HAL
open science

Exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles

Charlotte André

To cite this version:

Charlotte André. Exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03066694

HAL Id: dumas-03066694

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066694v1

Submitted on 15 Dec 2020

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION
UFR SANTE

Année : 2020 N° : 2020LARE049M

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE GENERALE

Exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles.

Présentée et soutenue publiquement le 29 octobre 2020 à 19h30
à La Réunion

Par Charlotte ANDRÉ, née le 28 mai 1991

JURY

Président :
Monsieur le Professeur Jean-Marc FRANCO

Assesseurs :
Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ
Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE *Rapporteur*
Monsieur le Docteur Étienne BON

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Gaétan DUGROSPREZ

Table des matières

Introduction ……..……7

Constat …… 8

I) Des soignants en souffrance…… 8
II) Origine de cette souffrance…….. 9
1) Les causes en lien avec le métier de médecin……9
2) Les causes spécifiques au statut d'interne…….....9
3) Les causes dépendantes de l'individu……...10
III) Les stratégies de défense et leurs limites…….....11
IV) Le burn out et ses conséquences…….....11
V) Moyens de prévention de la souffrance des internes…….....13
1) Outils spécifiques…….....13
2) Outils d'accompagnement…….....13

Matériel et méthode …….....15

I) Le type d'étude…….....15
II) La population …….....15
III) Le recueil des données…….....16
IV) La méthode d'analyse des données…….....17
V) Les critères de validité…….....18
VI) Les critères éthiques…….....19

Résultats …….....20

I) Caractéristiques des entretiens…….....20
II) Caractéristiques de la population…….....20
III) Synthèse des données…….....21
1) Naissance des difficultés et des besoins…….....22
a) Les émotions des internes…….....23
b) L'influence du contexte…….....25
c) Les sources de mise en difficulté de l'interne…….....26
- Les émotions des autres…….....26
- Les limites de l'interne…….....29
- Le manque de formation…….....31
- La charge de travail de l'interne…….....34
2) Les ressources et leurs failles…….....36
a) La communication…….....36
b) La formation……...…….....42
c) L'auto-réassurance …….....43
d) La coupure…….....43
3) Les attentes : idées d'amélioration et de création…….....45
a) Libération de la parole…….....45
b) La formation…….....48
c) Un soutien psychologique ……...…….....50
d) Le temps ……....51

Discussion …….....52

I) Forces et limites de l'étude …….....52
1) Le sujet …….....52
2) Équipe de recherche et de réflexion …….....52
3) Conception de l'étude …….....53
II) Analyse des données confrontées à la littérature et perspectives …….....54
1) Préalable : repérer la naissance des difficultés …….....54
2) Pouvoir en parler : travail sur l'image du pilier …….....56
a) Constat. La communication : une ressource essentielle, pourtant bloquée …….....56
b) Perspectives :
- Un changement global de mentalité …….....57
- Créer des véritables espaces de paroles …….....58
- Instaurer un dialogue avec des psychologues …….....59
3) Être accompagné : un pilier manquant d'étayage …….....59
a) Constat : Un accompagnement par les séniors défaillant …….....59
b) Perspectives :
- Des terrains de stages formateurs …….....61
- Formation des séniors à la pédagogie…….....61
- Formation des internes par des intervenants spécialisés ….....62
4) Être préparé : un pilier aux fondations fragiles …….....62
a) Constat : Un manque de préparation psychologique.....62
b) Perspectives :
- Apprendre à gérer ses émotions …….....63
- Préparation psychologique à vivre des situations complexes …….....64
- Formation à l'accompagnement psychologique du patient et de sa famille …65

Conclusion …….....66

Références bibliographiques …….....67

Annexes …….....72

- Annexe 1 : Invitation de participation aux groupes …….....72
- Annexe 2 : Présentation orale du *focus group* …….....73
- Annexe 3 : Canevas d'entretien …….....74
- Annexe 4 : Points communs de 3 différentes méthodes d'analyse qualitative …….....75
- Annexe 5 : Carnet de route- Évolution des représentations de la chercheuse …….....76

Serment d'Hippocrate …….....78

Résumé …….....79

Table des figures

Figure 1 : Naissance des difficultés ……..... 21

Figure 2 : Les difficultés des internes …….....22

Figure 3 : Difficultés et impact en lien avec les émotions d'autrui …….....28

Figure 4 : Difficultés et impact en lien avec le manque de formation …….....31

Figure 5 : Modélisation globale …….....55

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des participants …….....20

Tableau 2 : Répartition selon les semestres …….....21

Liste des abréviations

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG : Département de médecine générale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

GEASP : Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles

IMG : Interne de médecine générale

MBI : Maslach Burnout Inventory (Échelle d'évaluation du burn out)

OI : Océan Indien (lieux de stage de La Réunion et Mayotte dans ce travail)

PPC : Pratiques psychocorporelles

RSCA : Récit de situations complexes et authentiques

RTT : Réduction du temps de travail

SASPAS : Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.

SUMPPS : Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident un jour de rendre leur blouse parce que c'est la seule possibilité de guérir - au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas non plus obligé d'en crever. »

Martin Winckler, La maladie de Sachs.

Introduction

Dans le monde du travail actuel, la place de l'économie et de la productivité, augmente au détriment de la qualité des relations humaines. De plus en plus de travailleurs souffrent moralement, comme le montre la révolte sociétale actuelle (1). Ceci amène à se questionner sur la relation de l'homme à lui-même et avec son environnement professionnel.

La réalisation d'un diplôme inter universitaire de pratiques psychocorporelles en 2018 et ma pratique professionnelle quotidienne à l'hôpital et en médecine générale m'ont fait me poser de nombreuses questions sur le bien-être des soignants, l'impact de celui-ci sur leurs relations aux patients ainsi que sur les moyens de prévention existant pour le préserver.

Les pratiques psychocorporelles m'ont montré l'importance de l'écoute de soi et de ses émotions pour développer et préserver son bien-être. Le soignant étant avant tout un être humain, il ne peut être dissocié de sa fonction émotive (2).

Comme nous le verrons dans le constat, la souffrance des soignants est fréquente. Ses causes et ses conséquences sont désormais bien connues (3) (4) (5) (6). Nous nous centrerons sur la période de l'internat, un moment crucial, impactant la pratique du futur médecin, mais aussi une période de fragilité comme nous l'expliquerons. Nous explorerons ensuite les moyens de prévention mis en place pour prévenir ce mal-être chez les internes.

À la suite de ces recherches, une question persistait : Comment s'explique la persistance du mal-être des internes (7), malgré les connaissances et les moyens de prévention disponibles ?

L'hypothèse de ce travail était que les internes n'étaient pas suffisamment accompagnés par rapport au vécu de leurs émotions.

L'objectif de cette étude était d'explorer les besoins et les attentes des internes de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions. Pour cela nous les avons questionnés sur les émotions qu'ils ressentaient en situations professionnelles , les ressources qu'ils possédaient face aux difficultés ressenties, puis sur les attentes qu'ils avaient en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions.

Constat

I) Des soignants en souffrance

La souffrance des soignants dans leur vie professionnelle, traduite entre autres par le burn out, est désormais bien connue, chiffrée et médiatisée.

En 2008, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), plus d'un médecin généraliste sur dix serait en détresse psychologique (5).
Dans une revue de littérature réalisée en 2014, il était estimé que 2/3 des médecins généralistes sont stressés au quotidien et que 32 % souffrent d'une maladie anxiodépressive. Cette revue de littérature met aussi en avant que 60 % des médecins libéraux seraient menacés par le burn out, 4 à 6 % auraient présentés des idées suicidaires lors des 12 mois précédant l'enquête et 13 % auraient envisagé le suicide (8).
Dans son étude, Cordonnier montre qu'en France, le taux de décès par suicide des médecins généralistes serait 2,5 fois plus élevé que celui de la population générale (9).
Les chiffres sur le burn out diffèrent selon les études en fonction des critères utilisés. Cependant, ils sont toujours élevés et alarmants.

Ce mal-être touche principalement les métiers d'aide à la personne et particulièrement les médecins généralistes (9) (10).

Il débute tôt dans les études, comme le montre l'analyse de Letourneur et Kolmy réalisée en 2013 sur plus de 4 000 internes, avec plus de 46 % des internes interrogés qui se sentaient menacés par le burn out, 58 % qui présentaient au moins un des paramètres du burn out syndrome (épuisement émotionnel, dépersonnalisation ou accomplissement personnel bas) et 7 % qui étaient en état de burn out (11).
Selon une étude réalisée en 2009 auprès de 215 internes, seulement 5,6 % d'entre eux avaient une absence complète de burn out (3).

Cette souffrance n'est pas récente. Elle a été décrite pour le première fois par le psychanalyste Freudenberger, en 1974. Mais ce phénomène semble plus important qu'auparavant, notamment chez les étudiants en santé (7).

Devant ce constat d'apparition du mal-être au travail précocement dans les études de médecine, nous avons décidé de nous focaliser sur les internes de médecine générale.
De plus, *« c'est pendant l'internat que se construit le médecin de demain. Or, si ses processus, relations ou stratégies sont dysfonctionnels, ils risquent d'handicaper le futur praticien. »* (3)

II) Origines de cette souffrance

Les causes de mal-être en lien avec le travail sont multiples dans la littérature (2) (5) (8) (9) (11) (12).

Pour plus de clarté, nous les séparerons en trois catégories : les causes en lien avec le métier de médecin, celles spécifiques au statut d'interne et celles dépendantes de l'individu lui-même.

1) Les causes en lien avec le métier de médecin

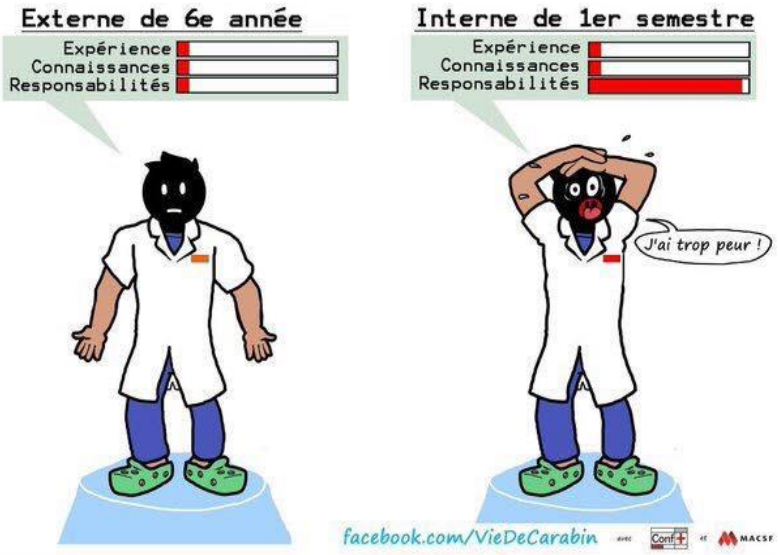
Le métier de médecin est défini comme un métier avec un risque psychosocial élevé (8). Selon l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), ce risque correspond au danger qu'un contexte de travail fait peser sur la santé psychologique d'un travailleur (13).

Chez les médecins généralistes, nous pouvons retenir deux classes d'étiologies à leur mal-être en lien avec le travail :

- Des causes extrinsèques ou organisationnelles : la charge et le temps de travail, la complexité des tâches, la charge administrative, la nécessité du maintien à jour des connaissances et l'autonomie restreinte.
- Des causes intrinsèques, en lien avec l'implication personnelle du médecin : la confrontation à la mort et la maladie, la sollicitation professionnelle et le rôle sociétale, la difficulté à être soi-même patient et à prendre soin de soi et notamment de sa santé psychique, l'isolement ou au contraire le travail en équipe et la gestion des conflits et de la violence.

2) Les causes spécifiques au statut d'interne

L'internat, quant à lui est un moment de particulière fragilité.
Du jour au lendemain, l'externe devient interne avec, en plus de tous les facteurs cités ci-dessus, des grandes responsabilités ; la confrontation avec la réalité du métier de médecin provoquant souvent une désillusion considérable ; et tout cela dans un contexte où les internes interrogés décrivent une solitude écrasante (9) (11) (14) (15) (16).



Vie de Carabins ®

- Responsabilités :

En tant que médecin, l'interne s'occupe du patient, mais aussi de sa famille et prend des décisions au sein de l'équipe soignante. Mais les internes décrivent une ambiguïté de leur rôle avec des importantes responsabilités, un rôle mal limité avec des tâches multiples, une attente de rentabilité mais un manque d'expérience, de reconnaissance et d'accompagnement notable.

- Désillusion :

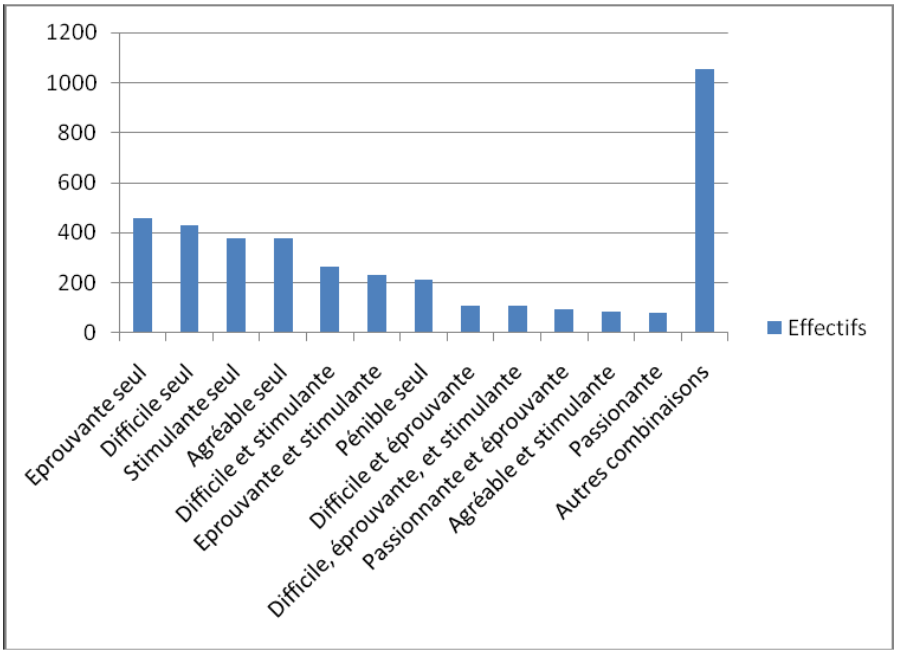
L'image du médecin forgée durant de longues années dans l'imaginaire des étudiants va souvent s'effondrer en se confrontant à la discordance entre un idéal fixé et la réalité quotidienne du métier. Freudenberger décrit un épuisement face à un but souvent inaccessible. L'interne formé pour guérir et dépasser les maux se retrouve face à la souffrance, la mort et les limites de la médecine (4) (8) (9) (11).

- Solitude :

Elle est engendrée par différents facteurs (3) (9) :
- le changement de lieu de vie
- le manque d'accompagnement par la faculté et les médecins seniors
- la formation par des soignants eux-mêmes en souffrance
- un manque de reconnaissance individuel, institutionnel et sociétal.

3) Les causes dépendantes de l'individu

Pour finir, les facteurs dépendants de chaque individu varient en fonction de ses ressources personnelles existantes (entourage, activités extra professionnelles), du décalage entre les valeurs morales de l'individu et les exigences imposées par la profession, de sa capacité d'adaptation et de son état psychologique de base.



Qualificatifs utilisés par les internes pour décrire la période de l'internat (11)

III) Les stratégies de défense et leurs limites

Face à ces agents stressants, provocateurs d'émotions intenses, les individus réagissent différemment pour les gérer.
Selon Lazarus et Folkman (17), les stratégies d'ajustement, ou *coping* en anglais, désignent l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux qu'un individu interpose entre lui et un évènement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique (18).
Elles sont très variables d'un individu à un autre, et une même personne en possède de nombreuses car il est confronté à des situations très différentes.

Selon Daloz, ces stratégies d'ajustement sont des mécanismes de défense, montrant que le sujet ne perd pas son idéal passivement, mais qu'il se défend pour tenter de poursuivre à l'identique, sans s'adapter (4).

Il existe dans la littérature trois types de *coping* :(10) (12) (16) (18)

- Les stratégies centrées sur la résolution du problème.
  C'est l'ensemble des efforts entrepris pour affronter une situation en augmentant ses ressources : recherche d'informations, esprit combatif, l'acceptation de la confrontation, le contrôle de la situation en analysant et planifiant les conduites …

- Les stratégies centrées sur la régulation émotionnelle.
  C'est l'ensemble des stratégies effectuées pour contrôler la tension émotionnelle induite par une situation : prise de distance, minimisation des menaces, la réévaluation positive, la maîtrise de soi notamment via la pratique du sport, l'alimentation et les addictions.

- Les stratégies centrées sur la recherche de soutien social

Mais quelques soient les stratégies mises en place, si elles ne sont pas ajustées, le soignant va développer des mécanismes de défenses pathologiques qui vont l'entraîner vers un repli sur lui-même et un mal être grandissant (6) (12) (19).

IV) Le burn out et ses conséquences

Maslach décrit le burn out comme la présence et/ou l'association d'un épuisement émotionnel, d'une dépersonnalisation et d'une diminution de l'accomplissement personnel (20).

Au niveau individuel, cela se caractérise par le sentiment d'être « vidé émotionnellement » avec une répercussion sur l'énergie physique. La personne recherche l'isolement physique mais aussi psychique en ayant des attitudes de rejet, afin de tenter de se préserver émotionnellement (11).

Une prévalence plus élevée de troubles du sommeil, des comportements alimentaires et de la consommation de toxiques et psychotropes est démontrée chez les internes en souffrance (3) (9) (11) (21).

Enfin, l'interne aura tendance à se dévaloriser et à perdre confiance en lui, une des conséquences du burn out étant la dépression, pouvant aller jusqu'au suicide.

Vie de Carabins ®

La relation que le soignant entretien avec les autres et notamment à ses patients en est fortement impactée.
L'interne a alors des difficultés à être en relation à l'autre avec des capacités d'écoute fortement altérées. Or, comme le dit Balint : « *la réponse du médecin aux symptômes du malade est un facteur de très grande importance dans l'évolution de la maladie* » (22).

De plus, l'interne en souffrance peut avoir tendance à déshumaniser ses patients, avec des attitudes allant jusqu'au cynisme, au rejet voire jusqu'à la maltraitance (11).
Selon la thèse de Gallice, 17% des médecins interrogés disent que depuis leurs débuts, ils sont devenus nettement moins sensibles envers leurs patients, 6% ne se soucient pas de ce qui peut arriver à leurs patients, 4% traitent certains patients comme s'ils étaient des objets impersonnels (8).

Pour finir, la société peut être elle-même affectée par ce mal-être. Différentes études montrent qu'en moyenne 30% des médecins généralistes envisagent une reconversion professionnelle et que ceux-ci présentent des scores élevés de burn out syndrome. L'absentéisme et la crise de vocation des futurs médecins généralistes sont des conséquences de ce mal-être, avec un impact économique et organisationnel notable (11).

Devant l'impact de la souffrance de l'interne à la fois sur lui-même, sur la relation qu'il entretient avec ses patients et au niveau sociétal, nous nous sommes questionnés sur les moyens mis en œuvre pour éviter l'apparition de cette souffrance.

V) Moyens de prévention de la souffrance des internes

Selon l'OMS, la prévention primaire correspond à l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie. Il s'agit d'action en amont, visant à éduquer et informer ainsi qu'à diminuer les causes et les facteurs de risque d'une maladie.

Nous nous intéresserons ici aux moyens de prévention primaire, afin de préserver le bien-être des internes de médecine générale de l'Océan Indien.

1) Outils spécifiques

Dans une étude réalisée en 2017 à la demande du ministère des Solidarités et de la Santé, le Dr Donata met en lumière le rôle central de l'accompagnement psychologique des étudiants en médecine pour préserver leur bien-être (7).

A La Réunion, il existe dans ce cadre-là, le Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Ce service propose notamment des consultations médicales et des rendez-vous avec un psychologue. Elle a pour axe principal l'accueil et l'écoute (23).

Depuis 2018 des ateliers de gestion du stress sont proposés par une psychologue et une diététicienne, dans le secteur Nord. C'est un espace d'expression de ses difficultés et une ouverture à des pratiques psychocorporelles comme la méditation, le yoga ou le Qi Gong.

À Mayotte, il n'y pas de structures dédiées à l'accompagnement psychologique des internes.

2) Outils d'accompagnement

Préserver le bien-être des internes passe aussi par une formation adaptée avec un rôle central de la faculté pour l'accompagnement des internes (3) (4) (12) (24).

Depuis la réforme du 3ème cycle des études médicales en 2004, le paradigme d'apprentissage a vu jour, faisant place au paradigme d'enseignement. Cela dans le but de centrer la pédagogie sur l'étudiant. Dans cette nouvelle pédagogie les étudiants construisent leurs connaissances à partir des questions qu'ils se posent, en interaction avec leurs professeurs et avec leurs pairs (25) (26).

En pratique, les facultés ont mis en place différentes outils : les cours, les groupes d'échange de pratique, les travaux d'écriture clinique , le portfolio et le tutorat.

a) Les cours

Les cours de la faculté de La Réunion, permettent l'apprentissage par la résolution de problèmes, avec des cours basés sur le travail des situations vécues par les internes (27). Ils abordent entre autres la notion de complexité et d'incertitude dans le soin.

b) Les récits de situations complexe et authentique (RSCA) et le portfolio

La rédaction des RSCA dans le cadre du portfolio fût développée en 2005 dans l'Océan Indien.

L'objectif de ces écrits est de développer la réflexivité de l'étudiant.
Celle-ci est provoquée par un événement qui induit un doute, une perplexité ou une incertitude et qui conduit un individu à rechercher une explication et des solutions (26).

Il s'agit d'un exercice d'autoévaluation et d'autoformation utile pour progresser et améliorer ses pratiques. Il permet aussi dans le cadre de l'examen de validation du DES d'évaluer les compétences acquises tout au long du cursus de l'interne (27).

c) Les Groupes d'Entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles (GEASP)

Débutés en 2011 dans l'Océan Indien, ce sont des groupes d'échange de pratique (27).

Ce sont théoriquement des lieux d'écoute et de parole, en présence d'un tuteur médecin formé, qui met en retrait son savoir pour aider la personne qu'il accompagne à verbaliser son action, afin qu'il accède au mieux à l'organisation et au sens de celle-ci (28) (29). Les réflexions issues de ces groupes permettent l'élaboration d'hypothèses de compréhension et d'action pour ensuite développer des compétences et viser une amélioration des pratiques.

d) Le tutorat

Le tutorat, individuel dans l'Océan Indien, a vu jour en 2015. Il est réalisé en fin de séances de GEASP par le médecin les animant. Le tuteur est aussi disponible par courriel et téléphone.

Les objectifs principaux de ce tutorat sont l'évaluation des compétences dans le but de la certification, l'accompagnement à l'apprentissage par la recherche individuelle et l'aide à la rédaction des RSCA (26).

Le tutorat permet aussi théoriquement des entretiens privilégiés et réguliers tuteur/tuteuré ainsi que la présence d'un interlocuteur de choix en cas de difficultés rencontrées au fil des trois années de formation (11).

Devant ce constat d'une incidence et de prévalence forte du mal-être de l'interne ; devant l'impact de celui-ci sur l'interne et sur sa relation au patient, il nous semblait primordial de se questionner sur la suffisance des moyens de préventions primaires mis en place.

- ⇨ Quels sont les besoins et les attentes des internes de médecine de générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles ?

Matériel et méthode

I) Le type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative en utilisant principalement les principes de la théorisation ancrée et en s'appuyant aussi sur l'analyse inductive générale (anciennement thématique) et l'analyse phénoméno-pragmatique.

II) La population

1) Population, critères d'inclusion et d'exclusion

Pour cette étude, nous avons pris pour population cible les internes de médecine générale de l'Océan Indien.

Pour pouvoir être inclus, les internes devaient être en médecine générale et réaliser leur internat dans l'Océan Indien. Les internes de tous les semestres pouvaient participer.

Les internes ayant fini l'internat devaient être exclus de l'étude. Cependant, un groupe test a été réalisé avec des jeunes médecins. L'analyse des données de ce groupe ayant apporté de nombreuses informations, il a été décidé de les inclure dans l'analyse.

Par la suite, les personnes ayant fini l'internat ont été exclues.

2) Recrutement et échantillonnage

Le recrutement des internes s'est fait sur la période de janvier à avril 2020, via une invitation à la participation aux groupes, diffusée sur Facebook® et par courriels à tous les internes de médecine générale de l'Océan Indien (Annexe 1). Des relances ont été réalisées régulièrement.

De plus, la démarche de recherche était explicitée à la fin de cours universitaires par la chercheuse, qui proposait la participation aux groupes.

Pour la composition des groupes et afin de favoriser la diversité, nous avons utilisé une méthode d' échantillonnage raisonné. Nous avons cherché à faire participer dans un même groupe des internes de tous les semestres et nous avons évité de faire participer des personnes se connaissant entre elles afin d'éviter au maximum toute influence d'opinion.

III) Le recueil des données

« Écouter n'est jamais facile. Cela exige un certain silence intérieur et une disponibilité à ce qui est, à ce qui se présente à soi » (30)

1) Le ***focus group*** et leurs déroulements

Nous avons choisi d'utiliser la méthode du *focus group*, ou d'entretien collectif, pour recueillir nos données. C'est une technique d'entretien semi-structuré, qui s'appuie sur un canevas d'entretien. La réponse des participants aux questions et le débat qui en découle, permet d'évaluer les besoins, attentes et de comprendre les opinions.

Les entretiens ont été menés par Anne Crépin, neuropsychologue, formée à l'animation de groupe.
Elle intervenait dans le groupe en tant qu'animatrice, et non en tant que psychologue.
Dans le premier groupe, elle a précisé son métier de psychologue, puis nous avons choisi de ne pas le taire pour les groupes suivants, afin de ne pas influencer leurs propos.
L'animatrice avait pour objectif de dynamiser le groupe, de rappeler les objectifs de la séance régulièrement et de recadrer le débat si besoin. Elle faisait de plus des synthèses régulières des points abordés, et invitait le groupe à les valider.
Elle ne présentait aucun lien d'intérêt avec la recherche, à part un attrait personnel pour le sujet et un désir d'aider la chercheuse.

La chercheuse se positionnait comme observatrice. Elle se maintenait à l'écart et prenait des notes sur le comportement non verbal des participants. Elle pouvait intervenir en fin de séance pour poser des questions afin d'éclairer certains points.

Le dernier groupe, en raison du confinement, s'est déroulé par visio-conférence et a été animé par la chercheuse elle-même.

En début de séance, l'animatrice du groupe présentait le sujet au groupe et le principe du *focus group*. (Annexe 2)

À la fin du séance, nous avons recueilli les données socio-démographique des participants, et un espace pour l'expression écrite était disponible pour accueillir les ressentis sur la séance.

Il était proposé aux participants d'accéder à la retranscription du *focus group*.

Enfin, nous laissions à disposition des participants des papiers avec les coordonnées de la chercheuse, de l'animatrice et des services de médecine préventive de l'île en cas de besoin d'un accompagnement individuel à la suite de ces groupes.

2) Canevas d'entretien

Le canevas d'entretien a été rédigé en fonction des données de la littérature et des points d'intérêt que souhaitait développer la chercheuse.

Il a été modifié légèrement entre chaque *focus group*, afin de clarifier les questions et de permettre la réponse aux hypothèses émises en cours d'analyse des données.

Il contenait 4 questions principales et des questions de relance.

Pour évaluer les besoins et les attentes des internes en situation professionnelle, il était important de recontextualiser ces moments. Il était demandé aux internes de raconter une situation professionnelle vécue et d'exprimer les émotions qu'ils avaient ressentis durant cette situation. Ils étaient ensuite questionnés sur leurs ressources actuelles, leurs besoins et leurs attentes.

La dernière version du canevas est présentée en annexe. (Annexe 3)

IV) La méthode d'analyse des données

1) Choix du type d'analyse

L'analyse a été faite principalement par théorisation ancrée, mais en utilisant une attitude phénoménologique et la rigueur descriptive du codage thématique de l'analyse inductive générale. Ces 3 méthodes ont des étapes partagées, comme présenté en annexe. (Annexe 4)

L'analyse inductive générale, est un procédé de réduction des données d'un corpus sous forme de thèmes. Ce travail plutôt descriptif qu'interprétatif, consiste à saisir et rendre l'essentiel du propos (31).
Nous avons gardé de cette méthode le procédé de codage descriptif en essayant d'être objectif afin de retirer des données le plus d'informations possible et de laisser la chercheuse se faire surprendre par de nouvelles informations.

L'analyse phénoméno-pragmatique quant à elle permet de dégager l'essence d'une expérience vécue (32). Elle vise à étudier la manière dont les individus interprètent le monde et à révéler les explications profondes issues de leur expérience subjective (33).
Nous avons utilisé dans ce travail de thèse l'attitude phénoménologique, afin de travailler sur l'influence des émotions ressenties sur le vécu et les représentations.
L'attitude phénoménologique doit être présente à toutes les étapes de la recherche avec notamment une écoute attentive des témoignages, sans tenter « de les faire parler », mais également avec la reformulation phénoménologique durant l'analyse des données qui permet de questionner les données afin d'en faire ressortir une description authentique (31).

« Comprendre c'est perdre un peu de soi pour gagner un peu de l'autre, accueillir l'inconnu pour se dégager du connu ». (30)

Pour finir, la théorisation ancrée permet de dégager le sens d'un événement, de lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, et de renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière (30).
L'analyse par théorisation ancrée est une démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène, en s'assurant constamment de son étroite correspondance avec les données.

En théorisation ancrée le chercheur se situe dans un processus de questionnement, plutôt que dans une démarche de codification. Le geste fondamental de ce type de démarche est une demande constante de compréhension (30).

2) Protocole de l'analyse

Les données ont été retranscrites manuellement sur ordinateur par la chercheuse, directement après chaque séance. Le langage corporel transcrit à part a permis de mieux cerner certains propos.

Directement après chaque retranscription, le travail de codage manuel a débuté afin de permettre d'adapter le canevas d'entretien, le travail de théorisation nécessitant un aller retour constant entre la théorie en construction et les données.

Le codage a été réalisé en 2 étapes : un codage descriptif issu de l'analyse inductive (lecture focalisée, niveau d'inférence faible) et un codage explicatif issu de l'analyse phénoménologique (recontextualisant) (31) (34).

Ces codes ont été ensuite regroupés en catégories, avec des propriétés spécifiques. Cette étape permet de placer les données codifiées dans un contexte explicatif plus large et plus abstrait et d'aller « au-delà » de ce que les données brutes disent a priori (34) (35).

En parallèle de ce travail la chercheuse a réalisé un journal de bord, afin de mettre sur papier toutes les idées qu'elle avait à l'écoute des *focus group* ou durant les lectures des entretiens.

Nous avons ensuite mis en relation les différentes catégories, en cherchant les ressemblances, les dépendances, les liens hiérarchiques et en travaillant sur l'intensité de ces liens (32) (36). Le but de cette étape était d'affiner et de dynamiser l'analyse, afin d'enrichir et de nuancer les résultats.

Nous avons ensuite modélisé les résultats, afin de restituer leurs sens dans un schéma global dynamique. Le but de cette étape est de montrer la «multi dimensionnalité» et la «multi causalité» du phénomène étudié (32).

V) Les critères de validité

1) Validité interne

La triangulation des méthodes d'analyse des données, la réalisation d'un groupe test et l'animation des groupes par une tierce personne ont été utilisées afin d'augmenter la validité interne de ce travail.

Il était aussi proposé aux internes de relire la retranscription des données du groupe auquel ils avaient participé.

La rédaction d'un carnet de route avec les idées préconçues de la chercheuse et du journal ont permis aussi de tendre à une plus grande authenticité de l'analyse.

Nous avons utilisé les critères « *Consolidated criteria for reporting qualitative research* » (COREQ) tout au long de ce travail (36).

2) Validité externe

L'échantillonnage raisonné et l'utilisation de critères de diversité permettaient d'augmenter la validité externe de ce travail (37).
Le nombre d'entretiens a été conditionné par la recherche de la saturation théorique des données.

VI) Les critères éthiques

Un consentement écrit a été signé par tous les participants en début des *focus group* leur garantissant le respect de leur anonymat durant tout ce travail de thèse.

Les données ont été anonymisées lors de la retranscription en utilisant des codes pour identifier les participants. Tous les noms cités ont été codés.

Une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et au délégué à la protection des données de l'université, conformément au Règlement général sur la protection des données, ont été réalisés.

Ce travail ne nécessitait pas de déclaration au Comité de protection des personnes selon la loi Jardé.

Résultats

I) Caractéristiques des entretiens

Les groupes se sont déroulés entre le 30 janvier et le 19 avril 2020, en soir de semaine, dans des lieux calmes. Ils ont duré en moyenne 1h30. Un groupe a été réalisé par visioconférence et animé par la chercheuse elle-même en raison du confinement.

Nous avons réalisé 4 groupes, avec 19 participants au total. Il y a eu entre 4 et 5 participants dans chaque groupe.

La saturation des données a été atteinte avec le 3ème groupe et vérifiée par la réalisation du 4ème *focus group*.

II) Caractéristiques de la population

Tableau 1. Caractéristiques des participants

Participants	Genre	Âge (années)	Situation familiale	Semestre en cours	Cursus spécifique
1	F	30	Mariée, enfant	Remplaçante	Autre profession auparavant
2	H	28	Célibataire	Remplaçant	
3	H	29	Couple	Assistant	DESC urgence, 1 DU
4	H	30	Marié	Remplaçant	1 inter CHU, 1 master
5	F	27	Couple	6ème semestre	1 disponibilité
6	H	26	Couple	5ème semestre	
7	F	28	Couple	5ème semestre	
8	F	26	Couple	3ème semestre	
9	H	26	Célibataire	3ème semestre	
10	H	41	Couple, enfants	3ème semestre	Autre profession auparavant
11	F	27	Couple	3ème semestre	
12	F	25	Célibataire	1er semestre	
13	F	24	Couple	1er semestre	
14	F	23	Couple	1er semestre	
15	F	27	Mariée, enfant	4ème semestre	
16	H	29	Célibataire	5ème semestre	1 master
17	H	30	Couple	3ème semestre	
18	F	27	Célibataire	3ème semestre	
19	F	26	Couple	3ème semestre	

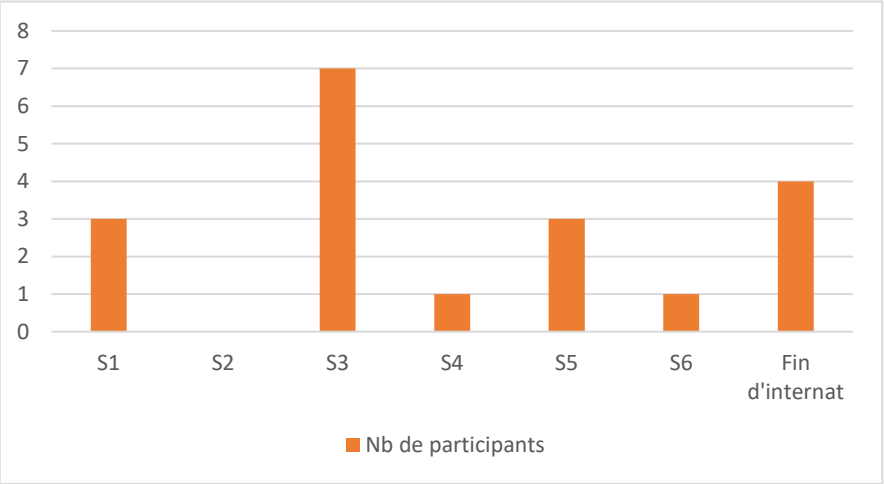
Parmi les 19 participants, il y avait 11 femmes et 8 hommes.

L'âge moyen des participants était de 27,7 ans.

Tous les internes interrogés avaient réalisé au moins un stage en médecine générale. Les 3 internes en premier semestre étaient en cours de stage niveau 1 en cabinet.

La répartition selon le semestre en cours de réalisation est présentée ci-dessous :

Tableau 2. Répartition selon le semestre

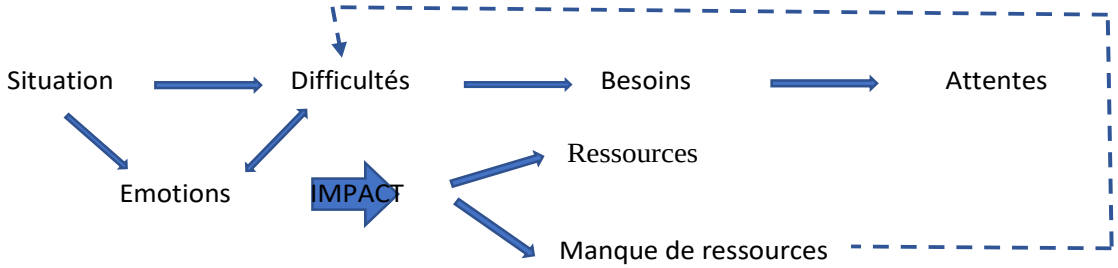


III) Synthèse des données

Les besoins et les attentes des internes de médecine générale s'articulent par rapport à leurs vécus des situations professionnelles et les émotions ressenties dans ces moments.

Face aux difficultés ressenties, les internes ont accès à des ressources ou ont mis en place des moyens de faire face. Cependant les limites de ces ressources, sont elles-mêmes aussi sources de difficultés, engendrant ainsi un cercle vicieux

Figure 1. Naissance des difficultés



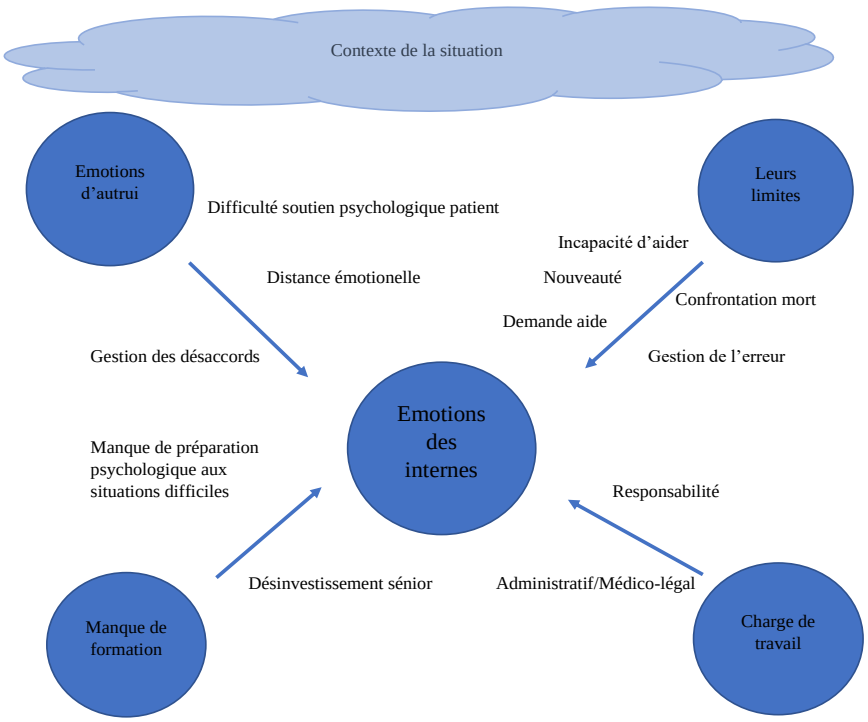
Nous exposerons dans un premier temps les sources de difficultés et donc les besoins ressentis par les internes en situations professionnelles, puis leurs ressources actuelles et leurs limites. Nous finirons par étudier les modifications proposées par les internes pour améliorer leur accompagnement en matière de gestion de leurs émotions.

1) Naissance des difficultés et des besoins

Les difficultés ressenties par les internes en situations professionnelles vont être modulées par 4 facteurs principaux : les émotions des autres acteurs de la relation de soin (le patient, sa famille, l'équipe soignante et le chef encadrant, appelé senior) , les limites propres à l'interne, leur formation et leur charge de travail.

Les principales difficultés, dont émergent les besoins, sont représentées sur le schéma ci-dessous.

Figure 2. Les difficultés des internes



a) Les émotions des internes

- Caractéristiques des émotions

Il était demandé aux internes de raconter une situation vécue, sans préciser un type particulier de situation, et d'exprimer les émotions qu'ils avaient ressenties durant celle-ci.

Spontanément tous les internes ont raconté des situations où ils avaient été en difficulté, en exprimant des émotions à connotations « négatives ». Un seul participant (O1) évoquait qu'il existait des situations à connotations positives, mais expliquait que ce n'était pas elles qui venaient en premier quand on demandait de raconter une situation.

Les émotions revenant le plus fréquemment étaient la solitude (10 internes sur 19), la colère ou l'énervement (10/19), suivi de la tristesse (9/19) puis la culpabilité (8/19) et de l'impuissance (6/19).

Les émotions qu'ils exprimaient étaient intenses :
« *C'est hyper fort …émotionnellement.* » (O1).

Ils utilisaient souvent des métaphores montrant la vivacité de leurs ressentis :
« *J'ai eu un bon retour de flamme* » (V2)
« *Je l'avais encore, assez à vif, en moi quoi*. » (O1)
« *J'ai eu un peu la chape de culpabilité qui m'est tombé dessus, en mode : " Je viens de faire une connerie monumentale."* » (C4)
« *Pendant 2h c'était l'enfer* » (S2)

D'autres au contraire, avaient tendance à utiliser les termes minimisant leurs émotions. Par exemple S1 parle d'« *une situation assez simple* », alors qu'il va nous raconter par la suite une situation complexe dans laquelle il a été mis en difficulté. De même S4 nous parle de sa « *petite situation* » durant laquelle elle était très inquiète pour le risque suicidaire élevé de son patient.

C4 quant à elle, a utilisé l'ironie : « *OK c'est cool, victime de viol* ».

Il est intéressant de noter que plusieurs internes étaient assez contradictoires par rapport au ressenti de leurs émotions :
« *Moi j'ai pas eu beaucoup de culpabilité, mais surtout… En fait je m'en voulais …* » (V2) « *Moi quand il y a des choses qui me posent problème, il y en a pas 36 ... mais bon. Mais il y a souvent des choses qu'on ramène à la maison* » (O1)

- Impact des émotions

Les situations choisies étaient qualifiées le plus souvent de *« marquantes »* (7 participants) ou de *« compliquées »* (3 participants). À l'extrême, des internes pouvaient les décrire comme *« dramatiques »* (C1), voir *« atroce »* (C4).

Les internes étaient touchés intimement par ces situations :
« *Quand je suis sortie de l'hôpital, j'ai fondu en larmes j'en pouvais plus. « … » Enfin j'ai été choquée quoi! J'étais complètement choquée* » (S2)
« *Je l'ai vraiment pas bien vécu.* » (S4)

- Des internes marqués dans le temps

Certains internes racontaient avoir du mal à passer outre ces émotions :
« *Il y a souvent des choses qu'on ramène à la maison* » (O1)
« *Y'en a qui arrivent à couper, moi par exemple j'y arrive pas quoi. Souvent ça, ça revient …* » (O3)

D'autre part les internes semblaient être marqués durablement dans le temps. En effet la moitié des situations racontées, se déroulaient en 1er semestre d'internat ou en 1er stage hospitalier, celui-ci étant décrit comme un l'équivalent d'un premier semestre d'internat.(C2, C4)

Sur ces 9 situations, 5 s'étaient déroulées à distance du moment actuel.

« *C'est des émotions qui se sont étalées dans le temps*. » (V4)
« *C'était quand même plusieurs mois après. « … » j'avais encore besoin d'en parler.* » (O1)
« *Je l'ai gardé en tête pendant un petit moment, ça m'a perturbé. Ouais… j'étais pas bien.* » (C1)
« *Mais bon c'est quand même une pression, qu'on a du mal à oublier après*. » (S2)

- Un impact sur leur pratique

À court terme les internes pouvaient avoir du mal à retourner travailler (O3,O4 et S2) : « *Après, j'ai eu du mal à reprendre le service. Aller gérer les urgences après cette situation ...* » (S2)

Au long terme, les émotions qu'ils avaient ressenties pouvaient influencer leur pratique. Pour certains, le vécu de ces situations leur avait permis de progresser :
« *J'ai l'impression quand même, d'avoir … sur ma 1ère année d'internat, largement progressé, sur précisément les gestions de ces situations difficiles.* » (O1)

Pour d'autres, ces ressentis ont provoqué une anticipation négative des situations …
« *Ben quand t'as un patient qui revient pour les mêmes motifs qu'une situation qui t'a marqué, forcément tu dis … ça va partir dans ce sens* » (O2)

… une stagnation des difficultés, voire une aggravation :
« *Parce que finalement ça m'a pas trop appris, parce que y'a toujours des situations où je me sens coupable et y'a toujours des situations … « ... » j'ai toujours pas réussi à prendre du recul quoi. C'est souvent, même pour des trucs un peu moins graves …* » (O3)

Enfin, O1 qui décrivait avoir progressé avec le temps dans la gestion des situations difficiles raconte ensuite :
« *J'ai l'impression que ça me sert parce que j'ai appris à les gérer ces émotions là, mais … a contrario vu que j'ai tendance à les occulter j'ai peur de basculer dans le cynisme et de même plus les percevoir mes émotions, à certains moments.* » (O1)

b) L'influence du contexte

- Lieu de stage : CHU VS médecine générale

Sur les 19 situations, 12 se déroulaient au CHU et 7 en médecine générale.

Il était décrit que « *certains stages sont plus difficiles que d'autres* » (S2), avec notamment une difficulté prédominante à l'hôpital, en lien avec la hiérarchie (C3) ou les difficultés de communication (S2, C3) .

Au contraire, la communication semblait plus aisée en médecine générale (C3 et S3).

Les internes racontant des situations en lien avec Mayotte décrivaient des difficultés en lien avec des *« patients lourds, compliqués »* (S2) ou la fréquence des agressions sexuelles (C3 et C4) ou encore la *« barrière de la langue »* (C4) et la « *différence de culture* » (S5).
Ces points n'étaient pas mis en avant à La Réunion.

- Moment de la situation

La moitié des situations se déroulaient en temps de travail avec des effectifs réduits (garde, astreinte, manque de personnel).

Six situations se déroulaient lors de gardes de nuit. Les internes décrivaient un impact sur la prise en charge en fonction des horaires de travail (V1, V2 et C4) :
« *C'était la fin de garde, je me sentais ... en fait je commençais à regarder la montre en me disant c'est fini. « … » Et du coup, j'avais peur d'avoir un manque de patience aussi. Du coup je me sentais pas en pleine ... enfin pas assez bien dans ma tête à ce moment. Ouais, 6h du mat', j'étais complètement claquée et je me disais que j'étais peut-être pas réceptive et que j'allais pas avoir le comportement adapté pour cette patiente.* » C4
« *Je pense que effectivement à 19h, je me serais peut-être un peu plus battue « … » C'est vrai que clairement l'horaire a joué.* » (C4)

- Caractéristique de la pathologie et du patient

Dix situations étaient en lien avec des maladies *« graves »,* dont 6 situations aboutissaient sur le décès du patient.

Neuf situations décrivaient une dégradation « *brutale* » de l'état du patient.

Sept situations touchaient des patients jeunes.

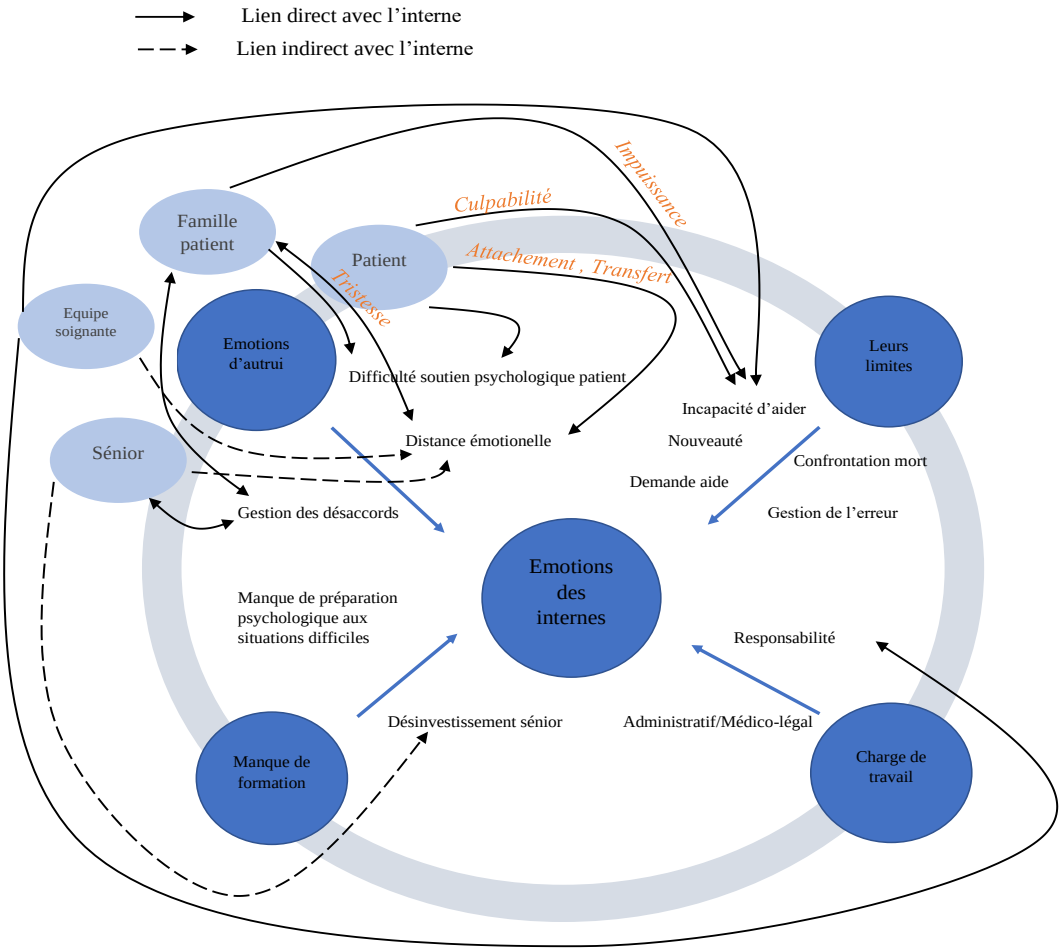
Le contexte de la situation et le type de pathologie influençaient donc le ressenti des internes.

Cependant, le vécu des situations ne varie pas seulement en fonction de cela. Il est modulé par de multiples facteurs, s'intriquant les uns aux autres, dans un schéma riche et complexe.

c) Les sources de mise en difficulté de l'interne

- Les émotions des autres

Figure 3. Difficultés et impact en lien avec les émotions d'autrui



Face aux émotions d'autrui (le patient et sa famille, l'équipe soignante et le senior) les internes exprimaient différentes difficultés : gérer la distance émotionnelle, soutenir le patient ou sa famille ou encore gérer des désaccords.

➢ La distance émotionnelle :

Les internes racontaient avoir été formés à « *ne pas prendre à cœur* » (V2 et S5) et à mettre entre eux et le patient une certaine distance : la barrière médecin-patient.

Cependant dans leurs récits, une source fréquente de difficultés provenait de leur implication émotionnelle.

« *Enfin tout ce que je sais en tout cas, ce que j'ai fait et qui n'est pas conseillé, c'est que … on avait déjà cassé la barre.* » (V2)
« *Mais moi j'ai carrément ...je pense qu'il y a un moment j'étais dans la sympathie* » (S5)

Mettre une distance entre leurs émotions et le patient semble être ce qu'il considère comme la norme :
« *Mais au fond de moi, j'essaye d'être… normale! Face à la mère, de ne pas montrer que ça me trouble un peu* »(V2)
« *Et comme on est professionnel, on n'est pas censé forcément les faire apparaître ces émotions.* » (V4)

Mais une norme difficile à atteindre et à mettre en pratique :
« *J'ai perdu un peu mes moyens entre guillemets, mêmes si j'ai essayé de rester professionnelle.* » (C5)
« *La patiente qui était suffisamment forte pour pas s'effondrer et m'emmener avec elle !* » (S1)

En effet, une des émotions les plus exprimées parmi les internes était la tristesse, en lien avec leur patient. 9 internes sur 19 exprimaient l'avoir ressentie durant la situation racontée. Le partage des émotions des patients était une cause importante de mise en difficulté des internes :
« *Il y a un moment, j'ai eu une vague de pitié… et de partage de la tristesse de cette femme-là. « … » on pouvait imaginer l'amertume, le regret…* » (S1)
« *Et du coup, c'était un truc un peu compliqué personnellement, surtout avec la mère qui était triste...Juste d'en reparler, ça me ...* (*larmes aux yeux*) » (V3)

La mise à distance de leurs émotions était d'autant plus dure que l'interne connaissait le patient ou sa famille (V2,V3, O2, O3, S1, C2), ou s'ils pouvaient s'identifier à ce dernier :
« *Surtout que tu vois, elle avait mon âge donc ... Enfin clairement, c'est facile de s'asseoir et de s'imaginer à sa place. Tu te dis que ça aurait clairement pu t'arriver à sa place.* » (C4)
« *Et puis il était attachant, donc forcément tu t'identifies … je me souviens, je suis rentrée samedi aprèm : j'ai appelé mon père ! 50 ans, tu t'identifies forcément.* » (O2)

Ce partage d'émotions n'était pas une source de difficulté seulement pour l'interne :
« *Ça faisait une semaine qu'il était rentré, donc toute l'équipe soignante s'était attachée à lui, toutes les infirmières étaient en pleurs. « … » Tout le monde était effondré en fait.* » (O2)
« *Je pense que mon maître de stage était… peiné de la situation aussi. Et je voyais qu'il était mal.* » (C1)
« *Et en fait le 2ème urgentiste, « … », elle a un peu paniqué, et en fait elle est partie se planquer, clairement.* » (C2)

Nous verrons que les émotions de ces autres acteurs pourront influencer ou influer sur l'interne en lui rajoutant des responsabilités ou en le culpabilisant.

L'interne doit donc gérer ses émotions, mettre de la distance avec celle du patient et de sa famille et parfois essuyer les conséquences de celles des autres soignants.
« *Donc toi tu essayes d'éponger un peu les émotions des infirmières, en les rassurant, en disant qu'elles ont bien travaillé.* » (O2)

« *Tous les gars qui travaillent à l'hôpital, qu'ils soient seniors ou machin, et qui ont un problème d'ego de près ou de loin, en fait c'est nous qui allons éponger en fait. « … » On est là pour qu'ils se sentent bien dans leur peau, on est leur faire-valoir, on est là pour quand ils sont pas bien, quand ils ont besoin de gueuler sur quelqu'un.* » (C2)

Il est intéressant de noter ici l'utilisation de la métaphore avec l'éponge : qui ramasse les déchets et absorbe … les émotions.

- La gestion des désaccords :

Les internes pouvaient avoir du mal à gérer des conflits avec le patient (S3) ou sa famille (V5). Ils pouvaient avoir la sensation d'une attaque personnelle : « *Écoutez si vous venez c'est que… un peu de respect !* » (S3).

Mais les désaccords les plus fréquents, concernant 6 internes sur 19, étaient ceux avec le senior encadrant l'interne :
« *Je ne comprenais pas la décision de ma chef* » (O1)
« *En fait j'étais totalement en décalage avec mon médecin* » (S3)

À cet égard les internes exprimaient leur difficulté à exprimer leur désaccord :
« Et ça je trouve que c'est le problème de la supervision directe: quand on n'est pas en accord avec le maître de stage, on peut pas aller contre lui. Donc forcément on doit rien dire. » (S4)
« *Parce que j'en ai parlé après… ça n'a pas fait de déclic… Enfin j'allais pas rentrer en conflit…* » (S4)
« *C'est compliqué de dire au médecin :" Non non je suis pas d'accord ! " Même si c'est assez grave, c'est compliqué* » (S2)
« *Et en général quand ça se passe mal, ben t'oses pas trop le dire.* » (S3)
« *J'aurais vraiment dû tenir tête au chef, même si au final il avait des arguments convaincants.* » (C4)

- Difficulté au soutien psychologique des patients :

Face aux émotions des patients ou de leur famille, les internes pouvaient se sentir en impuissants :
« *Je savais plus, enfin, j'arrivais pas à aider la mère…* » (V3)
« *Mais je pense, que tu vois, il y a des mots, peut-être des mots clés. Des choses à sortir etc. pour essayer de rassurer. D'amener les gens. Et ça on n'y est absolument pas préparé non plus.* »(C3)

Cette incapacité à les soutenir pouvait mener l'interne à éprouver de la culpabilité :
« *J'ai pas porté de réponse face à son anxiété. Donc c'était plus ça, c'était plus me dire: "bah en fait, j'ai pas été assez humain"* » (V2)

- Les limites de l'interne

Les internes exprimaient des difficultés lorsqu'ils se retrouvaient confrontés à leurs limites. Elles pouvaient être leur incapacité à aider le patient ou sa famille, la confrontation à la mort, la gestion de la nouveauté, la gestion de l'erreur et l'incapacité à demander de l'aide.
Ces difficultés ne sont pas spécifiques aux internes, mais semblaient être majorées de par leur statut nouveau.

- L'incapacité d'aider :

Les internes pouvaient se sentir impuissants face aux émotions des patients et de leurs familles, mais c'est une émotion qu'ils éprouvent aussi fréquemment (6 sur 19) face aux limites de leur capacité de soin.
« *Et du coup, je l'ai regardé mourir.* » (O1)
« *Et on pouvait rien faire. «…» c'était perdu d'avance.* » (O2)
« *Ne pas trop savoir comment gérer, comment faire pour l'aider, quoi faire pour l'aider. »* (S5)

Ils expliquaient qu'ils essayaient de faire au mieux (V1, V4, V5, S1, S2, S4, O2, C2) :
« *J'ai vraiment voulu essayer de faire au mieux, pour le patient pour la famille* » (V5)
« *Je sais pas comment j'aurais pu faire mieux que ça…* » (S4)
« *J'ai pris le taureau par les cornes. « … » Je me suis démerdé comme je pouvais.* » (C2)

Cependant, ils n'y arrivaient pas toujours et allaient jusqu'à culpabiliser sur des choses pourtant bien faites. (V1,V2, O1, O3, C3, C4, S4)

Par exemple V2 racontait : « *En fait je m'en voulais, sur le coup, de pas avoir pris plus de temps à discuter avec elle.* ». Il va jusqu'à dire « *« bah en fait, j'ai pas été assez humain »* » alors qu'il racontait juste avant : « *Je me suis retrouvé face à elle facilement une demi-heure, voire plus trois quarts d'heure, où on a discuté.* »

Un autre interne disait aussi : « *J'aurais vraiment dû tenir tête au chef, même si au final il avait des arguments convaincants.* », alors qu'il expliquait plus tôt : « *Spontanément j'avais dit au chef : "Non c'est pas à moi de prendre en charge une victime de viol. "* » (C4)

- La confrontation à la mort :

En dehors de la question de la capacité d'aide face à la maladie, la confrontation directe à la mort mettait en soi les internes en tension (5 internes sur 19) :
« *" Ouais mais je vais le tuer !« … » C'est brutal, il est pas prêt "* » (O2)
« *Je me suis senti seul … Et choqué, parce que j'ai vraiment eu tout le temps de voir mourir. De changer de l'état de vivant à mort. J'ai vraiment vu l'instant où il est mort. C'était assez fort…* » (O1)

O2 nous racontait, encore très émue, son patient lui disant : « *Non, mets pas de la morphine, j'ai pas envie de mourir, pas maintenant.* »

- La gestion de la nouveauté :

Cinq internes ont exprimé être en difficulté face à une problématique qu'ils n'avaient jamais abordée :
« *J'étais beaucoup moins à l'aise parce que ... par méconnaissance de la façon de faire.* » (C3)
« *T'es complètement perdu, tu sais plus trop quoi faire, dans quel sens aller*. » (C2)
« *Je suis pas à l'aise du tout. J'ai jamais fait ça.* » (C5)

Cette difficulté n'était pas en lien avec l'avancée dans le cursus, des internes de tous les semestres rapportant cette difficulté. Un ancien interne récemment médecin remplaçant racontait être, quant à lui, en difficulté face à la nouveauté de la gestion administrative et informatique du cabinet qu'il ne connaissait pas (V1).

Les connaissances médicales ou logistiques n'étaient pas les seules causes des difficultés. S3, par exemple, était en difficulté face au comportement d'un patient « *en décalage par rapport à ce qu'on l'habitude de voir*. » (S3)

- La gestion de l'erreur (4 internes sur 19) :

La pression de l'erreur était décrite comme présente « *durant toute la vie du médecin* » (S2). Le poids des erreurs se faisait ressentir, à tel point que certains internes n'osaient pas en parler. (C2)
« *Parce qu'en fait c'étaient des conséquences qui dépassaient totalement mon entendement.* » (C4)
« *Je me suis sentie coupable à 100 %.* » (C1)

- La difficulté à demander de l'aide :

Face à ces erreurs et à leurs incertitudes notamment liées à la nouveauté, quatre internes exprimaient des difficultés à demander de l'aide :

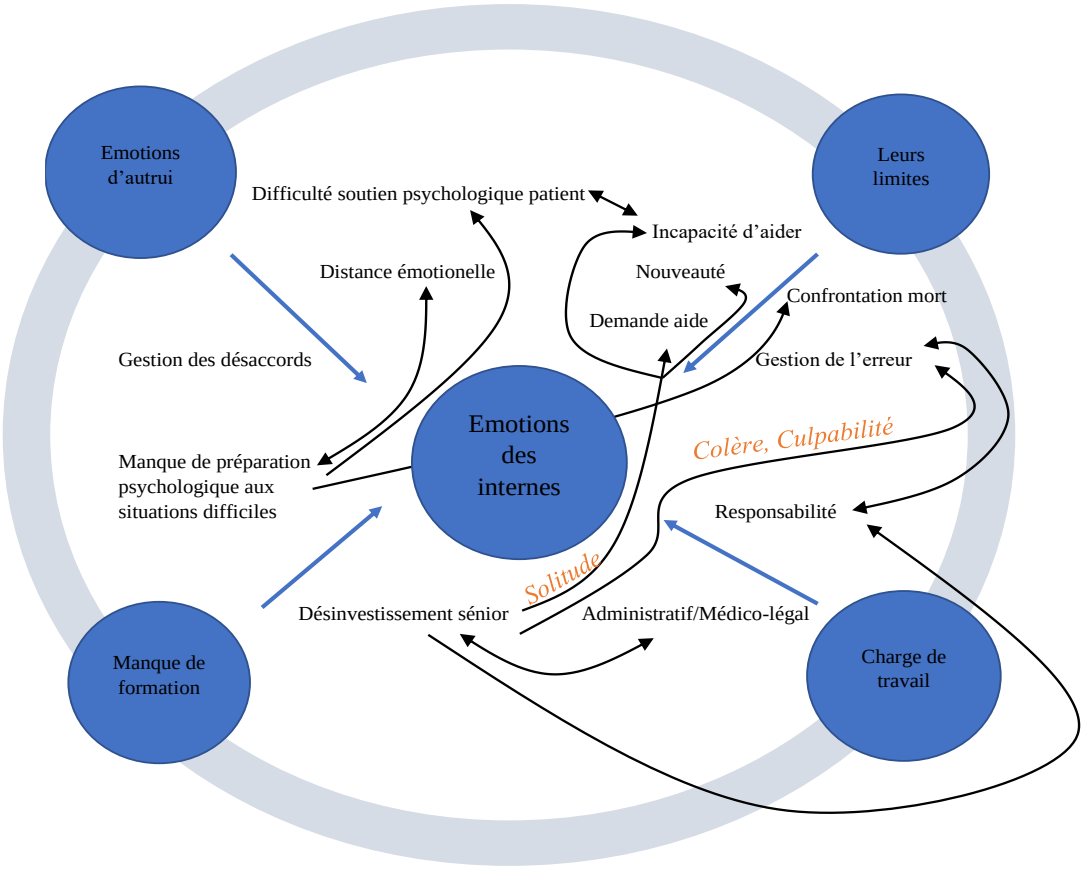
« *Et puis la demande de l'aide était compliquée, aussi par fierté, parce que ça me faisait chier de m'être planté.* » (V4)
« *J'ai eu du mal en discuter avec mon maître de stage, parce que pour moi c'était une situation dramatique* » (C1), en parlant d'une situation dans laquelle cette interne avais fait une erreur.

La peur du jugement (V4 et S2) ou la peur de déranger (S2 et V1) pouvait aussi ressortir comme étant des causes à cette difficulté pour demander de l'aide.

- Le manque de formation

Figure 4.

Difficultés et impact en lien avec le manque de formation



Parmi les 19 internes, 13 exprimaient des difficultés en lien avec leur formation. Cela pouvait provenir de l'accompagnement par le senior, ou plus globalement de la préparation à la gestion de situations difficiles.

- Le rôle du senior :

La relation au senior était source de multiples difficultés. Nous les classerons en différents catégories en lien avec : l'absence du senior, le manque d'investissement pédagogique, le manque de reconnaissance de l'interne et les difficultés de communication.

- ⇨ Absence du senior :

Le manque de présence du senior engendrait des difficultés majeures chez les internes interrogés. La solitude était l'émotion la plus exprimée par les internes, 10 internes sur 19 y faisaient allusion.
« *On arrive à l'hôpital aux urgences, on nous laisse tout seul, c'est horrible, on a le stress*.» (S2)
« *J'étais toute seule, y'avait personne d'autre, j'avais pas de co-interne, pas de chef.* » (O3)

En plus de cette absence « physique » du senior, les internes y associaient souvent un désinvestissement voire une déresponsabilisation :
« *Et mon chef, rien à foutre, il s'en foutait totalement, il m'a laissé tout gérer.* » (O2)
« *16 heures où j'ai passé mon temps à être à côté du patient, sans que mon chef ne veuille monter m'aider.* » (V1)
« *Et ... clairement tu te fais abandonner par ta chef.* » (C2)
« *Et là mon maître de stage, il était pas du tout à l'aise… et du coup il a dit: " Bon , ben on va faire un courrier : chez la psy ". « … » Lui de toute façon ce qui l'intéressait c'était qu'il parte, parce qu'il savait pas trop gérer la dépression.* » (S4)
« *Quand il y a une agression sexuelle qui arrive aux urgences, c'est tout le monde qui lève les yeux au ciel.* » (C4)

Ceci engendrait chez les internes de la colère, exprimée chez 9 internes sur 19.
« *Je leur en voulais aussi de m'avoir laissé toute seule gérer un peu tout. Donc, je leur ai dit, que c'était trop quoi.* » (C1)
« *Beaucoup de colère, vis-à-vis de mon chef* . » (V1)

- ⇨ Manque d'investissement pédagogique :

La problématique des stages non formateurs, avec la sensation que les seniors « *s'en foutent* » (S2) revenaient plusieurs fois. Six internes décrivaient une démarche de formation pas toujours remplie et une prise en compte des besoins organisationnels du service plutôt que de la formation des internes :
« *C'est un endroit, c'est un truc qui aurait dû être formateur pour toi.* » (C2)
« *On est quand même censé apprendre quoi. On n'est pas juste des professionnels pas trop chers.* » (S1)
« *Un stage même s'il n'est pas formateur, très agressif, si les internes sont maltraités, que la charge de travail elle est dingue «…» et ben il y aura toujours des internes !* » (S1)

La supervision directe durant le 1er stage en médecine générale pouvait revêtir différents aspects, dont certaines limites :
« J'étais en supervision directe, avec mon maître de stage. En fait il était derrière moi, et quand en gros la consulte l'intéresse… en fait il vient. «…» Je pense que j'aurais mieux géré la consultation là, que lui. » (S4)
« *En même temps il l'a pas checké non plus, et j'étais en supervision directe ...* » (C1)

- ⇨ Manque de reconnaissance de l'interne :

Ce manque pouvait concerner l'interne en temps qu'être humain :
« *Je me suis mise à pleurer en plein milieu du staff. Il a remarqué mais il m'a rien dit*.» (V5)
« *En s'adressant même pas à moi directement, mais à mes chefs.* » (V5)

Mais aussi en tant que médecin en formation, possédant des connaissances (C3 et S4).
« *Des fois on est un peu cassé dans notre façon faire, on nous dit :"Il faut pas faire comme ça". Alors qu'il y a juste des façons différentes de faire quoi.* » (C1)

Cela pouvait engendrer une sensation de manque de liberté (V4 et C3) :
« *Les situations qui me posent un peu soucis c'est ça. C'est dès qu'il y a des chefs qui essaient un peu de te ... maîtriser, d'exercer un peu une emprise tu vois.* » (C3)

Ce manque de reconnaissance allait jusqu'à les faire se sentir *« comme une merde »* (S2).

Ce manque pouvait aussi provenir des patients (S3).

- ⇨ Difficultés de communication :

Nous avons déjà vu que la communication pouvait être difficile en cas de conflit avec le senior ou en cas de nécessité de demande d'aide.

Les internes exprimaient aussi un manque de communication sur les situations en soi et sur les émotions ressenties par les internes dans ces moments .(O1, S3 et S5)

La communication était parfois violente, voire humiliante et non constructive :
« *Elle a littéralement pété un câble. «…» J'avais l'impression d'avoir fait quelque chose d'horrible alors que finalement il lui est rien arrivé. «…» On se fait virer, comme ça devant tout le monde… au lieu de dire " écoute là t'as fait quelque chose de mal", tranquillement, de nous prendre dans un coin. Non là, devant tout le monde.* » (S2)
« *Et en fait ... il m'est un peu tombé dessus violemment.* » (C4)
« *Je pense qu'on est plus là pour essayer de mutualiser les ... efforts quoi. Plutôt que de casser...* » (C3)
« *" Bon on va faire comme ci et point barre quoi". Voilà.* »(C3)
« *J'ai eu l'impression qu'il m'accusait de la situation quoi.* » (C1)

Cela pouvait provoquer chez certains internes un sentiment de persécution :
« *Soit ... je sais pas, ils ont tout oublié, ils veulent nous faire payer.»* (C5)

Ils mettaient en avant, une certaine spirale vicieuse, avec une communication « pathologique » transmise par les plus âgés, reproduite par la suite par les plus jeunes formés ainsi :
« *Parce que je pense quand même que ... on est formé d'une manière un petit peu particulière en médecine ... Et on nous lave une peu le cerveau au fur et à mesure des années. On nous apprend à vraiment bien fermer notre gueule. Au point qu'on arrive à s'auto-convaincre qu'on va bien , qu'on n'a aucun problème. Alors que c'est évident que non. « … » Je pense qu'il y a énormément de non-dits* » (C2)
« *Plutôt que de casser... d'essayer de rentrer dans un rang établi.* » (C3)
« *Le truc de la dictature de la plus grande gueule, du « moi je brille si j'ai réussi à bien étaler les autres ». Et ça, à plein plein d'échelles : les internes le font avec les externes, les chefs le font avec les internes.* » (S1)
« *Parce que nos internes, nous montraient pas qu'ils savaient pas. Parce que même s'ils savaient pas, il fallait qu'ils gardent la face. Leurs chefs, pareil* » (S3)

- Le manque de préparation psychologique aux situations difficiles :

Enfin, pour finir sur les difficultés en lien avec la formation, quatre internes exprimaient un manque de préparation psychologique :
« *Mais en fait on n'est pas du tout préparé ni armé sur le plan psychologique* » (C3). La métaphore avec un combat (armé) est intéressante.

Cette difficulté était décrite comme pouvant toucher tous les soignants, avec une tendance à vouloir se décharger de cette responsabilité :
« Oui c'est vrai que à chaque fois c'est : "Oh il y a une agression sexuelle", on regarde les voisins d'à côté, savoir : «"bon y'en a un qui va se porter volontaire ?". Mais en fait, c'est parce que, personne veut y aller, parce que personne ne sait vraiment comment on prend en charge le truc. » (C3)
« *J'avais dit au chef : "Non c'est pas à moi de prendre en charge une victime de viol."* » (C4)
« *Et c'est moi qui me suis retrouvée à 19 heures à annoncer au petit de 14 ans que son père allait mourir - Voix tremblante - . Donc je l'ai fait, il fallait le faire !* » (O2)
« *Et pareil pour l'annonce d'un décès par exemple, tu le fais quand tu as plus le choix* » (O3)

- La charge du travail d'interne

- La responsabilité : l'interne comme pilier

- Un pilier solide

Selon le Larousse un pilier est : « une personne ou une chose dont la présence, l'activité est essentielle à l'existence d'un organisme, d'une institution. »

Les internes reprenaient plusieurs fois ce terme pour décrire la vision de leur rôle.

Un rôle central et indispensable …
« *Il faut bien qu'il y ait des gens qui s'occupent de ces situations quand elles arrivent.* » (O2)
« *La position est quand même ... enfin s'il y a un problème on se retourne vers toi. Et t'as la position quand même de pilier qui est censé soutenir et les familles et le patient… les gens qui ont besoin de toi.* » (O2)

Parfois au détriment de leurs émotions …
« *Faut avoir un peu ce rôle où t'es solide quoi. T'es médecin, t'es solide quoi … les émotions … «…» Souvent … faut pas trop … faut pas trop laisser paraître ses émotions.* » (O2)
« *Et il y a cette espèce d'image du médecin : c'est le ... forcément faut que ça aille bien, parce que c'est un peu le pilier du truc donc il faut qu'il représente, le fait que tout va bien. Que ça sourit, que c'est beau, que c'est rayonnant etc…* »(C3)
« *Nous on est médecins, donc on doit être un peu blindé contre ça…* » (V3)
« *Nous… on est médecin, donc on doit être fort, donc on peut pas parler de tout ça.* » (S3)

Et avec une notion d'obligation de travailler, émanant de cette responsabilité de pilier :
« *Si on n'était pas là, ça avance pas.* » (O3) en parlant de l'impossibilité de s'arrêter de travailler, même si elle n'allait pas bien.
« *Donc même si ça me plaisait pas j'y suis allé.* » (C4)

Ce rôle de pilier pouvait être ressenti comme « *imposé* » ou « *subi* » (C5), et le métier de médecin ressenti comme un poids (C2,C3).

- ⇨ Un pilier sur lequel s'appuient différentes personnes

C'est aussi, selon la définition un « support isolé, élevé pour recevoir une charge ».

Les internes pouvaient ressentir cette charge à différents niveaux, par exemple devant l'attente d'une réponse médicale de la part d'un patient, à une question parfois sans réponse simple (S1), ou encore face aux équipes soignantes, qu'il fallait parfois accompagner face à des situations difficiles :

« *Il a fallu que j'explique aux infirmières alors que je ne comprenais moi-même pas vraiment. «…». J'ai essayé d'être relativement, pédagogue avec les infirmières «… » pour essayer, de les soulager. «…» Donc je me suis un petit peu mis, mes émotions en retrait, que j'ai essayé d'évacuer leurs émotions qui étaient bien plus fortes.* » (O1)
« *Donc toi tu essayes d'éponger un peu les émotions des infirmières, en les rassurant, en disant qu'elles ont bien travaillé.* » (O2)
« *Et puis tu vois tout le monde autour de toi qui ... tombent comme des mouches. C'est un peu compliqué quoi.* » (C2)

- ⇨ Un pilier avec des fondations instables

Des fondations frêles en tant que jeune médecin …
« *Pour moi tu peux pas être responsable d'un truc, surtout pas en stage de niveau 1. «…» T'es pas encore capable de gérer d'autres gens alors que tu as déjà du mal à te gérer toi.* » (C2)
Mais aussi en tant qu'être humain, avec la fragilité que cela sous-entend :

« *J'avais toutes ces émotions là, mais j'essayais de rester claire dans ma tête*. » (C5)

Les internes aussi décrivaient une contradiction entre ce rôle de pilier central et la difficulté à trouver sa place. Avec un sentiment de mise à l'écart pouvant provenir du patient ou du senior :
« *J'arrivais pas à capter son regard, il faisait vraiment comme si j'existais pas dans la salle. J'étais invisible «…». Là c'était vraiment une mise à l'écart totale, de la part du patient.* » (S3)
« *Je savais pas trop où me mettre…* »(V5)
« *Et après le médecin est revenu, et là j'ai dû me taire, parce que lui il reprenait la consult'.* » (S4)
« *Et en fait, d'emblée, il m'écartait du truc.* » (C3)

Cela pouvait engendrer une remise en question de l'interne :
« *Attends, ça veut dire quoi ? Je suis pas assez compétent pour lui ou pour elle ?*» (C3)

- ➢ La gestion administrative et médico-légale :

En dehors de cette charge émanant de la responsabilité du rôle de pilier, cinq internes décrivaient aussi le poids et la contrainte des tâches administratives et médico-légales (O3, C4, V1, V2 ,V4). Ils se questionnaient sur la justesse de la gestion par un médecin de ces tâches :
« *Et je me suis demandé pourquoi je faisais ça, et si c'était vraiment ça ce qu'on attendait de nous comme médecin.* »(V4)
« *On touche à un moment où ... quasiment à la limite de notre métier. On n'est pas censé être compétent dans la loi*. »(C3)

- Synthèse :

Nous avons pu voir que les sources de difficultés des internes étaient multiples et qu'il était complexe de comprendre l'origine de leurs besoins devant l'intrication de différents facteurs, comme le résume bien cette citation :

« *C'est une énorme surcharge cognitive quand même. Parce que non seulement t'es face à une prise en charge que tu maîtrises pas, d'un point de vue technique. Et en même temps t'as tout un relationnel à gérer. Et tes émotions à toi qui partent dans tous les sens ... En plus à 6h du mat' ... pfff. D'un point de vue cognitif c'est ingérable.* » (C2)

Dans la partie suivante nous verrons comment les internes se ressourcent pour faire face à ces difficultés.

2) Les ressources et leurs failles

L'étude des données a permis de mettre en évidence que les internes avaient des ressources. Certaines étaient citées clairement, d'autre étaient plus implicites, voire non conscientes.

a) La communication

La parole avait une place primordiale parmi les ressources des internes, en matière d'aide à la gestion de leurs émotions en lien avec les situations professionnelles vécues. Elle permettait « *d'extérioriser* » et de vider son sac (V4), de se « *rassurer* » (V5) ou de se « *réconforter* » (S2 et S5), de rompre l'isolement (S2) et de « *réfléchir ensemble* » (C2).

- Les personnes ressources

Les **co-internes** étaient décrits comme une « *ressource principale* » (V2) et « *évidente* » (V3). Ils étaient « *des gens du métier qui peuvent comprendre ce qu'on vit, dans quoi on est.* » (C1). Leur force provenait du fait qu'ils vivent les mêmes situations et ressentent les mêmes besoins. Ils pouvaient ainsi comprendre, connaître le contexte et les patients.

Certains internes parlaient aussi à des membres de leur famille, exerçant aussi dans le soin. (O1, C1, O4, S5)

Discuter entre internes pouvait leur permettre de *« se reposer sur une épaule qui comprenne la situation et qui puisse se mettre à notre place »* (O4) ou d'évacuer la pression : *« Une fonction de soupape des fois, où on peut un peu débriefer des situations qu'on vit, ou des injustices. Et on a besoin de parler avec des collègues.* » (C2).

Ils avaient aussi une fonction de réassurance par le partage d'expériences similaires :
« *Juste le fait d'apprendre que y'a pleins de gens qui sont pareils.* » (S2)
« *Ça permet de relativiser certaines choses plutôt que de s'auto flageller.* » (O1)

Certains allaient jusqu'à les décrire comme une ressource vitale :« *Sans co-interne, c'est la mort !* » (V2), avec notamment un sentiment d'isolement lors des stages de médecine générale.

Cependant cette ressource possédait ses limites : un manque de disponibilité : "*Il reste les co-internes quand t'es en stage, mais ils ont pas que ça à faire non plus tout le temps !"* (O1) ; la peur d'ennuyer l'interlocuteur : « *C'est vrai que c'est un peu plombant si tu racontes tout ce qui t'as …* » (O2). "*On n'a pas envie d'emmerder les gens*." (O1) ; ou l'impression d'absence de solution : « *Parce que je voyais pas d'autre solution, donc je voyais pas l'intérêt d'en parler aux autres… ils m'auraient rien dit de plus…* » (S4)

Au sein du cadre de travail, **les seniors** pouvaient aussi être des personnes ressources « *soutenantes et aidantes* » (S1, S5 et O3).

« *Mon défouloir, c'est mes maîtres de stage, parce que j'ai une très bonne relation avec eux, que ça soit en débrief ou pour les RSCA, ce sont des vrais vrais soutiens.* » (S3)

Ils avaient souvent une fonction de réassurance, voire de déculpabilisation (V5,V2 et C1). « *J'en ai parlé à mon chef qui m'a dit "c'est pas grave".* » (O3)

Les maîtres de stage en libéral pouvaient être décrits comme « *plus disponibles* » (S2). Le moment de reprise des dossiers, lors du « Stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé » (SASPAS), a été décrit comme une ressource, permettant de « *débriefer* » (S2 et S3), et comme un moment de formation mutuelle.

Dans le cadre hospitaliser, les réunions de services et revue de morbi-mortalité (RMM) étaient des lieux de paroles (O1,V1et V3). Certains internes disaient toutefois qu'il pouvait être difficile de se confier devant un groupe, notamment constitué de collègues.

Cependant, la communication avec les seniors n'était pas toujours efficiente :

D'une part, il pouvait exister une certaine habitude vis-à-vis de la maladie avec une fatalité des seniors (V2). Cela pouvait mener à une minimisation de la gravité de la maladie (V1, V5 et S4) :
« *J'ai dit à mon maître de stage:" Par contre, là c'est un peu limite, je pense que vraiment ça va pas bien". Et il m'a fait " Ah oui, oui, oui. Ben toute façon il verra, il va prendre un anti-dep', ça ira mieux".* » (S4)

Vis-à-vis des difficultés des internes, ils notaient une comparaison récurrente au parcours du médecin lui-même avec une banalisation des difficultés de l'interne :
« *Tu vas lui dire ça, il va dire " Quand j'étais interne c'était aussi comme ça et pourtant je disais rien, les chefs étaient plus durs". Ça mène à rien t'sais. Ok, Il faut fermer sa bouche quoi.* » (V2)
« *La règle de :" J'en ai chié donc tu vas en chier aussi".* » (S3)
« *Ton chef qui dit : " Ouais t'es interne, mais t'en chies c'est normal."* » (C2)

Pour d'autres internes, les seniors avaient au contraire un point de vue trop distant de leur vécu :
« *Les chefs, ils le vivent mais à un autre niveau.* » (V1)
« *Les chefs ça fait longtemps qu'ils ont été internes, voire jamais pour les généralistes. Et ils ont pas les mêmes préoccupations* »(O1)

D’autre part les internes décrivaient parfois un manque de disponibilité des seniors, eux-mêmes contraints à une charge de travail importante et des tâches multiples (O1, C2). Certains décrivaient une absence d’aide : « *Ce qu'on peut ressentir en stage, y'a pas grand monde qui est là pour nous aider.* » (S5) .

Certains allaient jusqu’à supposer que la communication était difficile avec les seniors, en lien avec leurs émotions :
« Lui, il a ses propres mécanismes de défense certainement, il a peut-être pas envie de s’investir émotionnellement. » (O1)

D’autres pensaient que la difficulté provenait du manque de formation des seniors :
« *Ça m’est déjà arrivé plusieurs fois de constater que les chefs avaient pas forcément l'habitude ou étaient pas préparés à recevoir des internes*. » (C3)

Les **équipes soignantes,** notamment les infirmières étaient décrites comme d’avantage à l’écoute et disponibles que certains seniors. (C1,C2,C4).

Quand il y avait dans le service un **psychologue** (pour 3 des internes interrogés), l’accès à des rencontres pouvait être vu comme « *une porte ouverte* » (V3).Un psychologue n’appartenant pas au service pouvait amener la possibilité d’une discussion plus libre (S2).

Mais le sujet de la consultation psychologique était très controversé :

La seule personne ayant consulté une psychologue du service la décrivait comme « *peu aidante* » (O3).

L’idée de consulter une psychologue était perçue de manière variée. Tantôt comme « *effrayante* » (C4) ou « *difficile* » (C5), tantôt comme potentiellement intéressante (C4, C5) : « *C'est vrai que là, spontanément je te dirais que j'ai pas besoin d'aller voir un psychologue, que ça va bien. Mais en fait peut-être que eux ils ont des clés pour voir différemment.* » (C4)

Mais une ambiguïté persistait…
« Mais c'est vrai, qu'il faudrait trouver un moyen ... je sais pas comment ... qu'elles nous atteignent parce que, effectivement, moi tu me dis : la fac elle te met une psychologue à disposition, j'irai jamais la voir. » (C4)

Avec notamment une difficulté à admettre le besoin d’aide, comme déjà vu plus haut.
« *Et après, enfin les internes en difficultés, ça sous-entend que tu as accepté de te considérer comme étant en difficulté* » (O1)

La notion de recours au psychologue comme solution de dernier secours revenait :
« *C'est vraiment quand t'en peux plus ou que t'as plus de ressources, que t'as l'impression que t'as plus de ressources. À ce moment-là, tu y vas !* » (C5) .
« *Moi une psychologue, ça serait : j'ai un truc qui me tourne dans la tête, j'arrive pas m'en sortir, je vais voir la psychologue.* » (C4)

L’accès au psychologue dans le cadre universitaire pouvait être perçu comme « *compliqué* » (O4), manquant (O2), non nécessaire (V3) ou ne pas être connu (O3 et S3).

Les personnes ressources « **hors-médecine** » pouvaient permettre « *un réconfort* » (C2) et une extériorisation (V4). Certains décrivaient « *une admiration* »(S2) de leur part. Mais il était souvent décrit une impuissance de leur part (V4, S4, V1,O1) : "*Parce que les gens qui sont pas confrontés à ce genre de situations … ils ont pas forcément toutes les clés pour comprendre."* (O1). Le fait d'être en couple, marié ou avec des enfants ne semblait pas influencer ces données.

Le **médecin du travail** n'était pas décrit comme une ressource. Les visites médicales étaient peu faites (O3,S2,C5,V1,V4), et si elles avaient lieu la question du bien-être psychologique était rarement abordée :
« *Au niveau psychologique il m'a rien demandé hein ! C'était : " combien tu bois de café par jour ? Est-ce que t'as des maladies ? ". Tu fais pipi dans le pot et voilà !* » (V3)

Le **tutorat** à La Réunion est un tutorat individuel, réalisé par un tuteur médecin, restant en principe la même personne pendant 3 ans. Une interne ne connaissait pas le tutorat (O3), d'autres exprimaient en avoir bénéficié rarement (S2, O1).

Ce dernier pouvait être décrit comme « *une porte ouverte, à dire que ça allait pas.* » (V3)

De manière plus générale, les internes avaient conscience d'une ressource potentielle mais ne l'utilisait pas.
« *En soit notre tuteur il est là pour ça. On pourrait l'appeler, lui envoyer des mails ... mais je pense qu'on n'ose pas en fait.* » (S4)

Les raisons étaient variées : en fonction du tuteur (V1, S5, O2), et de l'affinité avec l'interne (V4) ; à cause d'un manque de confiance dans la relation avec le tuteur pour exprimer ses émotions (S1, S2, O2) ; par manque d'envie (O1) ou d'habitude :
« *On n'a pas l'habitude de dire quand on a un souci, quand il y a quelque chose qui nous a dérangé, quand on a été triste par rapport à une situation…* » (S4)
« *Et puis on n'a jamais entendu un chef, un médecin... parler de ses doutes. Donc en fait je pense qu'on s'autorise pas, non plus, à en parler.* » (S3)

Ils décrivaient aussi un manque de temps, avec notamment un tuteur responsable de trop d'internes pour pouvoir prendre le temps :
« *Mais nous, ça dure 2 secondes, il fait : " Ça va ? T'es où en stage ? Ça se passe bien ? OK allez bonne journée ". Pas vraiment le temps… de se confier.* » (O2).

Pour finir, les internes décrivaient un manque de formation des tuteurs (S1,S3,C2), notamment en matière d'accompagnent psychologique :
« *Alors moi j'ai osé pousser la porte (rire) ! Mais ça n'a abouti, à strictement rien. «… » à partir du moment où j'ai dit que ça se passait pas très bien, j'ai eu l'impression que ça l'intéressait plus.* » (V1)
« *Le tutorat il est pas vraiment axé sur nous.* » (O1)

- Groupe d'échange

Les ressources humaines des internes n'étaient pas seulement en colloques singuliers.

Par exemple, il était expliqué que certains internes pouvaient se rassembler naturellement comme des « *groupes d'échanges* » (C1) ou « *de pairs* » (O1), notamment en colocation.

Une interne racontait aussi l'existence d'un pôle de discussion pour externes dans sa faculté d'origine. Cependant ce lieu était peu utilisé par « *peur de moqueries* ». (S3)

Enfin certains internes faisaient référence aux **Groupes d'entraînement à l'analyse de situations professionnelles** (GEASP) organisés par la faculté, comme « *lieu potentiel de soutien* » (V3).
« *Une série de ces discussions-là ressemble à ce qu'il faudrait, pour gérer… nos émotions*. » (S1)

Les GEASP pouvaient permettre « *de comprendre que des situations ont posé problème* » et de les « *exprimer à nouveau*. » (O1).
« *C'est vrai que peut-être si j'avais pas GEASP, je me forcerais pas à repenser à des situations qui au final m'ont touché.* » (C4)

L'échange au sein du groupe permettait aussi d'avoir une point de vue extérieur : « *C'est tes co-internes qui te soulignaient, en disant : " Quand tu dis ça, on dirait que tu essaies de dire ça. Même si tu le dis pas directement."* »(C2)

Cependant, le GEASP n'était souvent pas vu comme une ressource (O1, O3, V5)
« *Ça peut être un vrai soutien… et une vraie bulle pour parler, se libérer, rencontrer d'autres internes et en parler aussi avec eux. Mais ça peut être aussi une perte de temps !* » (S3)

Il était décrit un manque de communication : « *On est loin du groupe de pairs…C'est pas pensé pour être une espèce de dialogue en fait*. » (V4)

Les internes décrivaient que le travail n'était pas centré sur la situation vécue et le ressenti de l'interne (O3, S3, S2), et qu'il n'y avait pas d'apport sur le plan personnel. (C2, C3, C3)

Cela pouvait être expliqué par des séances trop espacées : « *Quand y'a un truc qui te remue, c'est pas dans six mois que tu vas aller en parler !* » (S1).

Tout en notant cependant que certains internes avaient besoin d'un certain temps pour pouvoir reparler des situations :
« *Pas forcément le lendemain, mais sur une période, je l'ai évoqué régulièrement, parce que ça m'a pesé un peu.* » (O1)
« *Mais j'ai vidé mon sac a posteriori, c'était pas une aide dans l'instant quoi*. » (V4)

Les internes décrivaient aussi des séances de GEASP trop centrées sur l'écriture des récits de situations complexes et authentiques (V1, V3), la confusion entre ces deux outils était d'ailleurs récurrente. Pour plus de justesse par rapport aux données, nous présentons donc les résultats concernant ces deux outils dans une même partie.

Les **RSCA**, pouvaient aussi être une ressource pour les internes.
Le fait d'écrire, de « *mettre sur papier* » (O1) était décrit comme « *intéressant* » (O1) et pouvant « *faire du bien* » (O3). Ils permettaient de faire « *un travail de fond* », notamment sur le plan relationnel. (C2)
« *Moi ça m'a permis des fois d'un petit peu exorciser certains trucs qu'on a vécu.* » (C2)

Cependant ces 2 outils étaient souvent vécus comme une contrainte, en grande partie à cause de l'influence du Département de médecine générale (DMG) selon eux. Certains nommaient ainsi le tuteur de GEASP « *directeur* » (O2) et ils utilisaient les mots « *rigide* », « *scolaire* », « *formel* » pour décrire les RSCA (S2, S3, V1, V5, C3, O1).

Ce travail était une charge et une source de stress pour les internes :
« *Tu te retrouves en fin d'internat : tu dois faire ta thèse, tes 2 RSCA, tes gardes …* » (C2)
« *Mais le problème c'est qu'ils prétendent t'aider à résoudre un problème en t'en inventant un nouveau !* » (C2)

Ils notaient une ambiguïté dans les objectifs de ces outils : accompagner les internes ou contrôler leurs connaissances ? (S1)
« *Donc le but c'est quoi des RSCA ?*
C'est d'essayer de voir, toi, dans ta progression ... c'est une auto-évaluation.
Donc si c'est une auto-évaluation, pourquoi est qu'il y a, comme disait C2, cette espèce de pression ?
Pourquoi on te met la pression vis-à-vis de ça ?
C'est toi que ça regarde en fait. À la fin on est tous docteurs.
À la fin, c'est ta formation, c'est ton truc quoi!
C'est toi devant toi. » (C3)

Les internes avaient l'impression de devoir « *rentrer dans les cases* » du DMG :
« *Comment on peut tricher pour en faire un récit qui tient à peu près debout pour le département de médecine générale*. » (V1)
« *les RSCA, qui sont plus une contrainte, de faire un beau récit comme il faut, comme ils attendent.* » (V5)
« *Et du coup on cherche à trouver un truc qui pourrait leur plaire, et pas vraiment à nous.*» (O2)
« *Il te dit si c'est bien écrit ou pas bien écrit, ils te disent si tu pourrais rajouter un peu d'émotion par-ci par-là, parce que c'est ce qui les intéresse*. » (O3)

Ce cadre imposé pouvait entraîner la perte du ressenti dans les récits :
« *Donc au final : récits authentiques ... c'est moitié authentique*. » (C4)
« *Ça devient artificiel.* » (C3)
« *Ça te faisait perdre un peu ce que tu ressentais, te faire chercher des trucs pour répondre à des cases qu'ils t'imposent…* » (V3)
« *Et tu vas raconter, pas forcément celles qui sont le plus ému, mais celles qui vont le plus rentrer dans les grilles de lecture, de ce que tu as besoin de rendre par semestre.* » (S1)
« *J'ai l'impression que toutes les règles qu'ils mettent dessus ça dénature totalement la chose.*» (C4)
« *Donc au final, à la fin ça devient toujours ... pfff... un puzzle, un replâtrage pour satisfaire des critères.* » (C4)

Ils faisaient remarquer que du fait de ces récits « non réellement authentiques », l'évaluation sur cette source était peu fiable. (C3)

La nécessité d'une situation complexe et d'avoir 3 problématiques était aussi source de mécontentements :
« *Des fois t'as trop envie de parler de quelque chose, mais il manque des problématiques, ou il faut que ça soit complexe…* » (V2)
« *Après 3 ans et demi, je ne vois toujours pas la différence.* » (V4) (entre complexe et compliqué)

Enfin certains internes ressentaient un jugement de la part de leur tuteur de GEASP, sur leur récit, voir sur leurs difficultés en tant qu'internes :
« *Ma tutrice, même parfois elle nous disait : " ta problématique est nulle, fait plutôt ça ".* » (V5)
« *Moi il m'a dit : " C'est pas bien ce que t'as fait". Pas le récit, mais ma situation. Il m'a dit : " T'aurais dû réagir différemment " ».* (S3)

b) La formation

- Par la faculté

Les **cours** dispensés par la faculté n'étaient pas décrits comme une ressource.

Les internes se rappelaient qu'il y avait été abordé la notion d'empathie (V2). Cependant ils décrivaient un apprentissage directif :
« *Je revois une vidéo, où il disait comment il fallait parler, s'il fallait se taire. Comment mener un interrogatoire, à quel moment il faut se taire, des fois faut faire des silences actifs.* » (V2)
« *En fait la seule formation, qu'on reçoit sur la gestion des émotions, c'est juste un mot, c'est " faut avoir de l'empathie".* » (V2)
« *Tu le résumes d'autant plus bien que tu dis " faut avoir de l'empathie ". C'est de quelque chose de directif, il faut que tu sois comme ça. Démerde toi. C'est de l'impératif.* » (V4)

Ils mettaient aussi en avant les limites d'un cours théorique sur le sujet des émotions :
« *Comment essayer de gérer ses émotions, de pas être dans la sympathie et dans l'empathie. Ça on nous l'apprend dans la théorie, mais c'est pas la même chose quand t'es en vrai. Surtout si t'as pas la possibilité d'être accompagné à un moment où tu en as besoin.* » (O1)

Et ils notaient la difficulté d'une telle formation (O3) :
« *Et de toute façon tant qu'on n'y est pas confronté pour de vrai. Si t'as un vrai mort et pas un mannequin. Enfin même si y'avait des simulations, c'est quand même pas la même chose.* » (O1)

L'autre limite concernant les cours, étaient qu'ils étaient décrits comme : « *démarche centré patients* » et non « *démarche centrée soignants* »(V3)
« *En fait c'est pas centré sur le ressenti et la gestion des émotions du médecin dans l'annonce. C'est comment faire au mieux pour le patient.* » (O2)
« *On a l'impression que c'est nos émotions, donc peut-être c'est à nous de nous en occuper quoi … c'est pas à nos enseignants de nous coacher là-dessus.* » (V4)
« *C'est un peu le système fac. T'es un numéro pendant toutes tes études ... L'étudiant est anonymisé.* » (C3)

Parler de ses émotions était décrit comme non habituel dans la profession ; cela était assez récurrent dans leurs propos :
« *J'ai l'impression qu'en médecine, tu vis des trucs un peu… un peu intense en émotion, et c'est censé être normal… «…» J'ai l'impression que t'as pas trop le droit quand même…*(de parler). » (O2)
« *Et puis on n'a jamais entendu un chef, un médecin... parler de ses doutes. Donc en fait je pense qu'on s'autorise pas, non plus, à en parler.* « … » *Je pense qu'inconsciemment, on a été éduqué un peu comme ça.* » (S3)

Pour finir, selon certains internes, les médecins dispensant les cours n'étaient pas les plus aptes : « *On est formé par des gens qui ne connaissent rien à la pédagogie, qui ne savent pas apprendre. Ils ne savent pas faire apprendre aux gens.* » (C2)

- Recherche de connaissance

Pour certains internes, la recherche bibliographique à la suite d'une situation leur ayant problème était un moyen de faire face (C4, C5). Elle leur permettait d'anticiper : « *Pour plus refaire… pour ne plus être prise au dépourvu.* » (C5)

Les RSCA étaient dans ce sens-là une ressource : « *Et du coup, moi ... je l'ai pris comme sujet de RSCA pour faire des recherches.* » (C4)

Une interne avait réalisé un diplôme universitaire dans lequel la gestion des émotions était abordée. Elle notait que ce n'était pas habituel dans le cursus : « *c'est pas quelque chose qu'on encourage.* » (V5)

c) Auto-réassurance

Les internes décrivaient des moyens de faire face propres à eux-mêmes.

Pour certains ils s'adaptaient ou s'habituaient aux situations, avec parfois une certaine fatalité:
« *Mais on essaie de faire comme on peut.* » (S2)
« *On se dit: "C'est comme ça", on est dans le quotidien.* » (S3)
« *Et que de toute façon… on peut pas souvent y échapper tout le long de notre internat ou de notre externat ou même au début de notre carrière ou même peut-être au milieu de notre carrière. À mon avis ça arrive quand même régulièrement, donc voilà »* (S2), en parlant des erreurs du médecin.

D'autres décrivaient des moyens d'auto-réassurance, notamment via la prescription (S1, S3) ou en recherchant « un fautif » (V2, V4) : « *J'étais pas fautive à 100 %.* » (C1)

d) La coupure

- Le temps

Les internes décrivaient la nécessité de « *prendre une pause* » (O4) :
« *Prendre un temps pour faire autre chose quoi. Te dire que justement y'a pas que ça dans la vie.* » (O2)
« *Et après, se décontracter, en buvant de la bière ou autrement. Mais passer à autre chose quoi.* » (C1)
« *Moi je mange des gâteaux et je vais au resto.* » (C5)

Le sport était décrit comme « *très important* » (C2, C3, V5), voire une ressource « *évidente* » (V4) pour la gestion des émotions :
« *C'est pas un truc où tu peux exprimer tes émotions. C'est en le faisant tu les oublies. Et ça te permet d'évacuer un truc*. » (V5)
« *C'est ce qui nous fait tenir depuis le début nos études.* » (V4)
« *Le sport c'est la grosse soupape.* » (C2)

Une autre manière d'utiliser le temps était de repousser temporellement leur décision médicale (S1), en laissant le temps faire pour oublier les difficultés (C1), ou en écourtant le temps de la consultation avec le patient. (S4, S2).
« *Les patients qui sont désagréables avec nous, on va mal les soigner. On va avoir tendance à vouloir les expédier en 2/2*. » (S4)
« *Et du coup je me suis dit : "On va faire un trait sur cette situation, et voilà". «…» Après le temps a fait les choses* ! » (C1)

- La distance

Outre une coupure temporelle, les internes pouvaient aussi essayer de se couper de leurs émotions, afin de ne pas avoir à les gérer :
« *J'arrive à me détacher des trucs.* » (C3)
« *Sur le moment je ne me suis pas laissé aller à mes propres émotions. « … » je suis resté… relativement détaché.* » (O1)

Une dichotomie entre le médical et l'émotionnel revenait dans leurs récits :
« *Revenir sur des choses un petit peu plus terre à terre: qu'est-ce que j'ai à faire? qu'est-ce qu'on attend de moi ? Revenir à des choses plus pratico-pratiques et moins dans l'émotion.* » (S1)
« *De prescrire des examens complémentaires, je pense que c'est un truc contraphobique et de contrôle des émotions en consultation, qui est assez fréquent.* » (S1)

Cette coupure passait parfois par une mise à distance du patient …
« *Après j'ai remis un peu à distance « … » Enfin ses choix sont ses choix : ça s'est arrêté là.* » (S1)
… Avec parfois une désindividualisation, voire une déshumanisation du patient :
« *Pendant six mois j'ai suivi pleins de cancéreux* » (V2)
« *Qu'elle réussisse à mettre fin au truc, enfin à la grossesse*. » (S1)
« *Mon métier c'est de te faire un papier, un arrêt travail, des anxiolytiques* ... » (S1)

Un interne allait jusqu'à se décrire « *froid et technicien* » avec sa patiente ; (V2)

La distance pouvait se traduire par un évitement des situations …
« *Et du coup tout le long du stage, cette chef, j'ai toujours tout fait pour pas être avec elle.* » (S2)
« *Tu vois, j'avoue, c'est le genre de situations, tu sais qu'elles existent mais en fait ... c'est plus facile de faire l'autruche et de pas y penser*. » (C4)

Ou par une certaine indifférence :
« *Enfin tu sais moi je suis pas très compliquée. S'ils me marchent dessus, ils me marchent pas dessus, je fais même pas attention !* » (C5)

- Perception des ressources

Le ressenti sur l'accès aux ressources de manière générale était varié. Certains le décrivait comme « *présent* » (V4) ou « *suffisant* » (V1), tandis que d'autres l'avaient ressenti inexistant : *« Voilà, je n'ai eu aucun accompagnement « … » Cette situation, personne n'en parlait.* » (V1)
« *Pendant la situation, j'ai pas eu de ressources.* » (C5)

Ces qualificatifs sont à nuancer, car le ressenti pouvait varier, parfois lors du même récit. Ainsi, ci-dessus V1 décrit à la fois les ressources comme suffisantes et d'inexistantes et O1 dit :« *Je me suis pas aidé de quelqu'un d'autre.* » puis quelques instants après : *« Ouais voilà, il fallait que j'en parle, pour exprimer ça. Après j'en ai parlé autour de moi.* » (O1)

De plus, nous avons vu que malgré certaines ressources mise en place, les internes pouvaient ne pas oser y accéder. (S2, S3, S4, V4)

« *Je pense qu'ils ont mis des choses en place, et qu'on pourrait les utiliser.* » (S4)

3) Les attentes : idées d'amélioration et de création

a) Libération de la parole

- À tous les niveaux et pour tous les acteurs de la relation de soin

➢ Au niveau sociétal :

Selon les internes, la libération de la parole devait passer par des changements globaux avec notamment une nécessité de changement de la vision du médecin en tant que pilier par la société :
« *Sortir un peu de cette image de : "Tu vis ça, c'est normal. T'es médecin".* » (O2)
« *Les gens qui attendent de toi d'être l'élite et la perfection* » (C3)

➢ Dans le monde médical

Il était mis en avant une nécessité de « casser un cercle vicieux » du non-dit transmis par les plus anciens formés ainsi. Une demande d'accompagnement durant tout le cursus médical était présente :
« *Peut- être qu'inconsciemment, ils font pas attention à des choses, parce qu'on n'a jamais fait attention à ça pour eux, donc ils pensent pas le faire pour nous.* » (S3)
S3 en parlant de son expérience durant l'externat : « *Parce que nos internes, nous montraient pas qu'ils savaient pas. Parce que même s'ils savaient pas, il fallait qu'ils gardent la face. Leurs chefs pareil*. » (S3)
« *Et d'essayer, à tous les niveaux tu vois. Chaque cycle a son intérêt d'accompagnement.* » (C3)

L'ouverture de la parole devait aussi se faire entre le senior et l'interne :
« *J'aurais préféré qu'elle me dise :" Écoute voilà, ça a pas été. Ça a réveillé des trucs chez moi, des émotions que je suis pas capable de gérer." Elle a le droit de pas être infaillible, elle a le droit d'avoir des situations qui la traumatisent et qu'elle arrive pas à affronter.* » (C2)
« *On pourrait avoir des ateliers, ou ... de mettre en situation pour montrer du doigt au senior que là en fait il a fermé la conversation, que du coup ...* » (C4)

Et même entre les internes eux-mêmes :
« *Même devant tes co-internes, si t'as pas l'impression que eux ils ont des faiblesses, jamais toi tu iras leur dire :" Moi je suis faible".* » (S2)

- Que parler devienne une habitude

Les internes étaient en demande d'une normalisation de la possibilité de parler, notamment sur ses émotions…
« *Que ça soit pas tabou, que tu passes pas pour un faible d'en discuter.* » (O2)
« *Être plus à même de discuter, en confiance, de dire ses doutes*. » (S1)
« *À créer quelque chose, en fait qui devienne banal, pour qu'après ça soit facile pour nous, d'expliquer nos problèmes.* » (S2)

Et d'écouter celles des autres :
« *Je pense que si c'est hyper régulier, peut-être que déjà pour les chefs… ils se diront peut-être dans leur tête: "Il faut considérer ce que les internes ressentent".* » (S2)

- Créer un lieu de parole

Cette volonté était exprimée dans tous les *focus group*. Plusieurs internes, décrivaient qu'ils souhaitaient la création d'un lieu de parole, semblable au *focus group* auxquels ils venaient de participer :
« *Moi personnellement, je trouve ... un peu ce qu'on est en train de faire en fait. Juste parler de ces situations. «…» Ça fait du bien du coup, vu qu'on le fait jamais.* » (O3)
« *Des groupes de parole, comme ça, c'est bien.* » (O2)
« *Ben c'est ce genre de truc il faudrait faire en fait !* » (S2)
« *C'est quand le prochain du coup ?!*» (S4)

- Modalités de création

Le but de ce lieu serait de permettre un échange libre, pour parler de ses difficultés et de ses émotions :
« *Juste de parler et d'exprimer toi ton sentiment à ce moment. Juste sortir les émotions qui t'ont mis en difficulté.* » (O2)
« *C'est vrai que ça aurait été un groupe de pairs, ça aurait était une situation que j'aurais soumis.* » (V1)

Dans un autre cadre que les « groupes de paroles » informels déjà réalisés entre internes :
« *T'as pas forcément envie d'en parler avec tes colocs tous les soirs, d'en parler avec les copains quand tu sors faire autre chose*. » (O1)

Il n'y aurait pas de travail à rendre dans ces groupes. (S1, S2)
« *Le but n'étant pas d'apprendre, mais ça serait … on pourrait partager*. » (O3)

L'animateur de ce groupe de parole devrait ne pas appartenir au DMG (O1, C2), voir ne pas appartenir au monde médical (C2) et venir de l'extérieur (S3). Ce devrait être une personne formée (C2) et neutre (S2). Il pourrait être un psychologue. (O3, S3)

Le lieu de déroulement de ces groupes n'a pas été clairement défini. Certains pensaient que de le réaliser directement en stage était le plus adapté : « *Le lieu le plus propice, c'est avec tes co-internes, parce que t'es déjà en train de parler boulot.* » (O1)

Ces groupes se dérouleraient lors d'un temps dédié : « *Si on avait des créneaux prévus pour ça, je pense que les langues se déliraient.* » (O3).

La fréquence désirée était variable : « *1 fois par semestre* » (O2) ; « *tous les 2-3 mois* » (S2)

Le public concerné était aussi variable :
« *Parce que tout le monde a une situation qui lui a posé problème, au moins dans le semestre. C'est sûr.* » (O3)
« *Peut-être que tout le monde n'en n'a pas besoin, j'en sais rien. Peut-être qu'il il y a des gens que ça embêterait.* » (O3)

Un interne parlait de la possibilité d'ouvrir ces groupes à d'autres soignants, notamment en service. (C4)

Il devrait être obligatoire pour certains, volontaire pour d'autres (V2) :
« *Si c'était obligatoire, y'aurait quand même des choses à dire. Même si on pense pas en amont que… y'a besoin de parler.* » (S3)

Certains souhaitaient que ces lieux d'échange se fassent en petits groupes. (O4, S2)

Certains désiraient que les participants ne se connaissent pas. (O1,O3)

- Limites prévisibles

Un interne exprimait une gêne à s'exprimer devant des inconnus (O3), d'autres relataient une difficulté à parler devant un groupe. (S4, S5)
Des internes exprimaient la difficulté de « *se mettre à nu.* » (O1, O2)

- Adaptation des ressources déjà en place

Certains internes pensaient qu'il serait possible d'adapter les GEASP déjà existants :
« *Ça peut être une bonne chose étant donné que c'est déjà organisé et que … c'est déjà des réunions de plusieurs internes qui ont pas forcément de lien entre eux.* » (O1)

Pour cela il faudrait que ces groupes soient moins scolaires et que les séances de discussions soient séparées de celles d'aide à la rédaction du RSCA. (C2, C4, V3, O1)

Il faudrait augmenter leur fréquence pour permettre une meilleure connaissance du tuteur et de l'interne (C2). Le tuteur serait là pour cadrer et apporter son expérience. (C3)

Il se rapprocherait plus d'un partage d'expérience :
« *Essayer d'avancer et de confronter les idées de chacun, pour essayer d'en tirer le meilleur, le truc le plus évident. On peut quand même faire un petit peu éclore le bon sens pour ... avancer.* » (C3)

Enfin, ils souhaiteraient qu'il n'y ait pas de jugement du travail : « *Et y'a pas de mauvaise réponse, y'a pas de bonne réponse, y'a pas de mauvais travail, y'a pas de bonne situation !* » (C2)

b) La formation

- Les formateurs et la façon de former

➢ La formation du formateur

Que ça soit en cours ou sur le terrain de stage, les internes interrogés manifestaient leur volonté d'une formation pédagogique des seniors :
« *Un coaching des chefs !* » (C4)
« *Ils ont un rôle de pédagogie et de compagnonnage envers nous. Mais je pense qu'en fait, je pense que c'est pas vraiment quelque chose qui est inné, et que c'est quelque chose qu'on pourrait travailler.* » (C4)
« *Les médecins ils apprennent comment la pédagogie ? Ils apprennent d'autres médecins, eux même pas pédagogues.* » (S1)

Pour certains, la formation des internes, notamment en matière d'accompagnement psychologique (de l'interne ou du patient), devait se faire par des personnes spécialisées dans ce domaine :
« *Déléguer les formations à des gens qui ne sont pas de la médecine. Qu'on ait une intervention de quelqu'un qui fait que ça. Dont c'est le métier. Qui a étudié que la psychologie, qui vienne nous en parler.* » (C2)

Une interne proposait un parrainage d'un interne « vieux semestre » avec un nouvel interne pour l'accompagner. (S4)

➢ Le rôle du senior au quotidien

Les internes exprimaient fortement la nécessité de présence et d'investissement des seniors au quotidien. (C3, C4, V1, O2, O3)

Certains souhaitaient de plus, un rôle de compagnonnage de la part du senior :
« *Voir quelqu'un faire et parler, quelqu'un qui a déjà de l'expérience.* » (C3)

Ils demandaient à être considérés: « *Nous ce qu'on voudrait c'est que ça soit vraiment nos supérieurs qui se rendent vraiment compte de nos émotions et que des fois ça peut être difficile.* » (S2)

➢ Le rôle du stage

Les internes voulaient des stages formateurs, avec notamment plus de choix de terrains de stage (S1) et une évaluation des terrains de stage. Cette évaluation devrait être visible par le senior (S3). En cas de mauvaise notation du stage, celui-ci pourrait se voir sanctionné.

« *Que la pédagogie soit un problème dans le service aussi. Enfin un vrai objectif.* » (S3)
«*"OK c'est tout pourri". Ben on va vous mettre moins d'étudiants, et vous prendrez le temps de leur apprendre à ceux-là. Et si vous faites bien et que vous êtes mieux noté l'année prochaine, on vous remettra plus." Mais que ça soit à un truc, presque transactionnelle.* » (S)

- La formation médicale en générale

En plus de la nécessité d'ouvrir la parole durant toutes les études de médecine, certains internes désiraient un changement global de la formation, tout en ayant conscience des difficultés de tels changement :

« *Et qu'il y a toute une culture dans notre profession, qui est à revoir, pour… être plus à même de discuter, en confiance, de dire ses doutes. Voilà, ça c'est quelque chose qui est, aujourd'hui je pense assez illusoire, parce qu'on n'a pas changé le système d'exploitation. On n'a pas changé le modèle, qui reste un modèle, de compétition, de tous contre tous, pas du tout de travail en commun, de bienveillance…*
En gros moi j'ai l'impression que le formatage des médecins et des futurs médecins, c'est quasiment l'inverse des valeurs affichées. Si les valeurs affichées c'est prendre soin… tranquille… d'avoir conscience de ses limites, de collaborer avec tous, aucun n'ayant la vérité vraie, fil à plomb. Mais on n'est pas du tout du tout là-dedans quoi. » (S1)

Même s'il était noté, une amélioration légère en cours. (S3)

Le niveau d'exigence (C5) et la place de l'interne (C3) devaient être retravaillés.

- Le contenu

- Sur les émotions

Les émotions devraient être abordées, étant au cœur du métier de médecin :
« *Que ça soit ça en hospitalier ou en libéral, il y a toujours un moment où on est seul face à un patient ou une famille de patients et il faut qu'on gère les émotions de personne en face, de la personne ou des personnes en face, et les nôtres qui sont contradictoires ou qui sont dans le même sens.* » (V4)
« *Finalement la gestion de l'émotion, c'est notre quotidien.* » (V4)

Il fallait des cours sur les émotions d'autrui, la médecine générale amenant à être confronté aux problématiques « psychologiques » des patients. Les internes décrivaient que pour le moment ils avaient seulement leur propre expérience pour répondre aux demandes des patients. (V2)

Il fallait aussi des cours sur les émotions du médecin :
« *Un médecin qui est bien dans sa peau il soigne mieux les gens.* » (C2)

Les RSCA pouvaient être utiles dans ce rôle mais nécessitaient des modifications. Il fallait redéfinir l'intérêt du RSCA : un outil de validation du DES ou comme outil de soutien aux internes. (C3)
« *Il y aurait des moyens de faire des RSCA intéressants avec un tuteur en présentiel, qui soit vraiment sur le mode de la discussion.* » (C2)

Un interne proposait la validation des RSCA par la présence en GEASP. (C4)

Une interne mettait en avant la nécessité d'avoir des informations sur le burn out. (V5)

- Sur les situations difficiles

Devant la difficulté de se préparer à ces situations décrites plus haut, les internes proposaient la mise en place de cours de théâtre ou de jeux de rôles (O1). Ils permettraient « *d'anticiper* » de « *se réassurer.* » (O1)

Il était noté qu'il fallait être à l'aise (O2, O3) et que chaque situation était unique :
« *Après le but, c'est pas non plus de voir comment t'aurais pu mieux faire ou comment tu peux faire . Le but c'est de … juste de parler et d'exprimer toi ton sentiment à ce moment. Juste sortir les émotions qui t'ont mis en difficulté. Puisqu'au final l'histoire tu pourras jamais la refaire. Enfin …*» (O2)

Pour d'autres, pour se préparer à ces situations, notamment d'agressions sexuelles, il fallait des protocoles « *cadrés* » (C4) et « *simplifiés* » (C3)

- Plus spécifique à la médecine générale

Une demande de formation sur l'exercice en cabinet était présente : sur les pathologies spécifiques, l'utilisation logiciel, la gestion administrative et financière du cabinet.
« *On n'est pas du tout habitué à avoir ces demandes des gens, ça correspond pas du tout, à la formation qu'on reçoit depuis huit ans.* » (V2)
« *Ça veut dire qu'on a fini les études, en en fait on recommence, on redécouvre des choses totalement nouvelles*. » (V4)

c) Un soutien psychologique

Malgré une ambiguïté complexe sur le recours à une psychologue, exprimée lors du questionnement sur les ressources actuelles des internes, la volonté d'un soutien psychologique lors de l'internat était récurrente (S2, O1, O3, C4, V3).

- Le rôle

Ce soutien permettrait une prise en charge psychologique, plutôt que médicale, avec cette dichotomie récurrente :
« *Le besoin que plus régulièrement, on soit pris en charge essentiellement au niveau psy… plutôt qu'au niveau médical*. » (S2)
« *Je pense que c'est plus côté psychologique, une prise en charge, que la formation médicale.* » (S5)

Une volonté d'un travail personnel (V1), notamment sur la culpabilité (O3) était expliqué.

- L'intervenant

Pour certains ce soutien devait se faire par une psychologue et non un médecin (C2, C4 et S1). Ils notaient la nécessité d'un regard extérieur, mais certains désiraient un psychologue dédié à la structure (O3). Il est intéressant de noter ici, que les internes décrivaient qu'il était plus facile de partager avec des gens qui font le même métier mais disaient cette volonté d'un accompagnement non médical.
Pour quatre internes le soutien psychologique pouvait se faire par le senior (S1, S2, S3, S5).

Ils désiraient « *quelqu'un qui puisse vraiment t'écouter quoi.* » (V3)

- Le lieu

Certains marquaient une différence entre les stages et les cours. Un accompagnement psychologique semblait plus adapté directement sur le terrain de stage, notamment en stage hospitalier.
« *Parce qu'en stage on a vraiment les cas, on peut parler des cas.* » (S2)
« *En stage, vraiment, les chefs ils vont se sentir concernés, parce qu'eux ils étaient là, ils ont pas pu t'aider*. » (S2)

En stage de médecine générale, le fait que les internes soient moins nombreux a été décrit comme une facilité pour communiquer avec le senior et donc permettre un soutien psychologique, notamment lors du « debrief en SASPAS ». (S2, S1, S5)

- L'accès

Nous avons vu que l'approche des internes par une psychologue pouvait être compliqué.
Une interne proposait donc la mise en place de questionnaires d'évaluation du besoin de suivi psychologique, avec une possible facilité d'expression sur le papier. (S2)

D'autres proposaient l'accès au soutien psychologique via une visite médicale spécifique aux internes avec une évaluation du besoin. (O2, O3)

- Le public et la fréquence

La fréquence de ce soutien n'était pas bien définie, pour certains cela devait être « *hyper régulier* ». (S2)
Les internes parlaient de l'importance d'un suivi systématique :
« *Pour tous, et pas seulement pour les internes en "difficultés"*. » (O1)
« *Discuter avec psychologue, même si tu te sens bien* . » (C4)

Les modalités de rencontre en groupe ou seul, variaient :
« *Peut -être les deux tu vois. Peut-être faire un travail de son côté mais voir aussi que t'es pas toute seule et que c'est normal d'avoir des situations. Et même du coup, pouvoir soutenir les autres.* » (O3)
Les deux façons de faire pouvaient être complémentaires. (S5)

d) Le temps

- Pour soi

Un interne demandait un soutien par la faculté, notamment pour respect des temps de travail à l'hôpital. (C2)

- Dans le soin

La nécessité de prendre le temps de créer la relation avec le patient, en étant à l'écoute des émotions de chacun :
« *Elle a réussi… à passer outre, à essayer de comprendre pourquoi il était comme ça. En fait à juste prendre son temps, de créer cette relation avec ce monsieur.* » (S3)

Discussion

I) Forces et limites de l'étude

1) Le sujet

La dernière étude évaluant le ressenti des internes de médecine générale de l'Océan Indien datait de 2015 (29). C'était une étude quantitative, avec une faible part qualitative. Elle évaluait le ressenti des internes par rapport au portfolio.

Ce travail se veut plus global en étudiant de manière plus générale les besoins et les attentes des internes en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles. L'abord du ressenti des internes, en se centrant sur leurs émotions, était une nouveauté dans les thèses réalisées dans l'Océan Indien.

Cependant le sujet choisi était large. En effet, questionner les besoins et les attentes, nécessitait d'explorer les difficultés et les ressources actuelles. Nous avons essayé de nous centrer sur les besoins et les attentes en matière de gestion des émotions, mais cette notion restait subjective et peu précise. Cette limite sur le choix du sujet, a permis de recueillir des données multiples et riches, mais rendait difficile l'interprétation des résultats.

2) Équipe de recherche et de réflexion

La chercheuse était elle-même en cours de réalisation de son internat de médecine générale dans l'Océan Indien durant la réalisation de cette thèse. Elle était novice en recherche qualitative. Elle a cependant pu bénéficier des ateliers d'aide à la rédaction de thèse et d'un soutien méthodologique par de Dr Leruste, du DMG de La Réunion.

Le directeur de thèse n'avait jamais dirigé de thèse et n'a pas pu être formé durant ce travail. Il avait pour expérience la réalisation de son travail de thèse en recherche qualitative.

Le fait que le sujet touche personnellement la chercheuse et un certain militantisme de sa part était à la fois des forces et des faiblesses pour cette étude. Cela permettait la garantie d'une grande implication dans son travail, mais un possible biais d'interprétation et d'influence d'opinion.

Pour limiter ce risque, la chercheuse a utilisé plusieurs outils :

- La rédaction d'un carnet de route regroupant l'évolution de ses représentations, avant et pendant le travail, afin de mettre par écrit ses à priori de recherche et pouvoir prendre du recul. Cet outil pouvant apporter au lecteur une clef de lecture supplémentaire est présenté en annexe (Annexe 5)
- La triangulation de trois méthodes d'analyse des données permettant de garantir l'ancrage de ce travail et de minimiser le biais d'interprétation.
- L'intervention d'une tierce personne pour l'animation des *focus group*.

Le fait que l'animatrice soit psychologue dans sa pratique quotidienne et formée à l'animation de groupe a permis une écoute de qualité et une animation des groupes efficiente.

De plus, le fait que l'animatrice ne soit pas interne en médecine et ne connaisse pas les participants, a permis d'éviter un biais d'opinion sur le sujet et de garantir un discours neutre.

La connaissance de sa profession de psychologue par les internes aurait pu modifier leurs discours. Il a donc été décidé de ne pas la mentionner à partir du deuxième groupe.

Cependant un groupe a dû être animé par la chercheuse, en raison du confinement. Cela a pu engendrer des biais d'investigation et d'influence d'opinion. De plus l'utilisation de la visioconférence a pu limiter les échanges entre les participants durant ce groupe.

3) Conception de l'étude

La recherche qualitative était adaptée pour l'étude des facteurs subjectifs que nous avons questionnés. Elle a permis d'identifier et d'approfondir la compréhension d'un problème spécifique et complexe.

Nous aurions pu utiliser une méthode mixte, quantitative et qualitative, pour recueillir l'avis d'un plus grand nombre d'internes sur leur accompagnement, mais nous avons choisi d'aller approfondir l'étude des ressentis en se centrant sur un nombre plus réduit de participants et en faisant une étude qualitative.

L'utilisation de l'échantillonnage raisonné a permis de réunir des critères de diversité dans les différents *focus group* (semestres différents et avis potentiellement différents) permettant ainsi de recueillir un panache d'opinion .
Cependant le recrutement s'est fait en partie par un effet boule-de-neige (les internes en parlant autour d'eux à des personnes potentiellement intéressées).
Certains participants se connaissaient donc. Cela a engendré une fluidification des échanges et a permis d'approfondir des questionnements déjà abordés entre eux. Cependant, certains internes ne connaissant pas les autres participants, semblaient avoir plus de mal à prendre part aux échanges. Cet effet a été minimisé par l'animatrice qui veillait à une participation équitable.

La réalisation du recueil des données sur un seul semestre n'a pas permis de faire participer des internes de tous les niveaux.
L'inclusion d'internes débutant leur internat aurait pu créer un biais via l'effet « leadership », que nous avons tenté de minimiser via l'intervention d'une animatrice expérimentée.
De plus, inclure des internes réalisant leurs premiers semestres d'internat, période connue comme fragile (16), a permis de faire ressortir les spécificités des besoins et des attentes en fonction de l'avancement dans l'internat.

Les *focus group* ont été menés jusqu'à saturation des données.

L'utilisation des *focus group* a permis, via la dynamique de groupe de stimuler et d'explorer différents points de vue, mais aussi de faire émerger de nouvelles idées.
La confrontation des opinions et la parole spontanée ont permis l'ouverture de dialogues cachés et une prise de conscience.
L'utilisation d'entretiens individuels aurait pu être plus adaptée devant ces questionnements intimes, afin d'aller creuser plus en profondeur le vécu émotionnel des internes. Il est possible que l'utilisation de groupes ait limité l'expression de certains participants. Cependant, la question de recherche étant centrée sur les besoins et les attentes, et non sur le vécu, le débat de groupe semblait plus ajusté.

La mise en place d'un groupe test nous a permis de valider l'utilisation des *focus group*, qui permettait une réponse adéquate à la question de recherche .

Une relecture de la retranscription des *focus group* était proposée aux participants, mais aucun d'eux n'en a exprimé le besoin.

Pour l'analyse des données, l'utilisation d'un double procédé de codage permettait d'éviter les biais de préconception et d'analyse. Cela pouvait pallier le fait que les données soient analysées uniquement par la chercheuse.

II) Analyse des données confrontées à la littérature et perspectives

La réalisation de ce travail de recherche a permis de mettre en avant trois besoins primordiaux des internes face à leurs difficultés : pouvoir en parler, être accompagnés et y être préparé.
De ces besoins découlent des attentes et des idées d'amélioration de la formation que nous présenterons.

1) Préalable : repérer la naissance des difficultés

L'étude des difficultés des internes n'était pas le sujet de ce travail, mais un préalable nécessaire afin de comprendre leurs besoins et leurs attentes. Les pousser à réfléchir à nouveau à une situation professionnelle vécue, a permis aux internes de prendre conscience de leurs difficultés et de pouvoir réfléchir à des pistes d'amélioration.

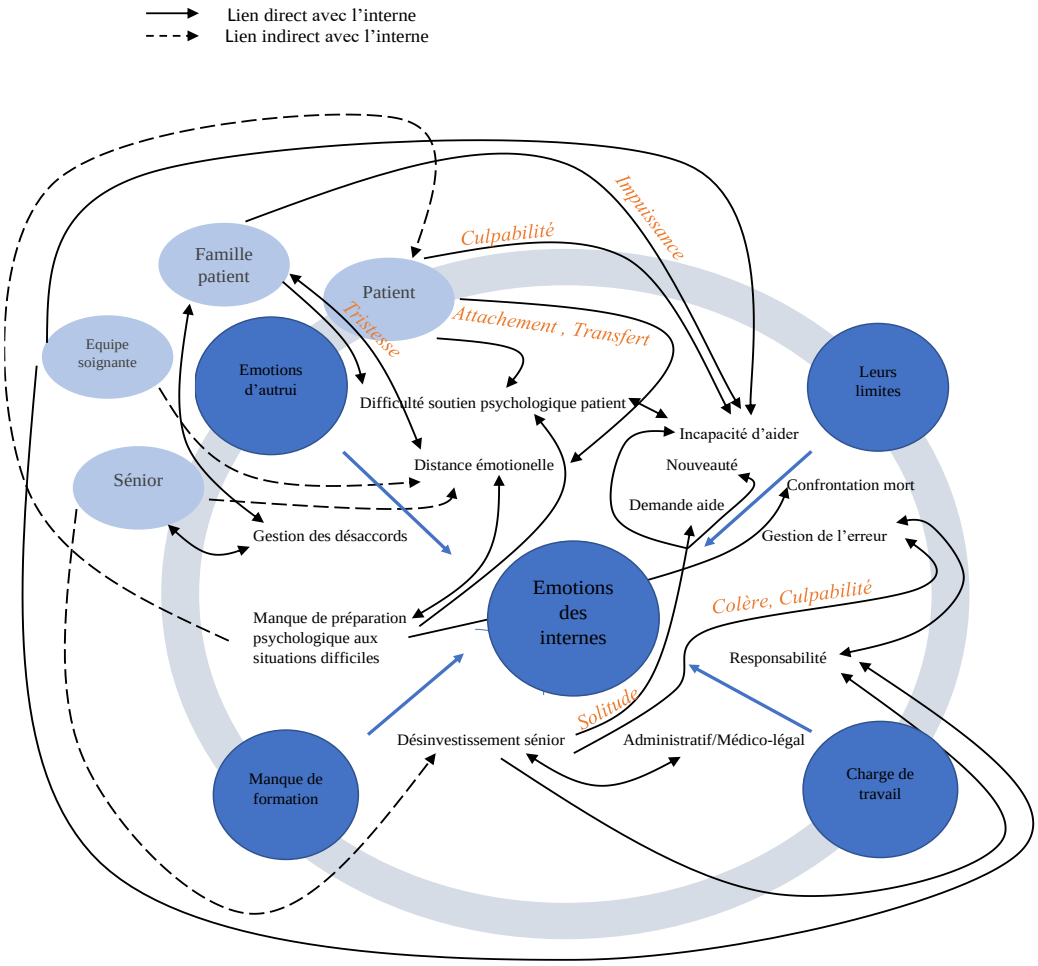
La souffrance résultait d'une confrontation entre les exigences du travail et les ressources individuelles et collectives, comme décrit dans le travail de Cordonnier (9).

Les causes des difficultés des internes pouvaient être regroupées en quatre types :
- La gestion des émotions d'autrui
- La confrontation à leurs limites
- Le manque de formation
- La charge de travail.

Ces étiologies sont retrouvées dans les travaux de thèses sur les causes du burn out, présentées dans le constat (9) (11) (14) (15). Cette concordance montre en elle-même l'importance de la prise en compte de ces difficultés.

Le questionnement des internes sur les émotions qu'ils avaient ressenties en situations professionnelles a permis la modélisation du schéma complexe de la naissance de leurs besoins, présenté ci-dessous. Celui-ci est détaillé dans le chapitre résultat.

Figure 5. Modélisation globale



Ce schéma montre que les émotions de chaque acteur de la relation de soin peuvent majorer les difficultés de l'interne. La prise en compte des émotions de chacun est donc primordiale.

Pour faire face à ces difficultés, les internes mettaient en place des stratégies d'adaptation. La prise de conscience de la mise en place de ces mécanismes de défenses et de leurs impacts semblait limitée.

Ils utilisaient principalement des stratégies centrées sur la recherche de soutien social et centrées sur la régulation émotionnelle.

Plusieurs études montrent que les internes, notamment en début d'internat, utilisent avant tout des stratégies de *coping* centrées sur l'émotion (9) (15) (16). Or, il est démontré que ce type de *coping* est associé avec l'épuisement émotionnel et qu'il est peu adéquat pour limiter les symptômes de stress, d'anxiété et de dépression (16) (38).

De plus, la mise en place de ces stratégies pouvait mener pour les internes à se couper de leurs émotions et/ou de celles du patient.

Lorsqu'on interroge le Professeur Galam, médecin coordonnateur de l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux, sur les liens entre la souffrance psychologique du médecin et les risques de mauvaise pratiques, il explique : « L*a souffrance psychique ne laisse plus la place à la réflexion et à la sérénité. Comment voulez-vous trouver l'énergie de vous intéresser vraiment à vos patients, de penser à la qualité des soins ?* ». (38)

La présence de ces difficultés et leur impact sur le bien-être de l'interne et du patient montre l'importance de leur prise en compte et la nécessité d'amélioration des ressources en place.

Pour sortir de ce cercle vicieux les internes exprimaient trois besoins : pouvoir parler, être accompagnés et être préparés.

2) Pouvoir en parler : travail sur l'image du pilier

a) Constat. La communication : une ressource essentielle, pourtant bloquée.

Face aux difficultés qu'ils avaient vécues, quelques soient leurs origines, les internes expliquaient utiliser comme ressource principale la communication.

La recherche d'un soutien social permettant un réconfort moral, via la discussion avec les co-internes était une stratégie d'adaptation décrite par les 19 internes interrogés et se retrouve dans la littérature (16) (39) (40).

La communication avec l'équipe soignante et notamment avec les maitres de stage libéraux et lors des réunions de service en CHU, s'avère être une vraie ressource (41) (42). Elle avait un rôle de réassurance et de déculpabilisation et pouvait permettre une résolution des problèmes.

Les amis ou la famille n'exerçant pas dans le soin, pouvaient être des soutiens (16). Ils étaient cependant décrits dans ce travail comme une ressource limitée par leur moindre faculté à comprendre les situations.

La communication, ressource principale, était cependant souvent manquante.

L'image du médecin comme pilier du système de santé, est forgée par la société et renforcée lors du cursus via l'exemple des ainés (43). Le médecin doit être solide, ne pas montrer ses failles et ses émotions. Cela semblait être à l'origine d'un frein à l'expression de leurs difficultés (44).

L'ancrage inconscient de cette image de puissance, poussait les internes à se sentir en difficulté face à leurs propres limites et rendait difficile leur acceptation. Le sentiment d'impuissance face à l'incapacité d'aider, à la gestion de la nouveauté et de l'incertitude, à la confrontation à la mort ou à l'acceptation de l'erreur était récurrent et se retrouve dans la littérature (4) (39) (41).

La banalisation ou le silence face à leurs difficultés sont les symptômes de cette culture du « non-dit » (9) (44) (45).

Cette représentation sociale et culturelle du médecin se retrouve dans la littérature (2) (9) (12) (22) (43) (46).

La transmission de celle-ci de façon implicite, décrite comme un formatage par les internes, est nommée « curriculum caché ».

Il correspond aux règles non écrites et implicites du corps médical, transmises à l'insu du formateur.

Lempp a décrit le contenu du « curriculum caché » dans les études médicales comme l'adoption d'une identité professionnelle faite de rituels, l'acceptation de la hiérarchie, la perte de l'idéalisme, le changement de l'intégrité éthique et la neutralisation émotionnelle (47).

Galam le décrit comme « *le parcours implicite qui convertit un profane en médecin. Cette acculturation est fondée sur des règles dont on ne parle pas, tant elles sont évidentes et*

contraignantes : pas de place pour l'émotion, pour le doute, pour la contradiction, l'échec, l'erreur, la critique. Pas de place non plus pour la fragilité ou la demande d'aide même si tous savent qu'elles existent. » (38)

Le «curriculum caché » nourrit un processus de socialisation au travers des normes et des valeurs professionnelles attendues qui viennent heurter un jeune professionnel en construction (9) (12) (14).

Cette difficulté à parler ou à accepter leurs difficultés pouvait expliquer la non-utilisation de certaines ressources proposées. En effet sur les 19 internes interrogés, aucun ne parlait de la médecine préventive facultaire (SUMPPS), ni avait participé aux ateliers des gestions du stress. Quand des psychologues étaient disponibles ils étaient peu sollicités, et une seule interne disait avoir sollicité son tuteur face à ses difficultés.

Cette notion se retrouve dans le travail de Fedidah sur les freins à l'utilisation d'une cellule de soutien morale mise en place pour les internes. Seuls 0,02 % des internes interrogés avaient eu recours à cette cellule, alors que 70 % des internes présentaient au moins une dimension pathologique du Maslach Burnout Inventory (MBI). Les principaux freins à l'utilisation de cette cellule de soutien étaient une crainte de manque d'anonymat, une honte ou de la culpabilité (48).

b) Perspectives

- Un changement global de mentalité

Un travail sur l'image du médecin, son idéal personnel et professionnel semble donc un préalable primordial pour libérer la parole et accepter les limites de ses capacités (4).

Cette réflexion sociétale et individuelle, doit toucher l'interne, mais aussi chaque médecin et chaque acteur de la relation de soin (équipe, patient et leur famille). Repenser le rôle attendu du médecin et sa responsabilité par chacun est indispensable. Il est essentiel de garder en tête que chaque médecin est avant tout un être humain. Il est possible d'être soignant sans être « soi-niant ».

L'évolution de la relation médecin-patient d'un modèle traditionnel paternaliste vers un modèle plus horizontal, notamment grâce à l'avènement d'internet (78), a permis une avancée face à l'idéalisation du médecin.
L'accès aux connaissances via l'informatique est une source de savoir sans fin.
Cependant, à l'heure où l'intelligence artificielle tente de surpasser l'intelligence humaine (79), l'aspect relationnel et humain du métier de médecin prime, dans la relation aux patients mais aussi aux internes en formation.

Le rôle de la formation dans la construction de l'idéal professionnel est connu (4). Un changement de mentalité lors de celle-ci paraissait nécessaire. Un apprentissage dans une ambiance bienveillante et humanisée était souhaité.

La recherche d'un nouvel équilibre, entre projections et réalité, est nécessaire pour faire perdurer le bien-être de l'interne (4) (39).

De plus la reconnaissance du « curriculum caché », son abord, son explicitation auprès des enseignants et des internes permettraient de lever le voile sur une partie de l'indicible (9).

« *Doit-on fonder un idéal fort, instituant un rôle protecteur pour passer au travers de difficultés quotidiennes et favorisant le conformisme et la responsabilité intérieure, la conscience professionnelle ? Ou doit-on, au contraire, combattre les illusions ou la visée de perfection, qui créent des attentes néfastes et exposent au risque de burnout, et s'ancrer dans le réel, en mettant en exergue les limites de toute relation soignante ?* » (4)

- Créer des véritables espaces de paroles

Les internes souhaitaient parler de leurs difficultés et que cela devienne une habitude. Ceci devait se faire sur le lieu de travail, avec les seniors et toute l'équipe soignante mais aussi via la mise en place de groupes de parole et d'un soutien psychologique régulier.

Les GEASP actuellement en place, dont le nom indique des groupes permettant une analyse de situations, sont décrits dans le programme officiel et sont en réalité des groupes d'échange de pratiques (27).

Ce manque de clarté qui peut paraitre sans conséquence, est en fait sujet à questionnement.

Il peut expliquer la confusion récurrente et généralisée entre les GEASP et RSCA et un groupe de pairs (28) (29) (41) (49). Il peut ainsi permettre de comprendre une partie de l'insatisfaction des internes vis-à-vis de ces outils, décrits comme insuffisants en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions (49) (50).

L'analyse de pratiques, centrée sur l'Evidence base medecine (médecine fondée sur les données probantes) et sur l'acquisition de compétences, diffère de l'analyse de situations.
Celle-ci se veut plus globale, en prenant en compte la complexité (28), notamment en lien avec le soignant en tant qu'humain, éprouvant des émotions susceptibles de modifier son vécu des situations et sa pratique.

Une clarification du but attendu des RSCA et des GEASP serait dont intéressante : des outils permettant d'acquérir et d'évaluer des compétences ou permettant d'accompagner l'interne ?

Les groupes de paroles souhaités unanimement, seraient des moments privilégiés d'échanges entre internes, permettant d'exposer leurs difficultés et leurs émotions. Plusieurs internes faisaient référence au *focus group* auxquels ils venaient de participer.

Cette demande se retrouve dans les travaux de thèses sur la prévention de la souffrance des internes (11) (16).

La mention de groupes Balint n'était pas spécifiée, mais les modalités s'en rapprochaient.

Plusieurs facultés de médecine en France ont mis en place des groupes d'inspiration psychanalytique, sous forme de groupes Balint ou groupes de paroles (51). Ils se font en présence d'un animateur formé à la psychanalyse.

Les objectifs de cette méthode sont de rendre les étudiants capables : (51) (52) (53)

- D'analyser les attitudes et les contre attitudes des patients et des médecins
- De percevoir l'influence des processus psychologiques des patients à l'œuvre dans l'approche de la maladie ou du traitement
- D'apprendre à utiliser le domaine émotionnel dans le procédé thérapeutique
- D'améliorer leur façon d'écouter

Originellement, c'était une étude de la pharmacologie du médecin en tant que remède, avec une étude des effets indésirables de ce remède sur la relation médecin-patient (22).

« *Participer à un groupe Balint est à mon sens le meilleur moyen de s'aider à pratiquer longtemps la médecine sans souffrir et se sentir floué par les relations dont on n'appréhende pas la nature ou la profondeur. C'est un facteur de qualité d'exercice que doit s'offrir le médecin* » (54)

Ces groupes de parole n'existent pas pour les internes de l'Océan Indien et un seul groupe Balint existe pour les médecins à La Réunion.

Les études réalisées chez les internes participant à un groupe Balint, ont montré qu'ils permettaient une amélioration du savoir-être des internes par la prise en compte leurs émotions et une amélioration de leur savoir-faire par acquisition de compétences en communication, en psychologie et par une réflexion sur leur pratique médicale (16) (55). Il a été aussi démontré que les médecins participants aux groupes Balint, sont moins souvent atteint de burn out (12).

« *La capacité de percevoir des émotions représente un mécanisme permettant de détecter la bonne ou la mauvaise adéquation entre les adaptations de l'organisme et les circonstances extérieures.* » (56)

- Instaurer un dialogue avec des psychologues

Le recours à un soutien par des psychologues, malgré une ambivalence marquée à son sujet dans ce travail, semblait être désiré. La libération de la parole est nécessaire dans un premier temps afin de permettre aux internes d'accepter et de voir l'intérêt de cette démarche. Ils expliquaient qu'il devait être systématique et régulier, afin qu'il devienne habituel.

Une approche cherchant à questionner le vécu des internes plutôt qu'aborder directement leurs difficultés, pourrait permettre une acceptation plus facile du soutien psychologique.

Le besoin de ce soutien revient dans le travail de thèse de Roger, dans lequel la personne aidante pouvait être n'importe quel professionnel neutre et à l'écoute (57).

« *Exprimer et ressentir des émotions n'est pas un luxe. Cela nous permet de nous orienter par rapport à nos dispositions internes, et nous aide à communiquer aux autres des indices qui peuvent aussi les aiguiller dans leur interaction avec nous*. » (58)

Nonobstant, la charge de travail de l'interne est assez conséquente et ne lui laisse que peu de temps libre. C'est pour cette raison que le système de soutien devrait être intégré au cursus et considéré comme faisant partie de la formation initiale de l'interne (16).

Le soignant doit donc améliorer la compréhension qu'il a de lui-même, de ses craintes, de ses automatismes, de ses aversions, de ses dégoûts. Il doit prendre conscience de ses mécanismes projectifs et de défense afin d'acquérir une authenticité et un certain niveau de confiance qui lui permettront d'améliorer la qualité des soins qu'il dispense (59).

3) Être accompagné : un pilier manquant d'étayage

a) Constat : un accompagnement par les séniors défaillant.

Le désinvestissement ou l'absence du senior en stage ou lors du tutorat, en cas de demande d'aide face à une difficulté était une problématique récurrente et majeure, touchant plus de la moitié des internes interrogés.

Cela engendrait un sentiment de solitude chez l'interne et majorait sa difficulté initiale. Ce manque de soutien provoquait souvent une remise en question de l'interne, le menant à culpabiliser sur des choses pourtant bien faites.

Les moments de travail en effectif réduit (manque d'interne, garde ou astreinte) impliquant une charge de travail augmentée et une fatigue plus importante, ainsi que les stages dans le cadre hospitalier, semblaient majorer ce sentiment de solitude. Le respect des conditions de travail de l'interne est donc un préalable indispensable à leur bien-être (11) (57).

Ces problématiques de désinvestissement ou l'absence du senior se retrouvent dans la littérature sur la relation interne-senior en général (9) (11) (40) (60) et dans les travaux sur le tutorat dans différentes facultés en France (61) (62) (63) (64).

Repenser l'interne comme un médecin en formation et non comme un travailleur actif nécessaire au bon fonctionnement du système de santé était une besoin central. Les internes désiraient une réelle formation passant par un accompagnement ajusté.

Le savoir concernant les connaissances médicales n'était pas souvent à la source des difficultés.
Le savoir-faire et le savoir-être dans la relation à soi et à l'autre, dont l'apprentissage théorique semblait difficile, mettaient les internes en tension.
Ces difficultés se retrouvaient par exemple dans ces situations : annonce d'un décès, gestion d'une agression, réflexion à la suite d'une erreur médicale, gestion d'un désaccord avec une famille ou avec le senior, etc.

« *La seule véritable erreur est celle dont on ne retire aucun enseignement*. » John Powell

Ils exprimaient le besoin d'un investissement pédagogique et souhaitaient de la part du senior un rôle de compagnonnage et de partage plutôt que d'évaluation des connaissances, comme exposé dans la littérature (41) (61) (62) (63) (64). Il était souhaité une approche pédagogique non violente et constructive permettant à l'interne d'évoluer face à ses difficultés (38).

Dans son travail, Pougnet montre qu'une bonne relation entre les médecins seniors et les internes, impliquant présence et accompagnement constructif, est un facteur protecteur contre les troubles anxieux et les troubles réactionnels (60).

La question du rôle du senior comme accompagnant versus comme évaluateur rejoint ici le questionnement sur le rôle des GEASP et des RSCA.

Il semble émaner que le paradigme d'apprentissage, en place depuis la réforme du 3ème cycle en 2004, censé être centré sur l'étudiant (26), vise en fait l'apprentissage et le développement des compétences de celui-ci.
La compétence est définie comme « *un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes pour répondre à un ensemble de situations professionnelles données* ». (26)
La prise en compte de l'interne dans sa globalité, de son vécu et de ses ressentis semble parfois manquante et nous pouvons nous questionner sur l'accompagnement proposé par la faculté pour le développement des ressources internes de l'étudiant.

b) Perspectives :

Nous avons vu initialement qu'un travail sur la possibilité d'expression de ses difficultés semble nécessaire. L'accompagnement et le soutien par le senior en amont ou lors de l'expression de ces difficultés est complémentaire et primordial. Pour pouvoir envisager une résorption du problème, le partage émotionnel doit s'organiser autour de la compréhension de la situation émotionnelle vécue et non dans le partage des affects purs (39).

- Des terrains de stages formateurs

Afin d'éviter la mise en tension de l'interne et de permettre son apprentissage, le terrain de stage et les responsabilités devaient être adaptés.

La pédagogie devrait, selon les internes interviewés, avoir une place centrale lors de l'accueil des internes en stage et lors de l'accompagnement facultaire (57). Une évaluation et sanction des stages non formateurs était proposée.

Dans le rapport sur le bien-être des étudiants en santé, réalisée en 2017 par le Dr Donata, à la demande du ministère des Solidarités et de la Santé, un des engagements devant être mis en place préconisait l'évaluation systématique des lieux de stage par les étudiants et le déclenchement d'une procédure de réexamen de l'agrément ou des conventions en cas d'évaluation insatisfaisante (7).

Généraliser cette pratique à tous les terrains de stage, malgré les difficultés potentielles à trouver des lieux d'accueil, semble nécessaire afin de favoriser la formation des internes dans de bonnes conditions.

- Formation des séniors à la pédagogie

Il est du devoir du médecin, selon le code de la santé publique de « *partager ses connaissances et son expérience avec les étudiants et internes en médecine durant leur formation dans un esprit de compagnonnage, de considération et de respect mutuel.*» (Article R.4127-68-1)

Un tuteur est définit selon le Larousse comme une « *personne qui sert d'appui, de soutien, de protection.* »

Toutefois, il était mis en avant qu'être pédagogue n'était pas inné. Une formation plus approfondie et uniformisée des seniors à l'encadrement des internes semble nécessaire (29, 41, 49, 50, 66, 67). Cela fait aussi partie des engagements pris par le Ministère des Solidarités et de la Santé (7).

Selon Aristote, « *il faut qu'il y ait bienveillance mutuelle, chacun souhaitant le bien de l'autre* » (65), à savoir sa réalisation en tant que médecin dans le soin du patient .

Cette formation des seniors devrait se faire, selon les internes, par des intervenants formés à la pédagogie.

Les difficultés des internes provenant principalement d'un manque de savoir-faire ou de savoir-être, un accompagnement à l'apprentissage de ces savoirs empiriques, notamment via un rôle de compagnonnage des plus experts était souhaité.

Le travail de Phaneuf, montre qu'une évaluation du soignant, prenant en compte son savoir-faire et son savoir-être dans la relation à soi et à l'autre existe, notamment chez les étudiants infirmiers (68). Il semble permettre un accompagnement plus global et humain du soignant.

Une reconnaissance et une valorisation par les seniors du travail de l'interne semble aussi importante (16) (57). En effet, la validation de la confiance passe par l'approbation des seniors qui doivent non seulement encourager l'expression des situations émotionnelles difficiles mais aider à ce que l'affect soit dé-potentialisé pour empêcher toute rumination dysfonctionnelle (39).

- Formation des internes par des intervenants spécialisés

Étant donnée l'étendue du domaine de compétences requit durant l'internat de médecine générale et dans l'exercice même de la profession, il semblait logique que les internes ne soient pas uniquement formés et accompagnés par des médecins. La formation par des professionnels spécialisés, notamment dans la communication pédagogique, les questions éthiques sociales et législative parait intéressant.

De plus, compte tenu des processus d'identification qui se développent chez les étudiants et de l'impact puissant reconnu au rôle de « modèle », il serait probablement utile, pour traiter de ces risques professionnels, de solliciter de façon éclectique, à la fois des enseignants de la profession à laquelle prépare le cursus de formation et des enseignants issus d'autres catégories professionnelles (psychologues, psychiatres, médecins du travail) (4).

Enfin, afin de permettre une plus grande congruence dans les échanges, l'accompagnement des internes les plus jeunes par des internes plus avancés dans leurs cursus, avec la mise en place d'un tutorat junior était proposé par une interne et se retrouve dans différents travaux (50, 61, 62, 64, 66).

4) Être préparé : un pilier aux fondations fragiles

a) Constat : un manque de préparation psychologique.

L'internat, période de transition dans la vie d'un étudiant en médecine, ressort comme une période émotionnellement intense, avec une préparation psychologique de l'interne insuffisante (11) (38) (39).

Une dichotomie entre le médical et le psychologique revenait à différents niveaux dans ce travail.

Les internes se sentaient généralement suffisamment préparés et accompagnés sur le plan médical. Cela concernait leurs connaissances des pathologies somatiques, mais aussi le suivi de l'interne sur sa santé physique.

Cependant, ils notaient une préparation et un accompagnement insuffisant sur le plan psychologique. Cela concernait leur propre préparation à être confrontés à des situations complexes impliquant leurs émotions (39) (69) mais aussi leur préparation à accompagner les patients ou leurs familles en situation de détresse psychologique (70) (71).

Il est intéressant de noter dans le travail de Soulard, que l'implication émotionnelle du médecin persiste à être une source de difficultés pour le médecin lui-même et dans leur relation avec le patient chez les médecins généralistes. Bien que l'expérience du médecin ressorte chez certains praticiens comme un facteur protecteur, elle parait insuffisante (69).
Une préparation précoce semble donc d'autant plus indispensable.

Les cours dispensés durant l'internat dans l'Océan Indien, abordent pourtant les sujets posant des difficultés aux internes, notamment (27) :

- La relation médecin-patient
- Les techniques de communication
- Les situations difficiles
- Le patient complexe
- La souffrance psychologiques ou morale
- L'annonce de la mauvaise nouvelle

Cependant ils n'étaient pas décrits comme une ressource. Les internes en avaient un souvenir vague et décrivaient des cours centré-patient et non centré-soignant.

Comment serait-il possible de mieux préparer psychologiquement les internes à leur exercice de médecin ?

b) Perspectives :

Nous avons vu initialement, la nécessité d'un travail préalable de tous sur l'image du médecin et son idéal pour permettre l'acceptation de ses limites et laisser place à la parole et à un dialogue non jugeant.
Un accompagnement pédagogique et constructif au quotidien, en amont ou durant ses difficultés est le deuxième point clé.
Cependant un renforcement des savoirs dans les domaines du savoir-faire et savoir-être semble indispensable et complémentaire.

- Apprendre à gérer ses émotions

Il est important de noter que la gestion des émotions, n'équivaut pas à exercer un contrôle sur celles-ci, mais au contraire à savoir les comprendre et les écouter.

⇨ Se connaître soi-même

Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre devrait être enseigné dès les études de médecine et rester le mot-clé du médecin durant toute sa carrière (46).

Dans son travail, Bonardi écrit que les internes doivent apprendre à se connaître afin d'éviter d'être déstabilisés par leurs réactions émotionnelles. L'accès à un équilibre émotionnel participe à un gain de confiance en eux.
Cependant la gestion des émotions est une attention à développer et la difficulté est de maintenir cette attitude sans tomber dans l'indifférence ou la routine (39).

Une revue de littérature réalisée en 2000, sur les programmes de gestion du stress dans les études médicales, montrait que plus de 600 articles parlaient de l'importance d'aborder le stress dans les études médicales. Ces programmes permettaient entre autres de diminuer l'anxiété et la dépression, d'utiliser de façon positive les stratégies d'adaptation et d'augmenter l'empathie des internes (39) (72).

Les pratiques psychocorporelles (PPC) étaient abordées par une seule interne dans ce travail.
Cependant il semble intéressant de s'y pencher.

Les méthodes psychocorporelles amènent à prendre conscience de ce qui se passe dans l'instant présent, dans une relation aux autres et au monde. Il ne s'agit pas uniquement d'une réflexion individuelle, mais aussi d'une exploration de l'éventail des sensations, des émotions et des pensées. (74)

La réalisation d'un travail sur l'apport des PCC sur le bien-être des soignants par la chercheuse dans le cadre de son DIU avait montré que ces pratiques permettaient de majorer l'intelligence émotionnelle du soignant.

L'intelligence émotionnelle représente « *un ensemble d'habiletés verbales ou non verbales permettant à un individu de générer, reconnaître, exprimer, comprendre et évaluer ses propres émotions et celles des autres de manière à orienter les pensées et les actions permettant d'affronter efficacement les exigences et les pressions de l'environnement.* » (75)

Le travail de thèse de Dripaux montre que la méditation de pleine conscience est intéressante dans la réduction du stress et la régulation émotionnelle et que les internes interrogés souhaitaient y être formé (76).

Il ne s'agit pas ici d'un savoir théorique mais plutôt d'une réflexion sur soi, aidant à la remise en question, afin de reconnaître ses points faibles, d'accepter l'incertitude et de travailler sur l'idéal professionnel. En effet, cela permet une meilleure adaptation de l'interne à son nouveau métier.

« Les seules connaissances qui puissent influencer le comportement d'une personne sont celles qu'elle découvre d'elle-même et qu'elle s'approprie. » Carl Rogers

- ⇨ Gérer ses émotions dans la relation à l'autre

Les émotions de la moitié des internes interrogés étaient aussi fortement impactées par la relation au patient ou sa famille. Ils expliquaient avoir été formés à avoir de l'empathie pour le patient et à garder une certaine distance.

Cependant l'équilibre à atteindre est une frontière invisible qui reflète une implication émotionnelle maîtrisée de l'interne (39). Pour aboutir à cet équilibre une préparation plus approfondie à cette relation était désirée, avec la mise en place de cours centrés-soignant et non seulement centrés-patient.

Un abord du contre-transfert et de ses implications semble aussi nécessaire (77).

- Préparation psychologique à vivre des situations complexes

Une information claire, en début d'internat, sur les risques psychosociaux du métier d'interne et le burn out est un préalable nécessaire revenant dans la littérature (16, 39, 62, 64). Les internes ne prendront conscience de l'étendue du problème que lorsqu'ils y feront face, mais la sensibilisation au préalable pourrait leur permettre une plus grande vigilance et une meilleure anticipation. (16)

Le manque de préparation à les gestion des conflits (44) et des erreurs (40) se retrouve aussi dans la littérature. Un enseignement à la communication effectif serait donc à envisager (73).

- Formation à l’accompagnement psychologique du patient et de sa famille.

Pour finir, l’accompagnement psychologique du patient ou de sa famille lors de situations de détresse pouvait mettre les internes en difficulté et les pousser à se sentir impuissants face à leur incapacité d’aide.

Une réflexion sur l’idéal professionnel, comme abordé initialement, permettrait dans un premier temps à l’interne d’accepter son incapacité à soulager toutes les souffrances.

Cependant, l’accompagnement des émotions d’autrui est un savoir-faire et un savoir-être nécessitant une formation, qu’il serait intéressant d’approfondir. Un enrichissement de la formation sur la souffrance psychologique et son accompagnement, notamment via la mise en place de jeux de rôle pourrait être proposé.

Conclusion

La réalisation de ce travail a permis de montrer l'importance et la nécessité de la prise en compte des émotions des internes.

L'analyse de leurs vécus de situations professionnelles a mis en avant que le rôle d'interne était perçu comme celui d'un pilier. Une structure centrale d'un édifice, permettant aux autres acteurs du soins (le patient, sa famille, l'équipe soignante et les seniors) de compter sur lui.
Ce pilier devait être solide et avait été formé à ne pas montrer ses faiblesses et exprimer ses failles.
Il avait cependant des fondations fragiles et les soutiens à ce pilier étaient perçus comme insuffisants.

Afin de pallier ces manques, les internes exprimaient trois besoins primordiaux : pouvoir parler, être accompagnés et être préparés.

Un changement de la culture médicale et plus globalement des représentations sociétales, concernant le rôle de l'interne et du médecin plus généralement devrait avoir lieu. Un travail sur l'idéal professionnel et une mise en lumière du « curriculum caché » permettrait de libérer la parole et d'accepter les limites de chacun.
Un accompagnement pédagogique constructif, passant par la formation uniformisée et adaptée des seniors et l'intervention de spécialistes en pédagogie parait nécessaire.
Une préparation psychologique à l'exercice de la médecine et à l'accompagnement de patients en détresse était attendue.

Au-delà des apports pratiques possible de ce travail pour la faculté, il a permis de déclencher une mise en réflexion de tous les participants à cette étude et invite chacun réfléchir sur ses limites et sa manière de les accepter. Cette réflexion individuelle semble un préalable nécessaire à l'accueil des difficultés des autres.

La réalisation d'une étude interrogeant les séniors sur l'expression et l'accompagnement de leurs émotions et de celles de leurs internes pourrait être intéressante.

Cette thèse cherchant à optimiser l'accompagnement de l'interne dans sa formation et sa pratique peut paraître critique à l'égard des propositions déjà en place concernant la transmission et/ou l'accompagnement. Ce travail ne saurait remettre en cause la belle énergie présente au sein des équipes d'enseignants, des maîtres de stage extra ou intra hospitaliers, mais propose des pistes pour améliorer le bien-être de chacun, soignants, formateurs et patients.

Références bibliographiques

1. D'Albis H. Pourquoi la révolte sociale peut durer. Les Échos. 2018. [Page Web].https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/pourquoi-la-revolte-sociale-peut-dure-240066. Consulté le 02/08/2020

2. Bouhelier E, Gibo E, Previtali M. Les émotions des soignants dans la relation de soins. [Travail de fin d'étude]. Diplôme infirmier. Université de Besançon; 2014.p.37

3. Cauchard L, Courtet P. La médecine peut-elle nuire à la santé des médecins ? [Article de revue].La Lettre du Rhumatologue. 2011;(371):7.

4. Daloz L. Épuisement professionnel et blessures de l'idéal. Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. [Article de revue] Pédagogie Médicale. 2007;8(2):9.

5. DREES, Brocas AM. Santé physique et psychique des médecins généralistes. 2008.[Page Web] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er731.pdf. Consulté le 11/02/2020

6. Salinsky J, Sackin P. Ça va, docteur ? Quand les médecins sont sur la défensive. [Livre] SIPAYAT. 2011 . 236 p.

7. Donata M, 15 mesures pour le bien être des étudiants en santé. 2018 [Rapport] https://solidarites-sante.gouv.fr/. Consulté le 12/03/2019

8. Gallice L. La santé des médecins généralistes libéraux francais. [Thèse de médecine] Médecine générale . Université de Toulouse; 2014. 65p.

9. Cordonnier D, Bouteiller M, Chatelard S, Imbert P, Gaboreau Y. Contraintes et souffrances des internes de médecine générale.[Article de revue]: Exercer. 2019;(150):6.

10. Orquidia M. Le burnout chez les soignants: facteurs prédisposants et moyens de prévention. [Travail de fin d'étude] Diplôme infirmier. Haute école de Santé de Fribourg; 2009. 150p.

11. Tourneur AL, Komly V. Burn out des internes en médecine générale: état des lieux et perspectives en France métropolitaine. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Grenoble; 2013. 136p.

12. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généraliste. [Thèse de médecine]Médecine générale. Université Paris Descartes; 2013. 220p.

13. INRS. Risques psychosociaux. 2015 [Page Web] http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/travaux-inrs.html Consulté le 23 mars 2020

14. Boissard C. Évolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Ile de France durant leurs trois années d'internat. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Paris Descartes; 2018. 211p.

15. Contau G. Étude de l'évolution du burn out dans les différents terrains de stage pendant les 18 premiers mois d'internat de médecine générale. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Bordeaux; 2016.98p.

16. Salam H. Les stratégies d'ajustement face au stress des internes de médecine générale. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Paris Descartes; 2014. 195p.

17. Lazarus R. Psychological Stress and the Coping Process. 1966. [Livre] 492 p. (Mc Graw-Hill).

18. Langevin V, Boini S, Francois M, Riou A. Ways of Coping Checklist.[Article de Revue]: Référence en santé au travail. 2013;(135):135-8.

19. Rioux A. L'épuisement professionnel selon Freudenberger. [Page Web]. https://www.psycho-ressources.com/bibli/epuisement.html Consulté le 31/03/2020

20. Maslach C. A multidimensional theory of burn out. 1998. [Livre]312 p.

21. Fond G, Bourbon A, Auquier P, Micoulaud-Franchi JA, Lançon C, Boyer L. Venus and Mars on the benches of the faculty: Influence of gender on mental health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study. [Article de revue] Journal of Affective Disorders. oct 2018;239:146-51.

22. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot. 1960. [Livre] 418 p.

23. Santé - Université de La Réunion. [Page Web]Disponible sur: https://www.univ-reunion.fr/vie-etudiante/sante/ Consulté le 12/08/2020

24. Magnan A. Programme d'aide aux médecins du Quebec. 2010. [Page Web] http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/DR_A_MAGNAN.pdf. Consulté le 18/03/2019

25. Jouquan J, Bail P. A quoi s'engage-t-on en basculant du paradigme d'enseignement vers le paradigme d'apprentissage ? [Article de revue]: Pédagogie Médicale. 2003;4:163-75.

26. CNGE. Concepts et principes pédagogiques. Collège National des Généralistes Enseignants. 2013. [Page Web]: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/concepts_et_principes_pedagogiques/ Consulté le 26/04/2020

27. Département de médecine générale de la Réunion. Maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de la discipline médicale de médecine générale. [Document] Journal officiel de la République française. 2017;29.

28. Augier C. Groupes d'Entrainement à l'Analyse de Situations Professionnelles. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Nice; 2007. 125p.

29. Dufour D. Bénéfices ressentis par les internes de médecine générale de l'Océan Indien vis-à-vis de leur travail de rédaction du port folio. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de La Réunion; 2015. 96p.

30. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée.[Article de revue]: Cahiers de recherche sociologique. 1994;(23):147-81.

31. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. [Livre] 4ème édition. 2012.

32. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. [Article de revue]: Exercer. 2013;24(105):4-11.

33. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative, deuxième partie. [Article de revue]: Exercer. 2008;20(88):106-12.

34. Intissar S, Rabeb C. Étapes à suivre dans une analyse qualitative de données selon trois méthodes d'analyse : la théorisation ancrée de Strauss et Corbin, la méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman et l'analyse thématique de Paillé et Mucchielli, une revue de la littérature. [Article de revue]: Revue francophone internationale de recherche infirmière. 2015;161-8.

35. Mutel M, Sibelet N. Enquête qualitative : l'interprétation des données.[Document] CIRAD; 2013.

36. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. [Article de revue]: Kinesither. 2015;15(157):50-4.

37. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. [Article de revue]: Exercer. 2008;20(87):74-9.

38. Galam E, Vauloup Soupault C, Bunge L. « Intern life »: a longitudinal study of burnout, empathy, and coping strategies used by French GPs in training. [Article de revue]: BJGP Open. 2016;12.

39. Bonardi A-L. L'intelligence émotionnelle au cours du diplôme de médecine générale : Une rencontre pour les internes. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Lyon; 2016.216p.

40. Teurnier E. Parler de l'erreur médicale entre soignants. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université Paris Diderot; 2016. 253p.

41. Perez A, Sinca E. Perception des récits de situations complexes et authentiques par les internes de médecine générale des midi Pyrénées. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Toulouse; 2017.102p.

42. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte J-D. Vécu au travail des internes de médecine: étude qualitative. [Article de revue]: Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2019;(80):100-7.

43. De Hennezel M, Perronet R. Prendre soin de soi pour aider l'autre 2013.[Page Web] https://www.evolute.fr/relation-aide/prendre-soin-soi-aider-lautre Consulté le 27/03/2020

44. Sirot A-M. En quoi les Internes de Médecine Générale ont-ils du mal à dire non à leur Senior ? [Thèse de médecine].Médecine générale Université de Lyon; 2016.95p.

45. Galam E. Le burn-out des médecins [Page Web]:http://www.slate.fr/story/142370/medecins-super-heros. Consulté le 12/03/2019

46. Levy-Chavagnat D. Les pistes de prévention auprès des médecins : de l'étudiant au médecin chevronné. [Article de colloque]: Congrès Français de Psychiatrie. 2009. p. 70-89.

47. Lempp S, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. [Article de revue]:BMJ. 2004;329:770-3.

48. Fedidah A. Burnout des internes de médecine générale à Nice: évaluation de la connaissance et des freins au recours à la cellule de soutien SOS IHN. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Nice; 2017. 41p.

49. Acker I, Foucat J, Caillez E, Huez J-F. Évaluation de l'utilisation du portfolio par les internes en médecine générale d'Angers. [Article de revue]: Exercer. 2012;23(102):7.

50. Leruste S, Durlez S, Lerouge P, Andregnette P. Tutorat au cours du troisième cycle de médecine générale à la faculté de Lille. Enseignants et internes en synergie pour une réforme. [Article de revue]: Exercer. 2008;19(82):5.

51. Société Medicale Balint .Formation à la relation thérapeutique en groupes de discussion de cas.2016. [Page Web] https://www.balint-smb-france.org/formation-etudiants-smb.php. Consulté le 28/04/2020

52. Chazalnoel V. Le médecin Balint [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Anger; 2014 254p.

53. Montecot C. Expérience d'analyse des pratiques, de type Balint dans un groupe d'internes de médecine générale: vers une élaboration psychique. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Angers; 2011.156p.

54. Winckler M. La maladie de Sachs. Gallimard; 1998. [Livre] 474 p.

55. Gourrin E. Apports d'une intiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants SASPAS en DES de Médecine Générale. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Bordeaux; 2014.

56. Damasio AR. L' Erreur de Descartes: La raison des émotions. Odile Jacob; 2006. [Livre] 405 p.

57. Roger F. Étude des suggestions des internes de médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition des symptômes d'épuisement professionnel. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Toulouse; 2018. 50p.

58. Damasio AR. Spinoza avait raison: Joie et tristesse, le cerveau des émotions. Odile Jacob; 2003. [Livre] 370 p.

59. Rispail D. Mieux se connaître pour mieux soigner. Masson; 2017.[Livre] 118p.

60. Pougnet R, Pougnet L. Relation confraternelle entre interne et senior: modèle d'inspiration bubérienne. [Article de revue]: Journal International de Bioéthique et d'éthique des sciences. 2016;27(1-2):203-24.

61. Bauler M. Est-ce que le tutorat junior favorise l'approche par compétences chez les internes de première année de médecine générale de Lyon en comparaison aux internes n'en ayant pas bénéficié ? [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Lyon; 2019. 53p.

62. Basileu T. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre: représentations des internes. [Thèse de médecine]. Université de Tours; 2012. 156p.

63. Praly-Foucault C, Dutrop C-M. Analyse qualitative des attentes des internes en début de DES de médecine générale au sujet du tutorat. [Thèse de médecine]. Médecine générale Université de Grenoble; 2012. 78p.

64. Montagne O. Présentation et évaluation du tutorat au cours du 3ème cycles des études médecine en médecine à la faculté de médecine de Créteil. [Thèse de médecine] Médecine générale. Université de Créteil; 2005.59p.

65. Aristote, Barthélemy Saint Hilaire J. Éthique de Nicomaque. [Livre]1992. (Librairie Générale Française).

66. Lestrade N. Le tutorat en troisième cycle de médecine générale en région Centre : représentations des tuteurs ayant testé deux formes de tutorat. [Thèse de médecine]Médecine générale. Université de Tours; 2013 88p.

67. Morgann N. Les internes en DES de Médecine Générale ont-ils le même niveau de réflexivité selon qu'ils aient bénéficié des enseignements GEAR (Groupes d'Échange à l'Approche Réflexive) ou du Tutorat, au sein de la Faculté de Médecine de Nantes. Comparaison systématique des RSCA des promotions d'internes de 2006 et 2013 durant la première année de DES de Médecine Générale. [Thèse de médecine]Médecine générale Université de Nantes; 2017.

68. Phaneuf M. Quelques repères pour évaluer les attitudes et les comportements professionnels en soins infirmiers. [Page web]: http://www.prendresoin.org. 2013 2010;23. Consulté le 20/08/2018

69. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? [Thèse de médecine]Médecine générale. Université de Grenoble; 2017.155p.

70. Hoarau J. Comment les internes de médecine générale acquièrent les aptitudes nécessaires à l'expression et la prise en compte des préoccupations du patient? [Thèse de médecine]Médecine générale. Université de Caen; 2019. 105p.

71. Fovet T, Amad A, Geoffroy P-A, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. [Article de revue]; L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.

72. Shauna L, Shapiro M, Daniel E. Stress Management in Medical Education: A Review of the Literature. [Article de revue]: Academic Medicine. 2000;75(7):748-59.

73. Mercier C, Arnould P, Rainieri F. Enseignement de la communication aux internes de médecine générale de la faculté de médecine, Paris Sud. [Article de revue]: Pédagogie Médicale. 2019;20(2):101-6.

74. Celestin-Lhopiteau I, Wanquet-Thibault P. Guide des pratiques psychocorporelles. [Livre] Elsevier. 2018 214p.

75. Lisa Bellinghausen. L'intelligence émotionnelle en 20 minutes. [Page Web] https://www.youtube.com/watch?v=u4jvzzY9_Fo Consulté le 08/08/2018

76. Dripaux A État des lieux des connaissances et de l'intérêt des internes de médecine générale et médecins généralistes non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la méditation de pleine conscience en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions. [Thèse de médecine]Médecine générale Université de Toulouse; 2019 55p.

77. Brunschwig H. Transfert et contre-transfert, deux leviers solidaires et puissants du travail analytique. [Article de revue]: Imaginaire & Inconscient. 2001;no 2(2):91-100.

78. Profil Médecin. Le nouveau visage de la relation patient-médecin.[Page Web]. Profil Médecin. 2017. https://www.profilmedecin.fr/contenu/nouveau-visage-de-relation-patient-medecin/. Consulté le 28/09/2020.

79. Chaput J. Des robots remplaceront-ils bientôt les médecins ? Futura. [Page Web] 2013. https://www.futura-sciences.com/sante/actualites/medecine-robots-remplaceront-ils-bientot-medecins-44717/. Consulté le 28/09/2020.

Annexes

- <u>Annexe 1</u> : <u>Invitation participation aux groupes</u>

Bonjour à tous et à toutes !
Dans le cadre de ma thèse, je vous invite à participer à un groupe de discussions entre internes, **sur vos besoins et attentes en matière de gestion de vos émotions en situations professionnelles.**
Un débat ouvert et passionnant afin de connaitre au mieux vos besoins
Envie de vous exprimer ?
Besoin de partager ?
Curieux de découvrir ?
Allez viens !!!

Dates des rencontres à définir en fonction des dispos, rencontres au Nord/Sud/Est/Ouest
Apéro et bonne humeur au RDV 🙂

Merci d'avance de votre mobilisation

Si vous êtes intéressé(e), merci de me contacter par mail (charlotteandreparacini@hotmail.fr) , en me laissant votre nom et prénom, numéro de portable, votre semestre d'internat et le lieu de rencontre qui vous arrangerait

Attention, réservé aux internes de Médecine Générale (tous les semestres sont attendus), merci !!

Charlotte André

- Annexe 2 : Présentation orale du *focus group*

Bonjour à tous et à toutes et merci de participer à ce groupe de travail,

L'objectif de cette rencontre est de travailler sur les besoins en matière d'accompagnement en matière de gestions de vos émotions en situations professionnelles. Le but de ce travail est de réfléchir ensemble pour essayer d'améliorer la formation des internes.

Je m'appelle Anne Crépin. Mon rôle aujourd'hui est d'animer ce groupe .Je serais là pour vous présenter les questions de l'entretien et ré orienter la discussion si besoin, alors parlez entre vous et n'hésitez pas à vous exprimer.

Charlotte André, qui réalise cette thèse, est présente en tant qu'observatrice.

Nous allons travailler en *focus group* . C'est une technique d'interview de groupe pour une analyse qualitative.

C'est important que vous vous sentiez en totale liberté pour exprimer votre vécu et vos besoins ,quels qu'ils soient. Tout ce que vous pouvez dire est intéressant pour nous. La richesse de ce type d'entretien provient de la discussion entre vous et du débat sur vos différentes façons de voir. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, et le respect du point de vue de chacun est primordial. Nous ne souhaitons pas obtenir un consensus, mais plutôt une représentation, la plus large possible, de vos différentes expériences et vécus. Vous pouvez intervenir à tout moment.

La discussion va durer environ une heure et demie, elle sera enregistrée afin de pouvoir assurer une transcription fidèle de vos propos pour les analyser. Je vous remercie par avance de bien vouloir parler distinctement et respecter le temps de parole de chacun pour la qualité de l'enregistrement et la qualité des échanges.

L'anonymat de chacun sera bien sûr respecté à la suite de cette rencontre et dans la rédaction de ce travail de thèse.

Je vais vous faire passer une feuille pour recueillir vos consentements, pour l'enregistrement de vos propos et leurs réutilisations à une fin scientifique. Charlotte vous proposera par la suite une relecture de la transcription de vos paroles si vous le souhaitez.

Pour finir, en fin de séance je vous distribuerais un petit questionnaire anonyme pour recueillir vos données socio démographiques.

Un grand merci pour votre participation.

- Annexe 3 : Canevas d'entretien

1) Travail sur les émotions ressenties en situations professionnelles.

⇨ Je vous vous demander de prendre un instant pour réfléchir, et de vous remémorer une situation professionnelle que vous avez vécu en tant qu'interne. Vous allez essayer de vous remettre le plus possible dans cette situation, et de réfléchir aux émotions que vous avez ressenties à ce moment-là. Je vous demanderais par la suite d'exposer brièvement cette situation et surtout d'exprimer les émotions qui vous ont traversées durant cette situation.
Questions de relance :

-Dans la situation que tu racontes, qu'as-tu ressenti ? Comment l'as-tu vécu ?
-Comment décrirais-tu ton état émotionnel à ce moment-là ?
-Qu'éprouvais-tu sur le moment?

2) Travail sur les ressources actuelles :

⇨ Devant ces situations , qu'elles sont vos ressources ?

Questions de relance :
-Vers qui ou vers quoi vous tournez vous lorsque vous vivez , ou après vécu des situations difficiles ?
-A demander si jamais pas exprimé spontanément par les internes : Que pensez-vous des séances de GEASP, des RSCA et du tutorat à propos de ces situations problématiques ?
-A demander si non exprimé : avez-vous bénéficié d'un certain accompagnement lors de votre cursus d'étudiant en médecine ?

3) Travail sur les besoins des internes .

⇨ Quels sont vos besoins face au ressenti de ces émotions ?

Questions de relance :
-Quand tu es dans une situation difficile, de quel accompagnement as-tu besoin?
-Quels sont vos manques lorsque vous vivez ces situations ?

4) Travail sur les attentes et solutions .

⇨ Qu'est-ce qu'il pourrait être mis en place pour mieux vous aider à la gestion de ces émotions durant ces situations ?
Questions de relance :
-Quelles sont vos idées pour mieux répondre aux besoins que vous exprimez ?
-Quelles aides pourraient être mise en place pour la gestion de vos émotions en situations difficiles ?

- Annexe 4 : Points communs de 3 différentes méthodes d'analyse qualitative (36)

-La théorisation ancrée de Strauss et Corbin

-L'analyse thématique de Paillé et Muchielli

-La méthode d'analyse qualitative de Miles et Huberman

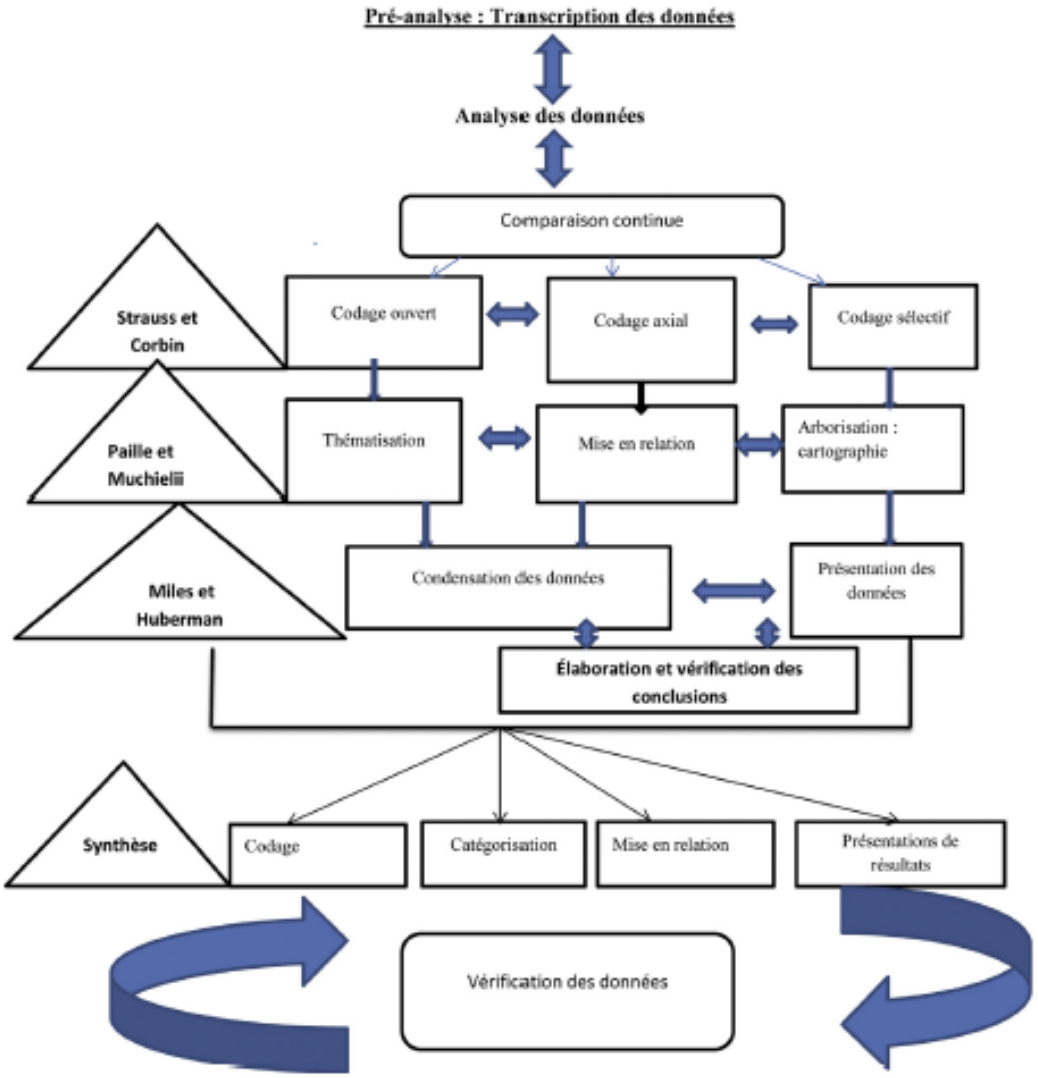


Figure 2. Schéma de synthèse de méthodes d'analyse qualitative de données de trois méthodes : Strauss et Corbin (1998) [5] ; Paillé et Muchielli (2008) [7] et Miles et Huberman (2003) [6] ; Miles et al. (2014) [9].
©S. Intissar

- Annexe 5 : Carnet de route- Évolution des représentations de la chercheuse

- Oui, je suis médecin. Mais avant tout un être humain -

Avril 2019- Septembre 2020

La réalisation du DIU de pratiques psychocorporelles (PCC) en 2018 a été le facteur déclenchant de nombreuses réflexions et de ce travail de thèse. Je suis arrivée à cette formation avec un but : apprendre de nouvelles approches et de nouvelles techniques pour pouvoir mieux prendre en charge mes patients. Je voulais apprendre des choses concrètes et en ressortir enrichie.

J'en suis ressortie en effet très enrichie d'apprentissages inattendus, et enrichie subséquemment, d'un long cheminement personnel.

Les participants à cette formation étaient tous des soignants. Durant ces 3 semaines, un grand nombre d'entre eux exprimaient ouvertement leurs souffrances. Ils semblaient chercher dans cette formation une manière d'aller mieux.
J'étais initialement irritée et gênée devant l'expression de leur mal-être. Moi j'étais là pour apprendre des manière de faire pour aider mes patients, pas pour mon bien-être personnel.
Petit à petit, l'agacement a cédé pour faire place à un chamboulement devant tant de souffrances et la nécessité de pouvoir l'exprimer.

J'avais été confronté durant mes études et en tant que patiente, à des médecins débordant de tourments. Mais cette souffrance n'était pas ouvertement exprimée.
Ce mal-être refoulé ou nié, impactait la personne elle-même, mais aussi ses relations de travail et sa relation aux patients.

J'ai découvert que les PCC pouvaient aider à aller mieux, en prenant le temps d'écouter son corps et ses ressentis. Et surtout, que ce travail de connaissance de soi était en fait la base, un préalable pour pouvoir être disponible à écouter l'autre.

Cette découverte est par la suite devenue une question centrale pour moi. Il me semblait que des améliorations de notre formation étaient possibles afin d'inviter et d'accompagner chacun à écouter ses émotions et à en prendre compte. Les outils en place (GEASP, RSCA, tutorat) me semblaient intéressants mais ils restaient pour moi superficiels et n'abordaient pas suffisamment le vécu des internes et l'impact de leurs émotions dans le soin.

Cependant je ne savais pas si ces ressentis étaient partagés par d'autres internes et si les idées d'amélioration que j'avais correspondaient à leurs besoins.

Ainsi, la réalisation de *focus group* permettait une évaluation de leurs besoins et attentes, préalable à la mise en place d'actions. Elle favorisait aussi un travail de réflexion et de co-construction.

Durant ce travail de thèse, j'ai moi-même était confrontée à la force des émotions.

Tout d'abord, la préparation des *focus group* en décembre 2019, m'a fait réaliser l'impact que mon opinion pouvait avoir sur autrui et l'indéniable place de l'interprétation dans une relation.
Cette découverte m'a poussée à réfléchir sur l'influence de mes croyances et principes dans mes relations, notamment dans le soin.

Lors du déroulement des groupes de janvier à avril 2020, j'ai pris conscience qu'écouter était un art, nécessitant une préparation *et une disponibilité mentale.*

Comme le dit Pasteur *: « Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours* ».

La richesse et l'intensité émotionnelle des échanges lors des *focus group* m'a déstabilisée.
J'avais l'impression d'avoir enclenché une bombe. J'étais comblée de voir que ces questionnements touchaient les internes et les poussaient à la réflexion. J'avais l'impression qu'une graine était semée, dans un univers de terres fertiles.
Mais j'étais aussi préoccupée et soucieuse. J'avais touché un sujet sensible. Il fallait maintenant réussir à prendre une posture scientifique afin de relater sans interpréter et de tirer des pistes de réflexions et d'amélioration afin d'accroître le bien-être des internes.

L'exigence et l'implication que j'ai mis dans ce travail m'ont poussé à être confronté à mes limites. Je voulais faire ressortir de ces témoignages des conclusions salvatrices, mais je m'attelais à un sujet complexe, large et tellement sensible. Des solutions parfaites n'existaient pas et je n'allais pas « changer le monde ».

Cette pression m'a poussée, ironiquement, au mois d'août 2020 à faire « un burn-out de ma thèse » : impossible d'écrire la discussion. J'expérimentais cette confrontation entre mon idéal construit (faire bouger le système en place) et la réalité (un sujet large, un manque de préparation et d'accompagnement). J'étais découragée, épuisée émotionnellement et physiquement. Cela impactait ma vie personnelle et professionnelle.

La mise en mot et le partage de mes difficultés m'a permis de m'ajuster et d'essayer d'accepter mes limites.

Je ressors donc de ce travail grandie et enrichie, avec la volonté de poursuivre cette réflexion individuelle et de continuer à la partager au sein de la faculté ou dans mon quotidien avec mes patients et les internes.

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 les 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."

Résumé

Introduction :
La souffrance des internes en lien avec leur travail est connue, étudiée et médiatisée. Des moyens de prévention sont mis en place mais paraissent insuffisants en regard de la persistance de ce mal-être.
Une des trois composante du burn out étant l'épuisement émotionnel de la personne, un travail sur la gestion des émotions des internes semblait intéressant.
Ce travail avait pour but d'explorer chez les internes de l'Océan Indien, leurs besoins et leurs attentes en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles.
Méthode :
Il s'agit d'une analyse qualitative en *focus group*.19 internes de médecine générale, ont participés à 4 groupes d'échanges, structurés par un canevas abordant le vécu des situations professionnelles, les ressources, les besoins et attentes des internes.
L'analyse des données utilisait le principe de la théorisation ancrée.
Résultats :
Les besoins des internes naissaient de quatre types de difficultés : la gestion des émotions d'autrui, la confrontation à leurs limites, le manque de formation et la charge de travail.
Pour face faire à ces difficultés et mieux gérer les émotions en découlant, les internes exprimaient trois besoins principaux : pouvoir en parler, être accompagnés et y être préparés.
Conclusion :
Un meilleur accompagnement à la gestion des émotions des internes est indispensable.
Un travail sur les représentations du rôle de médecin, un accompagnement pédagogique plus humain et une préparation psychologique à l'exercice de la médecine sont nécessaires.
Une libération de la parole invitant chacun à pouvoir exprimer et accepter ses limites, semble un préalable inéluctable à l'accueil des difficultés des autres.
Discipline : Médecine Générale
Mots clés : émotions, internat, enseignement, burnout, Océan Indien

Abstract

Background:
The suffering of interns in connection with their work is known, studied and publicized. Prevention measures have been put in place but appear insufficient in view of the persistence of this malaise.
One of the three components of burnout being the emotional exhaustion of the person, work on the management of the emotions of interns seemed interesting.
The purpose of this work was to explore among interns in the Indian Ocean, their needs and expectations in terms of support in managing their emotions in professional situations.
Method :
This is a qualitative *focus group*
analysis. 19 interns from general medicine took part in 4 discussion groups, structured by a framework addressing the experiences of professional situations, resources, needs and expectations of interns.
The data analysis used the principle of grounded theory.
Results :
The needs of interns arose out of four types of difficulties: managing the emotions of others, confronting their limits, lack of training and workload.
To cope with these difficulties and better manage the emotions arising from them, the interns expressed three main needs: to be able to talk about them, to be supported and to be prepared.
Conclusion :
Better support for managing the emotions of interns is essential.
Work on representations of the role of doctor, more humane educational support and psychological preparation for the practice of medicine are necessary.
Freedom of speech, inviting everyone to be able to express and accept their limits, seems an inevitable prerequisite for dealing with the difficulties of others.
Discipline **:** General Medicine
Keywords : emotion, residency, training, burnout, Indian Ocean