui.

-C : Est-ce que vous avez un exemple ?

-I : Oui, j'ai une dame qui est d'un certain âge, qui a eu une vie un peu douloureuse, dans laquelle elle se sent coupable, elle pense qu'elle a été mauvaise mère, mauvaise épouse,

mauvaise...j'en sais rien si c'est vrai ou pas, elle m'en parle très souvent, et ça a sûrement une influence sur toute sa vie, sur son moral, elle vient avec son mari, et elle en parle, et régulièrement, à chaque fois, qu'un interne est là, en général un nouvel interne, elle lui raconte son histoire, elle a besoin, de raconter encore, et ce n'est pas la seule qui me fasse ça, une espèce d'approbation, un deuxième médecin, deux autres oreilles, elle a besoin de re-raconter son histoire. C'est vraisemblablement des gens qui ont besoin d'être écouté, qui ont besoin de dire leur histoire, je ne sais pas, ça doit leur faire du bien, ou l'impression d'être écouté, donc oui ça joue.

-C : Et au niveau de l'éducation, pour les diabétiques par exemple, ou les asthmatiques...

-I : J'essaie, quand j'explique au patient pourquoi il faut perdre du poids, je prends l'interne à témoin en lui disant « voilà le bénéfice que Monsieur Machin pourrait en tirer », « hein, monsieur Machin ? », « Vous avez essayé ? ». Donc je fais intervenir l'interne pour qu'il me confirme en fait que lui aussi son expérience fasse qu'il dise « Oui je comprends bien... », ce soit une évidence, qui n'est pas que ce soit juste une envie de ma part de faire perdre du poids au patient, mais que le corps médical, les jeunes ils l'ont appris, oui il faut le faire. Parfois il y a des internes qui valident en acquiesçant, en remuant la tête, ce que je peux avoir dit, donc ils ne sont pas idiots les gens, ils savent bien que les internes sortent de l'hosto, ils sont tous frais formés, donc c'est la parole récente qui a été dite donc...

-C : Concernant les patients dépressifs, qu'est-ce que ça change que l'interne soit là lors de la consultation ?

-I : Ils y en a qui refusent, ça fait partie des quelques fois où les gens refusent, et puis la plupart du temps quand même l'interne est un petit peu mis en sourdine, c'est-à-dire qu'il se fait un petit peu plus petit, il est devant l'ordi, et en général, il ne dit rien. C'est normal parce que s'établie une discussion entre le patient et moi où il ne peut pas rentrer là. C'est vraiment difficile, donc en général ils le comprennent très vite, et du coup c'est vrai qu'on l'oublie un peu, c'est le seul moment dans les consultations où on oublie un peu l'interne, pour vraiment revenir sur la relation à deux. Dans une dépression c'est dur de faire rentrer quelqu'un. Parfois, par contre si les gens veulent, c'est à eux de faire rentrer l'interne, mais ce n'est pas à moi. Alors que dans le diabète, moi je fais rentrer l'interne en lui disant « Alors qu'est-ce que tu en penses ? », alors que dans la dépression je ne fais pas rentrer l'interne, c'est le patient, s'il le veut qui ira chercher l'interne, par un regard ou par ... on voit bien quand ils cherchent l'approbation ou « qu'est-ce que vous en pensez ? » ou un avis ou...Mais les internes, en général, ils n'interviennent pas, parce qu'ils pigent vite qu'ils ne sont pas dans le truc, ils ne sauraient pas quoi dire.

-C : Et sinon, est ce que vous avez l'impression que depuis que vous accueilliez des internes, par rapport à avant, il y a des choses qui ont changé dans votre façon de faire ?

-I : Non, pas vraiment. Par contre je me souviens d'un truc, et c'est récent, et ça m'a fait sourire. J'ai une dame de cinquante-huit ans, qui vient pour la première fois, je ne la connaissais pas et elle avait une anémie, importante, enfin à 10, 8g/L. Donc quand même on cherche, on l'interroge, on cherche un saignement, et puis là elle me dit, « oui, mais j'ai eu des règles très abondante pendant longtemps ». « Vous avez 58 ans, vous avez encore des règles ? » « Oui mais ça s'est arrêté... ». Un petit peu flou, je n'arrive pas très bien à savoir, elle était très floue. Bon, on relance un bilan, parce que sa prise de sang datait d'il y a un an, elle n'avait eu aucun bilan depuis, on lance la prise de sang, et puis je lui explique qu'il faudrait que je la revoie avec les résultats de la prise de sang. Donc l'interne était là avec moi, donc on discute des différentes causes d'anémie, gynéco et puis éventuellement colono, fibro. Et puis je reçois sa prise de sang, elle avait, pareil, 10.7 g/L d'hémoglobine, donc ça faisait un an qu'elle était à 10g7, je l'appelle en lui disant « ça se confirme, vous avez effectivement une anémie, il faut que je vous revoie, parce qu'il faut qu'on lance un bilan à la recherche d'un saignement ». Et là, elle me dit, « oh il faut que je vous dise tout de suite quelque chose, je

n'ai pas osé le dire devant votre interne, mais en fait je continue à prendre la pilule ». Je lui demande « une pilule contraceptive ? » « Oui, j'ai 58 ans, mais je travaillais encore, et je ne voulais pas arrêter ma pilule tant que je travaillais, et je n'ai pas osé le dire devant votre interne ». En fait, cette femme, elle restait jeune, tant qu'elle prenait la pilule, donc dans sa tête tant qu'elle avait le comportement d'une jeune femme, c'est-à-dire, prendre la pilule, elle était encore jeune. A partir du moment où elle a été à la retraite, elle est venue me voir, elle s'est occupé d'elle, elle a accepté de ne plus prendre la pilule. Mais le dire devant une jeune femme, c'était presque comme « vous voyez je suis comme vous », hors c'était ridicule à cinquante-huit ans, elle était forcément pas comme elle. C'est rigolo, hein ? En fait ça voulait dire que cette femme de cinquante-huit ans avait un petit peu peur du jugement d'une jeune femme de vingt-six ans, et elle n'osait pas tout dire...

-C : C'était la première fois qu'elle venait au cabinet ?

-I : Oui, c'était la première fois qu'elle venait, et elle me l'a dit d'emblée : « je n'ai pas osé le dire à cause de votre interne ».

-C : C'est vrai qu'ils n'osent pas toujours tout dire...

-I : Là où ils se sentent jugé un peu, l'âge ça importe beaucoup, hein ? Je pense que certains jeunes sont très à l'aise avec certaines jeunes femmes internes, et qu'à l'inverse une femme d'un certain âge, elle ne va pas être bien, surtout à l'âge de la ménopause, perte de féminité, pouf elle se retrouvait avec une jeune femme toute jeune, toute fringante en face, et ben elle ne pouvait pas lui dire « et ben moi je suis ménopausée et je prends quand même la pilule », elle avait l'air... Je pense qu'elle se sentait....

-C : C'est triste quand même.

-I : Oui, alors qu'elle...

-C : Elle l'aurait vu plusieurs fois, elle aurait peut-être finit par le lui dire ?

-I : Je ne sais pas. Mais elle me l'a dit d'emblée quand je l'ai appelée et c'était rigolo.

-C : Comme quoi, il faut trouver le médecin qui nous corresponde. Et sinon est ce que vous pensez que ça puisse contrarier ce qu'est venu chercher le patient, au niveau de la relation médecin-malade quand il y a une tierce personne ?

-I : Peut-être que des fois ça arrive, puisque ça m'est arrivé, que quand je n'avais pas d'interne, un patient me dise : « Ah bah, vous n'avez pas d'interne aujourd'hui ? ». Parce ce que je leur demande régulièrement « Est-ce que ça vous gêne d'habitude ? », « pas vraiment » des fois on me répond. « Pas vraiment », ce n'est pas « pas du tout », ce n'est pas toujours net. Donc je pense que de temps en temps, ça peut gêner un peu les gens, ça arrive sûrement, mais ce n'est pas une raison pour ne pas accepter, il faut jouer le jeu. On doit former des jeunes médecins, il faut qu'il accepte, et puis ça viendra avec le temps.

-C : Et vous pensez que c'est quoi qui les gêne ?

-I : L'habitude d'établir avec le médecin une relation intime et privilégiée, on leur appartient un peu, ils ont le droit de dire tout ce qu'ils veulent, c'est un endroit où les gens se lâchent, c'est incroyable ce que l'on peut entendre, mais c'est aberrant, les gens viendraient avouer qu'ils ont tué père et mère en étant persuadé qu'on ne dira jamais rien, donc c'est vraiment un endroit où les gens se lâchent, persuadés que rien ne sortira du cabinet, effectivement rien ne sort du cabinet, mais du coup c'est comme le confessionnal en fait, et donc aller au confessionnal avec un témoin, ben ça change un peu la donne. Sauf que moi, je ne veux pas que ce soit un confessionnal, je ne veux pas entendre les trucs les plus inavouables, je ne suis pas là pour ça, je suis là pour les soigner, donc quelque part, ça recadre un peu la relation médecin-malade. Qu'il aille voir un psychiatre si vraiment ils veulent avouer les horreurs qu'ils ont faites ou qu'ils pensent, je ne suis pas sûre que ce soit mon rôle. Et former les jeunes médecins, ou de transmettre aux jeunes médecins, je trouve que c'est plus important et je serai plus utile dans ce rôle-là.

-C : Et concernant les examens intimes, est ce que ça modifie votre prise en charge ?

-I : Oui, je sais que quand les gens viennent pour un frottis, parce que souvent ils le disent au téléphone en prenant leur rendez-vous, toute façon je préviens toujours quand je vais les chercher en salle d'attente « j'ai mon interne, est ce que vous pose un problème ? » Parfois pour les frottis ils ne veulent pas, ou parfois je vois que les gens n'osent pas trop dire non, mais ils sont un peu contrarier, je leur dis à ce moment-là, « ben écoute on va le faire sans l'interne ». Oui ça peut arriver, mais en général c'est assez vite éludé parce que c'est vraiment les frottis, les examens gynéco. Le fait que les internes soient des jeunes femmes, parfois ça facilite un peu, pour l'examen gynéco, ça m'arrive de faire un peu un mensonge, en leur disant « Et bien vous avez de la chance, mon interne elle fait beaucoup de gynéco, ou c'est elle qui fait les frottis à l'hôpital... » Parce que je ne voudrais pas que ce soit toujours refusé, et quand on dit ça les gens disent « ah bah si elle fait les frottis à l'hôpital et bien allons-y ». Autre sujet, les hémorroïdes, ils ne sont déjà pas fiers quand... ils sont gênés, c'est terrible, alors là, en général, je leur demande déjà s'ils veulent, s'ils acceptent, je m'arrange pour qu'ils soient en chien de fusil, du côté où l'interne ne regarde pas, et puis en général l'interne ne va pas se lever pour regarder l'hémorroïde. Alors que l'examen gynéco c'est déjà un peu plus difficile de se cacher, et puis moi j'aime bien dans les examens gynéco, montrer à l'interne, j'ai plein de petits trucs pour bien voir le col, pour faire les frottis avec les brosses, pas avec les lames, j'aime bien montrer ça aux internes, mais je demande aux gens.

-C : Est-ce que vous avez l'impression que le médecin généraliste puisse s'endurcir au fil des années ? Par s'endurcir je veux dire se protéger en laissant moins paraître ses émotions, en étant plus froid plus distant ?

-I : Je ne crois pas. Non...

-C : Beaucoup de médecins m'ont parlé plutôt d'une adaptation.

-I : Les choses n'ont pas la même importance... Enfin, les choses qui avaient de l'importance il y a vingt ans, n'ont pas forcément la même importance maintenant. Mais à l'inverse... Je sais mieux me protéger de la manipulation des gens, je sais mieux me protéger, parce que ça arrive souvent, de l'agressivité des gens ou de l'injustice, on est parfois maltraité par les gens, qui t'accuse de truc que t'as pas fait, ou dont tu n'es pas responsable, ou vraiment il n'y a pas d'erreur de faite, mais certains ils ont envie de s'encadrer un médecin, ça se voit de temps en temps, ça maintenant c'est terminé, on ne parle plus mal, je n'agresse jamais un patient, je ne lui parle jamais mal, mais s'il commence à monter au créneau, pour un truc que je ne mérite pas, si j'ai fait une erreur alors là oui je fais profil bas et je dis « écoutez je suis navrée, je suis désolée, on va essayer de revoir les choses... ». Mais si je n'ai fait absolument aucune bêtise et que je ne suis pas responsable, et que je sens bien que c'est de la pure agressivité, là maintenant, mais seulement depuis quelques années, c'est terminé, je leur dit « Ecoutez c'est fini, vous ne me parlez pas comme ça, vous sortez du cabinet, vous ne remettez plus les pieds ici », ça m'est arrivé trois ou quatre fois, mais trois quatre fois quand même en quelques années, là, dernièrement, je ne peux plus accepter ça, d'être traité comme un chien je ne peux plus. Alors que quand j'étais jeune, je me sentais tout de suite en faute, donc je me remettais tout de suite en cause, je n'étais pas à l'aise, ça je sais me protéger. Contre celui qui veut obtenir de moi, absolument un arrêt de travail, alors qu'il ne le mérite pas, je sais résister. Contre celui qui voudrait me faire avoir un rôle que je ne veux pas avoir, ou me faire intervenir dans sa famille, je sais résister. Maintenant contre celui qui s'écroule en larmes, une histoire triste, je ne peux pas résister, et puis je ne résisterais pas, et puis le jour où je résiste ça veut dire que je m'en fiche de mon boulot, et que je m'en fiche de la souffrance des gens. Et c'est finit je change de boulot. Donc ça non, non.

-C : Et quand l'interne est là, est-ce que ça modifie l'expression de vos sentiments ?

-I : Du tout, non.

-C : Ni votre ressenti émotionnel ?

-I : Non. Si je devais éclater de rire ou pleurer devant l'interne, je m'en fiche. Si les conditions

étaient telles que... Parfois on en est à ce degré d'émotion chez quelqu'un qui est jeune, qui va mourir, qui est en fin de vie, qu'on va voir, et alors ce n'est pas une honte d'être humain et de ressentir les choses... Non ça ne me gêne pas. Et puis en général, les internes craquent avant moi !

-C : Est-ce que ça modifie votre ressenti émotionnel lors de la consultation lorsque vous voyez que l'interne est touchée ?

-I : Oui sans doute, ça me déstabilise, oui, bien sûr, dès qu'on met de l'émotionnel tout le monde est touché, tout le monde le ressent, moi l'émotion du malade, de l'interne, et même la mienne j'en tiens compte, oui ça peut changer les choses.

-C : Est-ce que depuis que vous êtes maître de stage, vous avez l'impression de réagir différemment émotionnellement vis-à-vis de vos patients ?

-I : Non, non. Ça c'est en prenant de l'âge que je suis différente, pas avec les internes, pas du fait des internes.

-C : Est-ce que ça modifie quelque chose que l'interne soit là, en consultation ou en visites, avec des patients agressifs, ou exigeants ?

-I : Non, parce qu'en fait devant quelqu'un d'agressif ou d'exigeant, l'interne il est un peu sidéré, en fait, parce qu'il ne s'attend pas à ça, il ne comprend pas, quand c'est injuste, et du coup il n'ose pas intervenir, parce qu'il sent bien que ce n'est pas normal ce qui est en train de se passer, donc il n'intervient pas, donc à ce moment-là c'est vraiment une relation à deux.

-C : On va maintenant parler du sentiment de sollicitude, c'est-à-dire le souci de soin envers les patients, est ce qu'il est différent quand l'interne est là ou pas ?

-I : Le souci de soin ? C'est-à-dire l'efficacité que je vais porter aux soins que je vais donner ? Oh ben non, non, pareil.

-C : les synonymes que je donne sont bienveillance, compassion, empathie.

-I : Non, c'est pareil.

-C : Est-ce que quand l'interne est là, ça diffère les démarches que vous pouvez faire pour le patient ?

-I : Non, j'en ferais même peut-être un peu plus, parce que ça me libère un peu de temps. Par exemple, prendre le rendez-vous, si j'ai gagné un peu de temps. Parce que je pense que l'interne me fait gagner du temps, si j'ai un peu plus de temps, et bien je peux proposer aux gens « Est-ce que je vous prend le rendez-vous ? Parce que j'ai quelques secondes de plus ». En tout cas, ça ne leur enlève rien.

-C : Est-ce que vous demandez plus d'avis auprès des spécialistes si l'interne est présent ?

-I : Non.

-C : Et au niveau des pansements, des sutures, est ce que ça change quelque chose ?

-I : Non, moi j'aime bien suturer, mais on n'en fait pas souvent... et je commence à ne plus bien voir, donc c'est vrai que souvent je leur demande s'ils veulent le faire (rire). En général, ils ont l'habitude de le faire, donc non ça ne me gêne pas. En général, les internes sont passés aux urgences, ils connaissent plein de trucs, ils savent suturer, ils aiment bien faire.

Le médecin interrogé a tenu à rajouter ceci en fin d'interview :

-I : Le fait d'avoir un interne pendant la consultation, ça l'humanise, ça devrait toujours être comme ça, comme si il y avait un interne, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune agressivité, c'est pas un rapport de force entre le patient et son malade, c'est vraiment on est en équipe, on essaie de faire quelque chose ensemble. J'ai recherché à faire un travail d'équipe, en bossant dans une crèche, parce que ils avaient proposé, ils cherchaient un médecin. Et puis je me suis dit : « Tiens, c'est l'occasion, j'aurais une infirmière, j'aurais du personnel, ça peut être rigolo. » Et bien je me suis ennuyée, c'était des enfants qui n'étaient pas malades, je n'ai pas les parents, l'enfant ne parle pas parce qu'ils sont tout petits, j'avais l'infirmière qui les

examinaient avec moi mais examiner un enfant qui n'est pas malade, et dont les parents ne sont pas présents, donc je ne pouvais pas savoir son mode de vie, ... ça devient vraiment des numéros, on les déshabillait, et puis on les pesait, les mesurait, je regardais. Mais regarder quoi, chez un enfant qui n'est pas malade ? C'est tout, c'est rien... Ce n'était pas intéressant, donc j'ai arrêté. Donc là encore je recherchais un contact. Je pense qu'on peut s'enrichir tous au contact des uns et des autres, ça j'en suis persuadé, donc on a intérêt de mélanger les âges, les sexes, les générations, les pratiques.

LE GALLO (Anne Gaëlle)-Prévention du burn out par la présence d'un interne au cabinet.
Enquête par entretiens individuels auprès de médecins généralistes maîtres de stage du
Finistère- 114f. , tabl.Th. :Méd. : Brest 2012

RESUME : Le burn out est un thème d'actualité qui touche les personnes venant en aide à autrui.

La notion de déshumanisation est la notion du burn out qui est la moins étudiée dans la littérature. Nous avons voulu rechercher si l'accueil d'un interne par un médecin généraliste maître de stage pouvait diminuer le risque de déshumanisation de la relation médecin-malade.

Huit entretiens semi-structurés ont été réalisés successivement auprès de médecins généralistes maîtres de stage finistériens. Chaque entretien a été enregistré, retranscrit et suivi d'une double analyse chercheur-directeur de thèse afin d'accroître la crédibilité des résultats par triangulation des investigateurs.

Ces entretiens ont permis de corroborer les résultats d'autres recherches rigoureuses et de mettre à jour des éléments nouveaux. Le premier de ces éléments est que la présence de l'interne peut obliger le médecin à plus de contrôle quant à la gestion de son humeur. Le deuxième est que les médecins profitent parfois de l'interne pour appuyer les mesures éducatives et préventives qu'ils préconisent. La troisième est que l'accueil des internes fait parfois fuir des patients et que ce départ est plutôt ressenti comme un soulagement qu'un regret par les médecins concernés.

Ces éléments nouveaux restent à confirmer par de nouvelles recherches. Le concept de déshumanisation émerge difficilement de notre recherche du fait de sa complexité et du manque d'expérience du chercheur et nécessite également de nouvelles études.

MOTS CLES :

BURN OUT

MAITRISE DE STAGE

DESHUMANISATION

SOLLICITUDE

JURY :

Président : M. le Professeur Lejeune

Membres : M. le Professeur Dewitte

M. le Professeur Bail

M. le Docteur Loddé

DATE DE SOUTENANCE :

25 mai 2012

ADRESSE DE L'AUTEUR :

Résidence Lafayette, Bât D01, 13 Bis rue De La Grange, 56700 Hennebont

