



HAL
open science

Analyse du vécu du sentiment d'impuissance par les internes de médecine générale : explorations des répercussions personnelles et professionnelles

Diane Villemain

► To cite this version:

Diane Villemain. Analyse du vécu du sentiment d'impuissance par les internes de médecine générale : explorations des répercussions personnelles et professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04059245

HAL Id: dumas-04059245

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04059245v1>

Submitted on 5 Apr 2023

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2023

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Diane PIVET VILLEMAIN

Présentée et soutenue publiquement le 17.01.2023

**Analyse du vécu du sentiment d'impuissance par les internes de médecine générale.
Explorations des répercussions personnelles et professionnelles.**

Président : Monsieur le Professeur Julien Nizard

Directeur de thèse : Docteur Véronique Barbarot

LISTE DES ENSEIGNANTS – UNIVERSITE DE NANTES

| | NOM Prénom | Service d'affectation | Fonction |
|----|------------------------------------|---|---------------|
| Pr | BOUTON Céline | Département de Médecine Générale | PA - MG |
| Dr | FOURNIER Jean-Pascal | Département de Médecine Générale | PU - MG |
| Dr | GRIMAUULT CHOPLIN Charlotte | Département de Médecine générale | MCA - MG |
| Pr | HOMMEY Nicolas | Département de Médecine Générale | PA - MG |
| Dr | HILD Sandrine | Département de Médecine Générale | MCA - MG |
| Pr | JEANMOUGIN Pauline | Département de Médecine Générale | PA - MG |
| Pr | JOURDAIN Maud | Département de Médecine Générale | PA - MG |
| Dr | LARRAMENDY Stéphanie | Département de Médecine Générale | MCA - MG |
| Pr | RAT Cédric | Département de Médecine Générale | PU - MG |
| Dr | ROUSSEAU Rosalie | Département de Médecine Générale | MCA - MG |
| Pr | VARTANIAN Cyrille | Département de Médecine Générale | PA - MG |
| Pr | AGARD Christian | Médecine Interne | PU-PH |
| Pr | ASEHNOUNE Karim | Anesthésie Réanimation Chirurgicale | PU-PH |
| Dr | AUTAIN-RENAUDIN Karine | Anatomie et Cytologie Pathologiques | MCU-PH |
| Dr | BACH-NGOHO Botum Kalyane | Biochimie médicale et Biologie Moléculaire | MCU-PH |
| Dr | BAILLY Clément | Biophysique et Médecine Nucléaire | MCU-PH |
| Pr | BARBAROT Sébastien | Dermatologie - Vénérologie | PU-PH |
| Pr | BARON Olivier | Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire | PU-PH |
| Pr | BARRIER Jacques | Médecine Interne | PU-PH Emérite |
| Pr | BARRIÈRE Paul | Biologie du Développement et de la Reproduction | PU-PH |
| Pr | BARUTEAU Alban-Elouen | Cardiologie Pédiatrique | PU-PH |
| Pr | BATARD Eric | Urgences - SAMU - SMUR | PU-PH |
| Dr | BAUD'HUIN Marc | Unité de Thérapie Cellulaire et Génique | MCU-PH |
| Pr | BÉNÉ Marie-Christine | Hématologie biologique | PU-PH |
| Pr | BENNOUNA LOURIDI Jaafar | Unité d'Oncologie Thoracique | PU-PH |
| Pr | BERRUT Gilles | Médecine Aiguë Gériatrique | PU-PH |
| Dr | BERTIN Hélios | Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie | MCU-PH |
| Pr | BEZIEAU Stéphane | Génétique Médicale - Génétique Moléculaire | PU-PH |
| Pr | BLANC François-Xavier | Pneumologie - Addictologie | PU-PH |
| Pr | BLANCHARD-LOUIS Claire | Chirurgie digestive | PU-PH |
| Pr | BLANCHO Gilles | Néphrologie et Immunologie Clinique | PU-PH |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|---------------|
| Pr | BODERE-KRAEBER Françoise | Biophysique et Médecine Nucléaire | PU-PH |
| Pr | BONNOT Olivier | Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent | PU-PH |
| Pr | BORDURE Philippe | ORL et Chirurgie Cervico-Faciale | PU-PH |
| Pr | BOSSARD-BOISSEAU Céline | Anatomie et Cytologie Pathologique | PU-PH |
| Pr | BOUCHOT Olivier | Urologie | PU-PH |
| Pr | BOURCIER Romain | Radiologie et Imagerie médicale | PU-PH |
| Pr | BOUSSEMART Lise | Dermatologie - Vénérologie | PU-PH |
| Pr | BOUTOILLE David | Maladies Infectieuses et Tropicales | PU-PH |
| Dr | BRESSOLETTE-BODIN Céline | Virologie - Bactériologie | MCU-PH |
| Pr | BRULEY des VARANNES Stanislas | Hépto-Gastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle | PU-PH |
| Pr | BUFFENOIR-BILLET Kevin | Neurochirurgie et Neuro-Traumatologie | PU-PH |
| Pr | CANET Emmanuel | Médecine Polyvalente d'Urgence | PU-PH |
| Pr | CARIOU Bertrand | Endocrinologie - Maladies Métaboliques et Nutrition | PU-PH |
| Dr | CHAMBELLAN Arnaud | Physiologie des Explorations Fonctionnelles | MCU-PH |
| Dr | CHAPELET Guillaume | Médecine Aiguë Gériatrique | MCU-PH |
| Pr | CHÉREL Michel | Radiothérapie | PU-PH |
| Pr | CHEVALLIER Patrice | Hématologie | PU-PH |
| Pr | CINOTTI Raphaël | Anesthésie Réanimation Chirurgicale | PU-PH |
| Pr | CLASSE Jean-Marc | Oncologie Chirurgicale | PU-PH |
| Dr | CLÉMENT Renaud | Médecine Légale – Unité Médico-judiciaire | MCU-PH |
| Dr | COLAS Luc | Immunologie | MCU-PH |
| Pr | CORON Emmanuel | Hépto-Gastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle | PU-PH |
| Pr | CORRE Pierre | Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie | PU-PH |
| Pr | CORVEC Stéphane | Bactériologie - Virologie | PU-PH |
| Pr | DABOUIS Gérard | Pneumologie - Addictologie | PU-PH Emérite |
| Pr | DAILLY Eric | Pharmacologie Clinique | PU-PH |
| Pr | DAMIER Philippe | Neurologie | PU-PH |
| Pr | DANTAL Jacques | Néphrologie et Immunologie Clinique | PU-PH |
| Dr | DAVID Laurent | Thérapie Cellulaire et Génique | MCU-PH |
| Pr | DARMAUN Dominique | Nutrition | PU-PH Emérite |
| Pr | DE DECKER Laure | Médecine Aigüe Gériatrique | PU-PH |
| Dr | DELECRIN Joël | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique | MCU-PH |
| Pr | DENIS Marc | Biochimie Médicale | PU-PH |

| | | | |
|----|----------------------------------|---|--------|
| Pr | DERKINDEREN Pascal | Neurologie | PU-PH |
| Pr | DESAL Hubert-Armand | Neuroradiologie Diagnostique et Interventionnelle | PU-PH |
| Pr | DRENO-LEFRAY Brigitte | Dermatologique | PU-PH |
| Pr | DUTEILLE Franck | Brûlés Adultes et Enfants et Chirurgie Plastique | PU-PH |
| Pr | ESPITALIER Florent | ORL et Chirurgie Cervico-Faciale | PU-PH |
| Dr | ESPITIA Olivier | Médecine Interne Gériatrique | MCU-PH |
| Dr | FARAJ Sébastien | Chirurgie infantile | MCU-PH |
| Dr | FAYET Guillemette | Physiologie des Explorations Fonctionnelles | MCU-PH |
| Dr | FIGUERES Lucile | Néphrologie | MCU-PH |
| Pr | FLAMANT Cyril | Néonatalogie et Réanimation Pédiatrique | PU-PH |
| Pr | FRAMPAS Eric | Radiologie et Imagerie Médicale | PU-PH |
| Pr | FRÉOUR Thomas | Biologie du Développement et de la Reproduction. | PU-PH |
| Pr | GIRAL Magali | Néphrologie et Immunologie Clinique | PU-PH |
| Pr | GOURRAUD Jean-Baptiste | Cardiologie et Maladies Vasculaires | PU-PH |
| Pr | GOURRAUD Pierre-Antoine | Evaluation Médicale et Epidémiologie | PU-PH |
| Pr | GRALL-BRONNEC Marie | Psychiatrie - Addictologie | PU-PH |
| Pr | GRAS-LE GUEN Christèle | Urgences Pédiatriques | PU-PH |
| Dr | GRATAS-RABBIARE Catherine | Biochimie Médicale | MCU-PH |
| Dr | GREGOIRE Matthieu | Pharmacologie Clinique | MCU-PH |
| Dr | GROSS Raphaël | Médecine Physique et Réadaptation Neurologique | MCU-PH |
| Pr | GUERIN Patrice | Cardiologie et Maladies Vasculaires | PU-PH |
| Pr | HADJADJ Samy | Endocrinologie - Maladies Métaboliques et Nutrition | PU-PH |
| Pr | HAMEL Antoine | Chirurgie Infantile | PU-PH |
| Pr | HAMIDOU Mohamed | Médecine Interne | PU-PH |
| Dr | HARDOUIN Jean-Benoît | Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé | MCU-PH |
| Dr | HERBRETEAU Guillaume | Biochimie et Biologie moléculaire | MCU-PH |
| Dr | HERMOUET Sylvie | Hématologie Biologique | MCU-PH |
| Pr | HEYMANN Dominique | Cytologie et Histologie | PU-PH |
| Pr | JACOBI David | Endocrinologie Maladies Métaboliques et Nutrition | PU-PH |
| Dr | JAVAUDIN François | Urgences - SAMU - SMUR | MCU-PH |
| Dr | JEAN Miguel | Biologie du Développement et de la Reproduction | MCU-PH |
| Pr | JOLLIET Pascale | Pharmacologie Clinique | PU-PH |
| Pr | JOSIEN Régis | Immunologie Biologique | PU-PH |

| | | | |
|----|---------------------------------|---|---------------|
| Pr | KARAM Georges | Urologie | PU-PH |
| Dr | LAMIRAULT Guillaume | Cardiologie et Maladies Vasculaires | MCU-PH |
| Pr | LAPLAUD David-Axel | Neurologie | PU-PH |
| Pr | LAUNAY Elise | Pédiatrie | PU-PH |
| Dr | LAVERGNE Rose-Anne | Parasitologie et Mycologie | MCU-PH |
| Pr | LE CONTE Philippe | Urgences - SAMU - SMUR | PU-PH |
| Pr | LE GOFF Benoît | Rhumatologie | PU-PH |
| Pr | LE GOUILL Steven | Hématologie et Transfusion | PU-PH |
| Dr | LE MEUR Guylène | Ophthalmologie | MCU-PH |
| Pr | LE TOURNEAU Thierry | Physiologie des Explorations Fonctionnelles | PU-PH |
| Dr | LEBRANCHU Pierre | Ophthalmologie | MCU-PH |
| Pr | LECLAIR Marc-David | Chirurgie Infantile | PU-PH |
| Dr | LECLERE Brice | Evaluation Médicale et Epidémiologie | MCU-PH |
| Dr | LEFEBVRE Tiphaine | Biologie du Développement et Reproduction - Gynéco médicale | MCU-PH |
| Pr | LEJUS-BOURDEAU Corinne | Anesthésie Réanimation Chirurgicale | PU-PH |
| Pr | LEMARCHAND Patricia | Thérapie Cellulaire et Génique | PU-PH |
| Pr | LEPELLETIER Didier | Bactériologie et Hygiène Hospitalière | PU-PH |
| Pr | LOPES Patrice | Gynécologie et Obstétrique | PU-PH Emérite |
| Pr | LUSTENBERGER Patrick | Biochimie et Biologie Moléculaire | PU-PH Emérite |
| Pr | MALARD Olivier | ORL et Chirurgie Cervico-Faciale | PU-PH |
| Dr | MARTIN Jérôme | Immunologie Biologique | MCU-PH |
| Pr | MASSON Damien | Biochimie Médicale et Biologie Moléculaire | PU-PH |
| Pr | MATYSIAK-BUDNIK Tamara | Hépatogastro-Entérologie et Assistance Nutritionnelle | PU-PH |
| Pr | MAUGARS Yves | Rhumatologie | PU-PH |
| Pr | MAUREL-DESANLIS Blandine | Cardiologie et Maladies Vasculaires | PU-PH |
| Pr | MERCIER Sandra | Génétique Médicale | PU-PH |
| Pr | MEURETTE Guillaume | Chirurgie Digestive et Endocrinienne | PU-PH |
| Pr | MILIN-BODET Caroline | Biophysique et Médecine Nucléaire | PU-PH |
| Pr | MIRALLIE Eric | Chirurgie Digestive et Endocrinienne | PU-PH |
| Pr | MONTASSIER Emmanuel | Urgences - SAMU - SMUR | PU-PH |
| Pr | MOREAU Philippe | Hématologie | PU-PH |
| Pr | MORET Leila | Evaluation Médicale et Epidémiologie | PU-PH |
| Pr | MORIO Florent | Parasitologie et Mycologie | PU-PH |

| | | | |
|----|--------------------------------|---|---------------|
| Pr | MOSNIER Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques | PU-PH |
| Pr | NEEL Antoine | Médecine Interne Gériatrique | PU-PH |
| Dr | NGUYEN Jean-Michel | Evaluation Médicale et Epidémiologie | MCU-PH |
| Pr | NICH Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique | PU-PH |
| Pr | NIZARD Julien | Douleurs Soins palliatifs et de Support - Ethique clinique | PU-PH |
| Pr | PEREON Yann | Physiologie des Explorations Fonctionnelles | PU-PH |
| Pr | PERROT Pierre | Brûlés Adultes et Enfants et Chirurgie plastique | PU-PH |
| Pr | PERROUIN-VERBE Brigitte | Médecine Physique et Réadaptation Neurologique | PU-PH |
| Dr | PILOQUET Philippe | Cytologie et Histologie | MCU-PH |
| Pr | PLANCHON Bernard | Médecine Interne | PU-PH Emérite |
| Pr | PLOTEAU Stéphane | Anatomie | PU-PH |
| Pr | POTTIER Pierre | Médecine Interne | PU-PH |
| Pr | PROBST Vincent | Cardiologie et Maladies Vasculaires | PU-PH |
| Pr | QUEREUX Gaëlle | Dermatologie - Vénérologie | PU-PH |
| Pr | RAFFI François | Maladies Infectieuses et Tropicales | PU-PH |
| Dr | REIGNIER Arnaud | Biologie du Développement et Reproduction - Gynéco médicale | MCU-PH |
| Pr | REIGNIER Jean | Médecine Intensive et Réanimation | PU-PH |
| Pr | RIGAUD Jérôme | Urologie | PU-PH |
| Pr | ROBERT Roger | Anatomie | PU-PH Emérite |
| Pr | ROQUILLY Antoine | Anesthésie Réanimation chirurgicale | PU-PH |
| Dr | ROUSSEAU Caroline | Biophysique et Médecine Nucléaire | MCU-PH |
| Pr | ROUSSEL Jean-Christian | Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire Adultes | PU-PH |
| Pr | ROZE Jean-Christophe | Néonatalogie et Réanimation Pédiatrique | PU-PH |
| Pr | ROZEC Bertrand | Anesthésie Réanimation Chirurgicale | PU-PH |
| Dr | SALAUD Céline | Anatomie | MCU-PH |
| Pr | SAUVAGET Anne | Addictologie Unité de Sismothérapie et Psychiatrie de liaison | PU-PH |
| Pr | SERFATY Jean-Michel | Imagerie Diagnostique Cardio-Vasculaire | PU-PH |
| Pr | SOULILOU Jean-Paul | Immunologie | PU-PH Emérite |
| Pr | STALDER Jean-François | Dermatologie – Vénérologie | PU-PH Emérite |
| Pr | SUPIOT Stéphane | Cancérologie - Radiothérapie | PU-PH |
| Pr | THUBERT Thibaut | Gynécologie Obstétrique | PU-PH |
| Dr | TOQUET-ETIENNE Claire | Anatomie et Cytologie Pathologiques | MCU-PH |
| Pr | TOUCHEFEU Yann | Hépto-Gastro-Entérologie-Addictologie | PU-PH |

| | | | |
|----|----------------------------------|---------------------------------------|-------|
| Pr | TOUZEAU Cyrille | Hématologie et Transfusion | PU-PH |
| Pr | TROCHU Jean-Noël | Cardiologique et Maladies Vasculaires | PU-PH |
| Pr | VALMORI Danila | Cancérologie – Radiothérapie | PU-PH |
| Pr | VIGNEAU-VICTORRI Caroline | Pharmacologie Clinique | PU-PH |
| Pr | WEBER Michel | Ophthalmologie | PU-PH |
| Pr | WINER Norbert | Gynécologie Obstétrique | PU-PH |

Remerciements

Au Professeur Julien Nizard, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je réalise grâce à vous un stage en soins palliatifs. Merci pour votre disponibilité et pour votre réactivité pour mener à terme ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Au Professeur Maud Jourdain, vous avez accepté de participer au jury de cette thèse et j'en suis honorée. Merci pour l'intérêt que vous avez manifesté pour ce travail dès ma première sollicitation.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Au Docteur Miguel Jean, tu as accepté de juger mon travail après m'avoir reçue dès les prémices de ma réflexion. Merci pour ton écoute et pour tes conseils qui m'ont aidée à me lancer dans ce sujet.

Puisses-tu trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon respect.

Au Docteur Véronique Barbarot, tu m'as donné ce sujet qui était pour moi un beau défi. Merci pour ton accompagnement et pour tes nombreux conseils tout au long de ce travail. Ce fut une belle rencontre et des échanges toujours passionnants !

Sois assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

A tous les médecins qui m'ont formée et m'ont transmis leur passion tout au long de mon cursus d'étudiante en médecine.

A ma Grand-Mère, mon premier contact avec le monde médical.

A mon mari, André, pour son écoute bienveillante et son soutien dans les moments difficiles.

A mes chers parents et frères et sœurs pour leur soutien fidèle et leur admiration tout au long de ces longues années.

A Capucine, pour tous les bancs d'école partagés ensemble, jusqu'à la faculté de médecine.

A Floriane, Anne-Marie et Daphné, pour les nombreuses heures de révision de l'ECN passées ensemble.

Au personnel du centre Laennec Paris, pour leur dévouement auprès des étudiants.

A Marguerite, Marion, et Benoît, merci d'avoir participé activement à ce travail de thèse.

A l'abbé Dominique de Chanterac, sans qui je n'aurais pas rencontré Véronique pour lancer ce travail. Merci pour votre accompagnement et vos conseils.

Et enfin, merci aux 9 internes qui ont accepté de se livrer. Merci pour la sincérité de vos propos et pour la profondeur de nos échanges.

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.”

Table des matières

| | | |
|------|---|----|
| I. | Introduction | 14 |
| II. | Matériels et méthodes..... | 18 |
| | A. Objectif de l'étude | 18 |
| | B. Recherches bibliographiques..... | 18 |
| | C. Choix de la méthode..... | 18 |
| | D. Rédaction du guide d'entretien..... | 19 |
| | E. Population..... | 19 |
| | F. Entretiens..... | 20 |
| | G. Analyse..... | 20 |
| III. | RESULTATS | 22 |
| | A. Population d'étude..... | 22 |
| | B. Contexte clinique..... | 22 |
| | 1. Caractéristiques des patients décrits | 22 |
| | 2. Caractéristiques des situations de soin..... | 23 |
| | a) Pathologies rapportées..... | 23 |
| | b) L'interne souvent seul | 24 |
| | 3. Caractéristiques propres à l'interne..... | 24 |
| | C. Causes du sentiment d'impuissance | 25 |
| | 1. Le statut d'interne | 25 |
| | a) Une transition externe-interne brutale..... | 25 |
| | b) Manque de soutien de la part du médecin senior | 26 |
| | c) La peur de l'incompétence | 28 |
| | 2. Le statut de médecin | 29 |
| | a) Un devoir à accomplir | 29 |

| | | |
|-----|---|----|
| b) | Un décalage entre la théorie et la pratique | 31 |
| 3. | Etre le réceptacle des histoires personnelles | 33 |
| D. | Des situations riches en émotions..... | 34 |
| 1. | Une charge émotionnelle importante | 34 |
| 2. | Des émotions majoritairement négatives | 35 |
| 3. | Contre-transfert et empathie..... | 37 |
| 4. | Des émotions source d'épuisement pour l'interne | 38 |
| 5. | L'espace de parole comme espace de gestion de ses émotions | 39 |
| E. | Conséquences de la confrontation à l'impuissance dans la prise en charge des patients | 42 |
| 1. | Surinvestissement / Désinvestissement..... | 42 |
| 2. | Se réfugier dans la technique médicale..... | 44 |
| F. | L'interne face à l'échec | 44 |
| 1. | Ouverture sur un questionnement éthique | 44 |
| 2. | Réflexion autour de l'exercice médical | 45 |
| a) | Une difficulté à lâcher prise | 45 |
| b) | Accepter son impuissance comme acceptation de ses faiblesses | 46 |
| c) | Trouver son rôle malgré l'impuissance | 47 |
| IV. | Discussion | 50 |
| A. | Forces et Limites de l'étude | 50 |
| 1. | Forces..... | 50 |
| a) | Validité externe | 50 |
| b) | Validité interne | 50 |
| 2. | Limites | 51 |
| B. | Les causes de l'expérimentation de l'impuissance..... | 51 |
| 1. | Le statut d'interne | 51 |

| | | |
|----|--|----|
| 2. | L'expérience de la souffrance et de la mort..... | 52 |
| a) | Face à la souffrance..... | 52 |
| b) | Face à la mort..... | 53 |
| C. | Le vécu de l'impuissance..... | 54 |
| 1. | Un traumatisme pour le soignant..... | 54 |
| 2. | Le deuil de la toute-puissance..... | 55 |
| 3. | L'impuissance acquise..... | 56 |
| D. | Réflexion sur la posture professionnelle..... | 57 |
| 1. | Accepter sa vulnérabilité émotionnelle..... | 57 |
| 2. | La quête de sens du soignant..... | 58 |
| 3. | L'apport de l'espace de parole..... | 60 |
| E. | S'ouvrir à une autre dimension du soin ?..... | 62 |
| V. | CONCLUSION..... | 65 |

I. Introduction

Lorsque l'on croise un interne de médecine générale, il n'est pas rare de l'entendre raconter des situations qui l'ont marqué par leur complexité ou par la charge émotionnelle qu'elles ont impliquée pour lui. Lors de mon propre internat, la prise en charge d'une patiente en soins palliatifs m'a particulièrement travaillée. J'ai été amenée à faire face à une souffrance réfractaire sur carcinose péritonéale malgré l'augmentation constante des doses de morphine avec des interpellations pluriquotidiennes des infirmières pour la soulager. Une sonde urinaire fut posée, malgré l'absence d'indication en raison du risque d'arrachement à cause de son agitation psycho-motrice, ce qui a permis de diagnostiquer une pyélonéphrite sur sonde JJ. Je prescrivis des antibiotiques malgré le peu de bénéfices en fin de vie puis je quitte l'hôpital. C'est la fin de l'astreinte. Quel soulagement de quitter mon poste ! J'ai alors remarqué que mes émotions avaient pris une trop grande place dans mes actions. Me retrouver face à mon impuissance à soulager cette patiente avait été une source d'angoisse, elle-même majorée par les demandes incessantes de l'équipe soignante pour augmenter les doses. J'avais l'impression d'être la seule à être responsable de la soulager tout en étant incapable d'y arriver. Je voulais fuir mon poste pour ne plus porter ce rôle de prescripteur, de médecin. Administrer des antibiotiques était un ultime effort pour la soulager, une ultime tentative mue par le stress. Sa souffrance venait questionner mes compétences médicales. J'étais ébranlée dans mon savoir technique mais également dans mon savoir-faire et mon savoir-être, dans ma relation avec elle et avec toute l'équipe soignante.

Dans un autre service, je me suis occupée d'un homme âgé dans le coma à la suite d'un accident vasculaire cérébral ischémique massif. La prise en charge médicale de ce patient était extrêmement simplifiée, il n'y avait plus de réflexion diagnostique ou thérapeutique. Seuls les soins de nursing devenaient utiles. Le décès se faisait attendre alors que le patient s'accrochait à la vie. Lors de ma visite du matin, je ne rentrais plus que quelques brèves minutes dans sa chambre. Je n'avais plus rien à y faire « techniquement ». Je lui prenais alors la main pour lui faire sentir qu'il y avait toujours une présence humaine avec lui et je restais là, en silence. Ici, je n'étais plus le médecin référent qui détient la science pour guérir le patient mais un être impuissant face à la mort d'un autre. Si dans la première situation, la souffrance était venue mettre en lumière mon impuissance thérapeutique et mon manque de compétence face à elle, dans la deuxième, c'est ma présence auprès d'un autre être humain en souffrance qui était

remise en question. Je n'étais plus acteur mais spectateur d'une réalité qui me dépassait. L'impuissance est venue briser ma volonté de contrôle et donc ma volonté de puissance.

Qu'est-ce que la volonté de puissance ?

Si l'on regarde du côté de la philosophie, Spinoza développe la notion de puissance sous le terme de « conatus », c'est-à-dire l'essence d'une chose, « l'effort par lequel elle tend à persévérer dans son être »(1). Ainsi tout facteur qui viendrait augmenter la puissance d'exister d'un être serait source de joie et augmenterait l'affirmation de soi et à l'inverse, un facteur qui diminuerait cette puissance serait source de tristesse. Pour Nietzsche, la volonté de puissance serait « l'essence même de l'être ou l'essence de la vie, la force humaine la plus importante »(2). L'homme serait alors mû par un désir d'accroître sa puissance et sa domination sur les êtres et la matière. Ainsi, dans ces deux philosophies, la volonté de puissance est avant tout une puissance de vie dans laquelle l'homme puise l'élan vital pour avancer.

La psychanalyse, elle, s'intéresse plutôt à la question de la toute-puissance. L'homme chercherait à se rendre maître de la création par son savoir et ses sciences techniques. Pour Laurence Bounon, cette recherche de toute-puissance est un « effet de l'orgueil inconscient qui habite l'homme, [...] une défense contre l'angoisse fondamentale de nous savoir mortels »(3). En effet, l'homme est démuné devant la mort. Il ne peut la contrôler. Elle est une inconnue pour lui ce qui génère une angoisse lorsqu'il y est confronté. Afin de s'y soustraire, l'homme confie à la médecine la charge de le libérer de la mort. Cette dérive de la médecine se retrouve dans la mythologie grecque. Asclépios, doté par Athéna d'un puissant élixir de guérison, est gravement puni lorsqu'il l'administre à un mort pour le ressusciter. En effet, il va alors à l'encontre des droits d'Hadès. Ainsi, il « perverti la médecine en changeant son statut d'entreprise de sauvetage en entreprise du salut »(4). Le mythe cherche à mettre en garde l'homme face au danger d'une lutte inappropriée contre la mort et l'invite à conserver une juste place par rapport à cette dernière. Pourtant, le XXI^{ème} siècle voit le développement du post-humanisme qui recherche « La mort de la mort », comme développé par le docteur Laurent Alexandre (5). Les avancées technologiques se succèdent de plus en plus rapidement. Hans Jonas parle ainsi d'un « Prométhée déchaîné »(6). Il met en garde contre cet emballement de la technique qui apporte des possibilités considérables pour développer les performances de l'être humain et pour chercher à allonger sans cesse l'espérance de vie. Or « l'allongement récent de la durée de vie en bonne santé dans notre société frappe notre imaginaire au point de nous faire croire que la technique nous fera accéder à l'immortalité »(7). Le malade ne vient alors plus à l'hôpital avec l'idée qu'il pourrait mourir mais certain de sa guérison. Il transfère sur le soignant son propre fantasme de toute-puissance. Delieutaz raconte ainsi comment le patient « débordé par son mal-

être et en recherche d'un apaisement immédiat projette ainsi sur [le soignant] ses angoisses et renforce la pensée illusoire de pouvoir et de devoir le soulager dans l'instant »(8). Les exigences de soin augmentent et l'obligation de moyens se transforme peu à peu en obligation de résultat. L'absence de guérison devient un échec médical. L'écart se creuse entre les acquis scientifiques et techniques d'un côté et la dimension humaine du quotidien des soins de l'autre. Marie de Hennezel parle ainsi d'un « monde qui valorise le « faire », la technique, tout ce qui est de l'ordre de l'efficacité, de la rentabilité, et cela au détriment de l'affectivité »(9). La formation humaine des soignants passe au second plan au profit de la formation purement technique. Dans les études, les internes jugent inadaptés leur formation en sciences humaines et en bioéthique avec une impression de bachotage, sans corrélation avec les situations vécues en stage (10). Ce décalage se ressent d'autant plus lorsque les soignants sont confrontés à des situations de fin de vie, situations qui amènent des émotions fortes (au patient et au soignant), des questionnements sur l'existence de l'autre ainsi que sur sa propre existence. Les soignants expriment être démunis dans ces situations. « On ne lui a pas appris à faire face à l'angoisse de ceux qui vont mourir. On ne lui a pas appris comment faire avec ce profond sentiment d'impuissance et d'échec qu'elle éprouve. [...] On lui a conseillé la distance : ne jamais s'asseoir sur le lit d'un malade, ne jamais l'embrasser. Se contenter des gestes techniques »(9).

Les soignants sont invités à mettre leurs émotions de côté lorsque qu'ils exercent, comme si la blouse blanche était un rempart à l'affectivité présente afin qu'elle n'enraye pas les compétences techniques. Pourtant, d'après C. Sissoix, « la rencontre avec les patients est une invitation constante à la découverte de sa propre vulnérabilité. » Par son témoignage, elle raconte comment une patiente l'a placée dans une posture de non-savoir et de non-pouvoir. Elle explique avoir été confrontée à « sa propre impuissance » (11). Face à cette impuissance, elle a été ébranlée dans son rapport avec elle-même et est ainsi amenée à se découvrir davantage.

Cette vision de l'impuissance comme rapport à sa propre vulnérabilité se retrouve dans la littérature romanesque et a été plus précisément étudiée par P. Svandra dans les œuvres d'Albert Camus. Les héros de ses romans sont confrontés à un sentiment d'impuissance qui naît de l'inquiétude liée à leur propre vulnérabilité face à la souffrance et face à la mort de l'autre. La réflexion philosophique de Camus serait alors orientée autour de la question : « Comment trouver un sens à nos actions dans un monde qui nous apparaît à bien des égards insensé ? » (12) Le quotidien du soignant serait pour lui une confrontation permanente à l'absurdité du monde jusqu'à ce qu' « un jour seulement, le « pourquoi » s'élève et tout commence dans cette lassitude teintée d'écœurement » (13). Le médecin serait alors également ébranlé dans son

rapport à l'autre et à son environnement, c'est-à-dire dans sa relation au patient. Cela ne peut être sans conséquences pour le soin.

C'est dans ce cadre-là que s'inscrit ce travail de thèse dont la question d'étude sera : **en quoi la confrontation du médecin à sa propre impuissance le façonne dans son rapport à lui-même et au patient ? Quelles en sont les conséquences sur le soin apporté ?**

Nous avons choisi d'étudier plus précisément le vécu du sentiment d'impuissance des internes de médecine générale lors de situations cliniques qui ont été ressenties comme complexes. Nous avons cherché à explorer les répercussions professionnelles et personnelles engendrées par un tel sentiment.

II. Matériels et méthodes

A. Objectif de l'étude

Objectif principal : analyser le vécu des internes face au sentiment d'impuissance généré par des situations cliniques ressenties comme complexes.

Objectif secondaire : exploration des répercussions personnelles et professionnelles, recherche de pistes de réflexion pour les pratiques soignantes.

La question de recherche principale a évolué au fur et à mesure de mes recherches bibliographiques et de mes réflexions. J'ai eu la possibilité de participer à un atelier en visio-conférence sur le thème « soin et spiritualité », organisé par mon maître de thèse, le Docteur Barbarot, ainsi que par les Docteurs Christophe Duvaux et Miguel Jean, avec la participation de différents acteurs du soin, médecins ou paramédicaux. Une intervention d'Etienne Rochat, aumônier au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, a permis de mieux définir les termes de la question de recherche.

B. Recherches bibliographiques

La recherche bibliographique scientifique a été faite sur les moteurs de recherche PubMed, Cairn et Google. Les mots clés utilisés selon le Mesh ont été : helplessness ; powerlessness ; spiritual care ; palliative care ; emotions.

C. Choix de la méthode

Pour répondre à la question de recherche, j'ai décidé de réaliser une étude selon une méthode de recherche qualitative. Cette méthode permet de mieux recueillir et analyser les ressentis et le vécu des internes face à un phénomène subjectif. Je fais donc le choix d'une analyse phénoménologique interprétative, telle que développée par Husserl et Merleau-Ponty, qui permet de décrire le sens donné à un phénomène. « Décrire le phénomène, c'est saisir son unification par la personne, le sens que celle-ci lui donne et comment elle le lui a donné. Ainsi, « les données subjectives ne sont plus un biais, mais bien le matériel narratif que la méthode

sollicitera et analysera »(14). La phénoménologie donne ainsi le primat au vécu de l'individu, à sa perception du monde.

La méthode des entretiens semi-dirigés auprès d'internes en médecine générale est apparue la plus adaptée pour recueillir le maximum d'informations de manière fiable tout en restant reproductible grâce au guide d'entretien établi au préalable. Pour permettre une meilleure expression des émotions, et pour éviter un biais créé par la peur du jugement des autres dans un groupe, les entretiens ont été réalisés un par un. Le lieu de déroulement de l'entretien a été laissé au choix de l'interne.

D. Rédaction du guide d'entretien

Le guide d'entretien initial a été réalisé en collaboration avec mon maître de thèse, le Docteur Barbarot. Puis il a évolué après ma participation à un atelier du département de médecine générale de l'université de Nantes portant spécifiquement sur les études qualitatives. Il a enfin été relu par Benoît Maillard, psychologue en soins palliatifs au CHU de Nantes, ce qui a conduit à ajuster les termes pour permettre de faire ressortir le maximum d'informations.

Le guide d'entretien a été testé sur un médecin généraliste remplaçant ayant terminé son internat récemment afin de vérifier la pertinence et la compréhension des questions. Il a évolué après les deux premiers entretiens, afin de mieux s'adapter aux besoins de l'étude et de faciliter la compréhension des items.

E. Population

La population cible de cette étude était les internes de médecine générale de l'université de Nantes. Le recrutement s'est fait au sein des promotions ECN 2019 et 2018 par un texte explicatif envoyé aux internes de la promotion via les réseaux sociaux. Sept candidats se sont alors manifestés.

Deux personnes ont ensuite été recrutées par effet « boule de neige », c'est-à-dire que des internes interrogés leur ont suggéré de participer à l'étude.

F. Entretiens

Pour faciliter un climat de confiance, les entretiens ont été réalisés en tête-à-tête dans un lieu choisi par l'interne interrogé.

En début d'entretien, l'interne était informé du caractère anonyme des entretiens et de la retranscription des verbatims. Le chercheur s'est assuré de recueillir oralement le consentement éclairé de l'interne au début de l'entretien.

L'enregistrement s'est fait de manière numérique par dictaphone.

J'ai choisi de mener moi-même les entretiens. En effet, se confier à un pair me semblait adapté pour que l'interne soit en confiance dans l'expression de ses émotions et dans la retranscription de son vécu. L'empathie que je pouvais témoigner était une aide lors des entretiens.

Le guide d'entretien a servi de trame pour les entretiens. J'ai utilisé les méthodes de communication caractéristiques de la méthode qualitative en employant des questions ouvertes. En cas de difficulté dans la compréhension de certaines questions, j'ai pu relancer les internes en reformulant les propos ou en faisant préciser certaines réponses.

Les entretiens se sont poursuivis jusqu'à ce que le chercheur juge le recueil de données suffisant pour l'analyse du phénomène.

G. Analyse

Chaque entretien a fait l'objet d'une analyse transversale thématique du discours. Le codage individuel effectué par le chercheur a été complété par triangulation grâce au codage d'un chercheur extérieur à l'étude. Cette triangulation permet de majorer la validité interne de l'étude.

L'analyse s'est ainsi déroulée en deux étapes :

- Le séquençage et l'encodage : le verbatim a été séquençé en unité de sens et chaque unité de sens a été analysée pour aboutir à un code.

- La création d'une grille d'analyse thématique grâce au logiciel EXCEL : les codes ont été regroupés en sous-catégories puis en catégories afin de faire émerger les thèmes principaux de l'étude.

L'analyse a démarré en parallèle des entretiens pour permettre d'enrichir le guide d'entretien et les réflexions. Elle s'est terminée en juin 2022.

III. RESULTATS

A. Population d'étude

9 entretiens ont été réalisés entre le 1^{er} février 2022 et le 30 mars 2022. Ils se sont déroulés à Nantes ou à la Roche-sur-Yon dans trois types de lieux différents : au domicile du chercheur, au domicile de l'interrogé ou sur un terrain de stage.

7 femmes et 2 hommes ont été interrogés, âgés de 26 ou 27 ans.

8 internes appartiennent à la promotion ECN 2019 et étaient en 5^{ème} semestre au moment de l'entretien. Le 9^{ème} interne appartient à la promotion ECN 2018 et était en 7^{ème} semestre. Deux des internes interrogés étaient en année de formation spécialité transversale (FST) en soins palliatifs.

Les entretiens ont duré entre 20 et 46 minutes, avec une durée moyenne de 34 minutes.

B. Contexte clinique

La situation clinique décrite a été laissée au choix de l'interne. L'analyse a montré une grande diversité dans les situations présentées, tant par les patients décrits que par le contexte de soin choisi. Enfin, des caractéristiques propres aux internes ont joué dans leur ressenti.

1. Caractéristiques des patients décrits

Presque toutes les situations impliquent des **patients vulnérables** confrontés à un danger immédiat. Les situations de I1, I6, I7 et I9 sont des prises en charge gériatriques. Les situations de I3, I4, I6, I7 et I8 sont des prises en charges palliatives. Celles-ci apparaissent **complexes** aux internes.

I7 : « *les soins palls, c'est par définition des prises en charge complexes.* »

I3 : « *Il est dyspnéique, il a de l'ascite. [...] on voit qu'il n'a aucun espoir de rien du tout.* »

Dans ces situations-là, il pouvait y avoir de **l'incertitude sur ce que le patient connaît** de la prise en charge, voire une **mauvaise compréhension** par le patient.

I6 : « *elle était consciente mais alors je sais pas ce qu'elle comprenait ou pas.* »

Cinq internes ont décrit des difficultés avec des **situations sociales complexes**.

I2 : « *une dame [...] qui venait d'accoucher, [...] elle avait pas de domicile.* »

I7 : « *je me suis beaucoup posée des questions sur les patients victimes de violence où pareil... l'impuissance est quand même assez énorme chez le médecin.* »

I6 : « *Quand le social suit pas [...] c'est très compliqué des fois d'accompagner les gens correctement.* »

Quelques situations impliquaient des patients **inconnus** de l'interne, qui doit donc reprendre un dossier en cours (I1, I2, I4). La relation médecin-malade **manquait donc d'alliance thérapeutique**.

I1 : « *Peut-être que c'est plus simple pour toi, il y a un lien qui a été fait, une alliance, alors que moi il n'y en avait pas du tout.* »

La situation impose alors à l'interne de **sortir de sa zone de confort**.

I5 : « *de me sentir complètement désarçonnée.* »

2. Caractéristiques des situations de soin

a) Pathologies rapportées

Dans deux situations, l'interne a été **confronté à la mort** de son patient.

I1 : « *je l'ai vraiment vu quoi de mes propres yeux, et... c'est assez violent.* »

I7 : « *voir quelqu'un mourir, c'est affreux.* »

Quatre situations concernent des **accompagnements de fin de vie**.

Certains internes se sont sentis en échec face à des demandes spécifiques des patients comme les **troubles du sommeil** ou les prises en charge **d'addictologie**.

L'interne 9 a raconté dans un deuxième temps de l'entretien une situation où il a pu se sentir impuissant **face à la douleur** d'un patient.

I9 : « *Putain, je suis nul ! Merde il souffre et moi je suis là...* »

Enfin, plusieurs internes ont verbalisé des difficultés à se positionner face au patient dans des cas de **refus de soin**.

I8 : « *ce qui a été difficile c'est que cette dame dans un premier temps elle a refusé [...] toute prise en charge.* »

I9 : « *s'ils acceptent pas ce que je leur propose, je peux rien faire du tout.* »

b) L'interne souvent seul

Dans cinq des situations, l'interne était **tout seul** pour prendre en charge le patient, dans le cadre soit d'une garde de nuit, soit d'une consultation de médecine générale en cabinet au cours du stage de SASPAS.

Dans les stages de médecine générale, le fait de **manquer de co-interne et de ne pas s'inscrire dans une équipe soignante** a été souligné comme étant une difficulté supplémentaire pour l'interne. Les ressources sont alors plus difficiles à aller chercher.

I5 : « *J'avais pas la solution et je voyais pas sur quoi je pouvais m'appuyer.* »

3. Caractéristiques propres à l'interne

Deux internes ont verbalisé le fait d'avoir un **tempérament anxieux**.

I2 : « *j'étais hyper stressée [...] c'est un peu ma nature on va dire.* »

I6 : « *Je suis quelqu'un d'anxieux [...] C'est quelque chose qui est inhérent à ma personne.* »

Trois internes décrivent une **hypersensibilité**.

I2 : « *quand ils me parlent de situations qu'ils ont vécu, [...] j'ai les émotions qui sont vraiment très proches.* »

I3 : « *[mes émotions,] je les ressens un peu démultipliées parfois je pense.* »

I5 : « *c'est ma sensibilité qui est comme ça.* »

Cette hypersensibilité peut être difficile à appréhender pour les internes.

I3 : « *L'identification, les émotions, c'est [...] quelque chose qui va parfois être difficile à gérer.* »

Trois internes disent **manquer de confiance en eux** et avoir « *eu des soucis sur ma compétence personnelle* » (I6).

C. Causes du sentiment d'impuissance

Les internes se sont retrouvés impuissants à cause de leur statut d'interne, à cause du statut de médecin et des responsabilités qu'il implique et face aux émotions transmises par le patient et son entourage.

1. Le statut d'interne

a) Une transition externe-interne brutale

L'entrée dans l'internat est **un passage brutal** pour les étudiants en médecine. Il implique **d'être confronté à des situations difficiles et d'en porter la responsabilité.**

I1 : « *en tant qu'externe j'avais jamais vu de décès.* »

I7 : « *Pendant l'externat [...] on est moins face aux choses directement, on n'a pas la responsabilité de nos décisions directement et du coup on n'a pas ce poids en plus.* »

Certains ont exprimé le fait que les équipes paramédicales ou médicales n'ont pas pris en compte cette transition brutale de l'externe à l'interne. Ils ne se sont pas sentis accompagnés dans leur progression en tant qu'étudiant.

I1 : « *des infirmières qui soient plus expérimentés [...] et qui se rendent pas compte que nous, ça fait 3 mois qu'on est internes et que c'est pas si facile.* »

Deux internes ont exprimé **se sentir trop jeune** pour être confronté à ce genre de situation.

I1 : « *clairement, 25 ans... quand je vois mes amis qui sont pas du tout en médecine, qui n'ont jamais vu de mort de leur vie et toi tu vois des morts toutes les nuits vraiment à tire-larigot.* »

Ils se sont demandés dans quelle mesure ils sont **légitimes** pour donner des directives et des conseils face à des équipes paramédicales plus expérimentées ou face à des patients plus âgés qu'eux.

I7 : « *je reste une personne de 26 ans. [...] Donner des conseils de vie à une dame qui a deux fois mon âge, 2 enfants. Je me suis dit : à quel point je suis légitime là pour lui dire quoi faire ?* »

Les internes trouvent qu'ils **manquent d'expérience** par rapport au médecin senior. Des réflexes ou des manières d'être ne sont pas encore acquis par l'interne et nécessitent une attention particulière.

I1 : « *pour eux c'était évident avec l'expérience. [...] mais en fait pour nous non.* »

Ce manque d'expérience peut engendrer des **difficultés à poser des décisions**.

I5 : « *J'ai pas l'expérience ! Je pense qu'il y a des petits trucs et astuces qu'on peut apporter aux gens mais que j'ai pas encore. Et ça, ça me désarçonne.* »

Deux internes ont eu le sentiment **de ne pas être écoutés par le médecin senior** ou de **ne pas avoir assez de place pour exprimer leur désaccord**. Ils se posent la question de la légitimité de leur proposition dans la prise en charge du fait de leur statut d'interne.

I4 : « *le médecin de l'HAD me laissait peu de place à chaque fois que je l'appelais.* »

Le statut d'interne est ainsi vécu comme **ambivalent**. Il faut prendre des décisions tout en étant redevable auprès d'un médecin référent. Il y a donc un **manque de liberté** dans le champ d'action de l'interne.

I4 : « *la situation d'interne est pas facile parce qu'on a des responsabilités mais pas totalement donc on est dépendant de notre senior. Parfois on n'est pas toujours d'accord. On a beau essayer d'argumenter et de dire qu'on n'est pas d'accord parfois on n'a pas le choix que d'obéir à ce que souhaite... enfin, ce que veut le senior. Et après, c'est pas facile, parce qu'il faut assumer cette décision pour laquelle on n'est pas d'accord et l'assumer auprès des équipes paramédicales qui ne comprennent parfois pas et c'est difficile d'argumenter quand on n'est pas d'accord. (rires) [...] Au fur et à mesure les connaissances on les a, on apprend progressivement, on prend confiance, mais on n'est pas complètement libre non plus. (rires)* »

b) Manque de soutien de la part du médecin senior

La majorité des internes sont allés chercher un soutien auprès de leur médecin senior ou d'une équipe. Quatre d'entre eux **ne se sont pas sentis soutenus dans la prise en charge**. Des internes ont demandé des conseils auxquels les médecins « *n'avaient pas forcément la réponse* » (I5) ou apportaient des avis peu pertinents. D'autres ont ressenti un « *manque de réactivité* » (I4) de la part de la hiérarchie.

Deux internes ont été **surpris de la réaction de leur médecin senior** face à la situation. Ils s'attendaient à ce que leur senior s'investisse plus pour leur patient. Ils ont eu **l'impression**

d'être les seuls à prendre à cœur la situation pour chercher à aider le patient et donc **les seuls à se sentir impuissants.**

I2 : « *J'ai eu la deuxième surprise de : ça ne l'a pas surpris, ça ne l'a pas choquée, et ça ne l'a pas vraiment impliquée. [...] En fait je me suis sentie un peu seul, face à son absence de réaction.* »

I5 : « *Mes prats pour eux c'est une situation habituelle qu'ils gèrent. C'est pas aussi important pour eux j'ai l'impression. Alors que moi j'accorde beaucoup d'importance à ça.* »

A posteriori, trois internes n'ont pas trouvé que leur médecin senior ait été attentif à leur vécu de la situation. Ce dernier est resté dans une **attitude bio-médicale** lors du débriefing avec l'interne.

I1 : « *J'ai pas l'impression qu'il y ait eu grand monde qui était là pour écouter... [...] Il y a personne qui m'a dit un jour : « comment ça se passe les gardes ? Comment ça se passe pour gérer les décès et tout ? » Il y a personne qui y ait pensé ... »*

I2 : « *Ils posent pas forcément la question de comment toi tu sens, de qu'est-ce que ça te fait à ce moment-là.* »

Un des internes a essayé de créer un espace de parole avec ses médecins seniors pour pouvoir discuter de son ressenti mais il **n'a pas trouvé une écoute attentive** en face de lui.

I7 : « *J'en ai parlé à mes chefs à l'époque et ils m'ont dit « oui mais... » [...] J'aurais bien voulu que mes chefs en parlent un peu avec moi mais ils ne l'ont pas fait. Ça a été un peu une déception pour moi.* ».

L'interne 6 attribue cette attitude bio-médicale du médecin senior au cadre apporté par les études de médecine et par le milieu hospitalier. Selon lui, la compétition qui anime les études de médecin amène l'étudiant à **ne pas exprimer ses émotions** et à être en « *représentation permanente face aux autres.* » (I6)

I6 : « *tu peux pas montrer tes faiblesses en fait, même envers les patients d'ailleurs. [...] Les gens qui pleurent, qui arrêtent, qui machin sont dénigrés. On leur donne pas de poste parce qu'on pense qu'ils seront pas compétents, alors que souvent c'est les gens les plus humains et les plus appréciés des patients. [...] C'est un peu chacun pour soi, il y a un manque d'empathie totale.* »

c) La peur de l'incompétence

Dans la première partie de l'entretien, lorsqu'on interroge l'interne sur son parcours d'étudiant en médecine, la grande majorité verbalise des années d'externat difficile en raison de la charge de travail demandée. Pourtant, les internes ont l'impression de **manquer de compétence et de savoir-faire** pour réagir aux situations cliniques.

I1 : « *On était confronté aux décès des patients et aux annonces de décès et on a pas du tout été formés en fait.* »

I7 : « *Je me suis sentie vraiment à la masse on va dire.* »

Ils ressentent un **manque de transmission de ce savoir-faire** de la part de la hiérarchie au cours des stages.

I1 : « *Personne nous disait comment faire quoi, les chefs nous formaient pas du tout.* »

Deux internes ont ressenti un **manque de connaissance théorique** pour répondre convenablement à la demande du patient.

I8 : « *C'est arrivé d'autres fois où tout simplement tu sais pas quoi prescrire.* »

I5 : « *J'ai pas de réponse aussi sur des recommandations nationales, j'ai pas de support scientifique assez fort.* »

Ce manque de connaissance et la confrontation à des situations de doute peut-être source d'inquiétude pour l'interne.

I6 : « *C'est toujours ça, c'est l'incertitude, le doute, c'est la peur de pas être compétent.* »

Certains internes se sentent **coupables de ne pas tout connaître** sur la médecine et de ne pas réussir à gérer des situations de la vie courante. Ils se sentent alors dévalorisés.

I6 : « *Je l'ai appris ! Je devrais le savoir !* »

I9 : « *Tu te sens nul. [...] J'aurais dû mieux l'apprendre, j'aurais dû mieux savoir tout ce que tu vas voir tout le temps.* »

Les internes se retrouvent ainsi **dans l'incertitude sur la conduite à tenir** dans la situation donnée. Ils se posent la question : « *qu'est-ce que je fais ?* » (I2). La décision est d'autant plus dure à prendre pour eux quand le patient présente des pathologies contradictoires.

I9 : « *Soit je fais ça, soit je fais ça mais en fait il y a pas de solution, il y a pas de bonne solution.* »

I6 : « *On peut prendre un parti ou un autre mais en fait dans les deux cas ça risque de tourner au vinaigre et on essaie de prendre ce qui est le moins pire on va dire, pour la personne. Et ça oui c'est très douloureux.* »

2. Le statut de médecin

a) Un devoir à accomplir

Les internes **se sentent responsables** de la santé de leur patient. Certaines situations les touchent particulièrement et induisent alors **un investissement plus important** de la part de l'interne. Il est « *soucieux* » (I8) pour son patient et pour son entourage.

I5 : « *quand on vit des grosses grosses insomnies c'est handicapant à l'extrême. Et c'est censé être normal en fait de bien dormir. C'est tellement important, JE trouve ça tellement important...* »

I4 : « *Je me suis souvent d'ailleurs surinvestie dans ce service-là. [...] Je me suis dit que c'était plutôt à moi de faire ça, vu comment c'était compliqué.* »

I2 : « *T'as toujours envie de faire plus quand tu t'impliques. [...] C'est aussi ça qui m'a attiré un peu vers la médecine, c'est que t'as envie d'aider les gens.* »

I6 : « *Est-ce que j'ai fait tout ce que je pouvais faire ?* »

Trois internes ressentent le besoin de **soulager** leur patient. Cela amène une difficulté et un stress quand les moyens ne sont pas réunis pour.

I3 : « *En fait j'avais peur qu'il parte sans avoir été soulagé sur certains points.* »

I4 : « *Je me voyais pas lui dire : "Vous allez pouvoir rentrer chez vous", tellement il était douloureux et altéré.* »

I8 : « *C'est plus du stress dans ces cas-là. Parce que tu te dis... en fait zut, le patient j'ai rien pour le soulager...* »

L'interne 7 parle du fait que le médecin « *peut changer beaucoup de chose.* » Il est donc conscient du fait que « *notre parole a un impact qui est important aussi donc je veux pas non plus dire n'importe quoi.* » Le médecin a donc une **influence sur son patient** qui peut être ressentie comme une charge. Le patient accorde de l'importance aux décisions de son médecin. Ainsi l'interne 9 dira : « *en tant que médecin généraliste je me sens un peu plus investi de la confiance du patient.* »

L'interne 6 parle du fait que les patients se déchargent de toute responsabilité sur le médecin, il y a comme un « **transfert de responsabilité**. Il y a des patients ils arrivent avec : « j'ai ça comme problème, docteur, qu'est-ce que je fais ? » Ils te mettent le truc, le sac à dos sur le dos. » Le médecin porte alors le poids de la décision et se doit de mettre en œuvre des actions pour soulager son malade.

Pour d'autres internes, ce transfert de responsabilité a été ressenti au sein des équipes soignantes. Ils se sont sentis investis d'une mission par les infirmières ou par des médecins eux-mêmes surchargés de travail. Ils ont eu l'impression qu'ils se « *déchargeaient* » (I1) et donc que « *tout se repose sur [l'interne]*. » (I4).

La responsabilité qui pèse sur les épaules de l'interne conduit certains à avoir des **exigences de prise en charge très importantes**. (I2)

I6 : « *En fait on croit qu'on doit être parfait, c'est un truc d'élite, on croit qu'on doit tout savoir, qu'on doit jamais faire d'erreur. [...] Tu vois : "je suis censée".* »

I5 : « *Je reste en fait dans mes valeurs prescriptrices de ne pas prescrire du Zolpidem parce que je sais à quel point ça peut être destructeur. Donc je tiens quand même à ça.* »

Pourtant, ces exigences ne trouvent pas toujours de répondant chez le patient. Cinq internes ont manifesté avoir le sentiment **d'être en décalage** avec ce qu'attend réellement le patient ou son entourage sur la prise en charge.

I2 : « *C'était pas sa demande. [...] C'est moi qui ai posé la question. [...] Elle, je l'ai pas sentie choquée ou demandeuse ou quoi que ce soit...* »

I9 : « *Je voulais faire quelque chose et les enfants me disent non.* »

Les internes se rendent compte que **ces exigences ne sont pas les mêmes pour tous** et que chacun a des sujets de prédilection. Cela peut expliquer les incompréhensions vécues face aux réactions de certains collègues.

I2 : « *Je pense que c'est plus les attentes qu'on a, nous, et les exigences qu'on a, nous, et ce qu'on pense acceptable ou pas et c'est différent en fonction de chacun.* »

L'interne 3 parle également d'une « *exigence [que les soignants] ont envers eux-mêmes* » pour être « *investi à 100%* » pour le patient. Il souligne que cette exigence demande **d'apprendre à gérer ses émotions** et peut induire une **fatigue au long cours**.

Lorsque les solutions apportées ne répondent pas à leurs exigences, les internes ressentent un **sentiment d'impasse** et **se sentent inutiles** pour leur patient.

I7 : « *Cette impuissance de se dire bah là je pouvais rien faire de plus.* »

I2 : « *En fait... tu pisses dans un violon ! (rires)* »

I5 : « *J'étais un peu coincée.* »

Pour deux internes, les situations de limitation de soin étaient ressenties **comme un échec de la médecine face à la réalité de la mort.**

I7 : « *L'impuissance elle est déjà importante parce que tu les mets sous oxygène et puis t'attends. [...] En fait quoi qu'on fasse il y a des gens qui vont mourir.* »

I3 : « *C'est peut-être pour essayer de... bah voilà, on soigne pas les gens mais on... c'est peut-être quand même une sorte de **lutte contre l'inéluctable.*** (rires) »

b) Un décalage entre la théorie et la pratique

Certains internes se rendent compte que les exigences de prise en charge qu'ils se sont fixé ne sont pas toujours « *compatibles avec [la médecine générale]. [...] Tu sais ce qu'il leur faut, et en fait tu ne peux pas leur donner.* » (I2) Il y a un décalage entre la médecine théorique enseignée et l'application pratique au patient. Ce décalage est vécu comme douloureux par certains. Au cours du 2^{ème} entretien, l'interne a eu un sanglot en évoquant ce sujet.

Les internes se retrouvent **impuissants face à l'absence de solution applicable** au patient concerné.

I2 : « *L'infirmière libérale, elle va pas venir sous le pont lui faire son Lovenox, ça n'a pas de sens...* »

Quatre internes ont trouvé **manquer de temps** pour pouvoir prendre en charge des situations compliquées. Ce manque de temps a été évoqué dans les stages de médecine générale avec **des consultations trop courtes** pour aller dans le fond des choses avec les patients.

I5 : « *J'ai pas non plus le temps en fait aussi pendant les consultations. [...] Je pourrais discuter, me poser, voir ce qui va pas, creuser un peu plus. Et en fait 20min ça passe vite.* »

Mais également dans les services hospitaliers face à des patients qui se dégradent très rapidement. Deux internes ont eu la sensation **d'être pris de court par la mort de leur patient** sans avoir pu mettre en œuvre les actions souhaitées pour le soulager.

I3 : « *Je leur dis que d'habitude on a le temps de mettre en place quelque chose, je sais pas si c'est pour adoucir ou pour contrôler les symptômes ou au moins que les gens puissent partir un petit peu plus sereinement. Et là je sens que ça va peut-être pas être possible.* »

I7 : « *Le fait que ça ait été très rapide et que quand je suis arrivée c'était trop tard. [...] Le timing en quelque sorte.* »

L'interne 4 s'est retrouvé en difficulté face à une **mauvaise coordination des soins** au sein d'une structure hospitalière. La multiplication des intervenants a engendré des **défauts de communication**, ce qui n'a pas permis à l'interne d'avancer dans sa prise en charge. De même, l'interne 2 s'est retrouvé impuissant face au système de santé et face à un service social inefficace.

Cette mauvaise coordination des soins est causée en partie par un **manque de moyen humain** pour mettre en place des prises en charge optimales.

I8 : « *On n'arrive pas à mettre en place les prises en charge optimales qu'on voudrait et que le patient voudrait [...] soit parce que dans le contexte de désert médical t'as pas de médecin, ou t'as pas d'infirmiers.* »

I3 : « *Des fois, on est limité par le nombre de patient, par la fatigue des membres de l'équipe, par le manque de moyen humain.* »

L'interne 3 souligne qu'il est nécessaire d' « *avoir un service à l'hôpital où il y a assez de soignants pour le nombre de patients* ».

Ce manque de moyen humain conduit à un **manque d'accès au soin** pour le patient et donc à une perte de chance concernant sa santé. Certains internes se sont retrouvés dans l'incapacité de proposer une prise en charge adéquate et spécialisée pour des raisons financières.

I5 : « *Le psychologue, [...] je sais que ça peut faire débloquer certaines choses, sauf qu'en fait elle était pas du tout dans les capacités financières de le faire.* »

En plus de sa responsabilité de médecin, l'interne se retrouve alors à **devoir suppléer** au manque de personnel paramédical alors qu'il ne se sent pas en mesure de le faire. Il peut donc se retrouver en difficulté pour accompagner correctement son patient. Le manque de compétence sur le sujet est source de stress.

I2 : « *Tu te retrouves à gérer des trucs où t'es pas capable. [...] Mais je les gère parce qu'en fait il y a que [moi].* »

I7 : « *Je me suis rendue compte aussi qu'on faisait beaucoup de rôle de psy en ce moment (rires). Par le manque de psy malheureusement.* »

La diminution du nombre de médecins et le manque d'accès aux spécialistes demande une **charge de travail supplémentaire** à l'interne. Il doit **gérer un grand nombre de patients** pour suppléer aux déserts médicaux. Il cherche alors à « *condenser* » (I5) la prise en charge de son patient en une seule consultation pour ne pas empiéter sur les autres prises en charge et rester disponible au plus grand nombre. Il doit donc se concentrer sur l'essentiel et ne peut pas effectuer une prise en charge globale du patient.

I6 : « *Il va falloir que je vous revoie plusieurs fois sauf que je peux pas vous revoir plusieurs fois parce que j'ai tant de patient à voir. [...] Notre métier évolue mais on nous donne pas aussi les moyens de le faire correctement.* »

3. Etre le réceptacle des histoires personnelles

Au cours de l'exercice médical, l'interne est **confronté aux histoires de vie** de ses patients. Ces histoires peuvent être difficiles à recevoir et à assumer.

I7 : « *Je me suis pris toute son histoire en pleine tronche en quelque sort. [...] Là je me suis dit (soupir) faut je pose les choses quand même. Ça faisait beaucoup d'information.* »

Le patient véhicule **des émotions fortes** telles que l'angoisse ou la colère. L'entourage du patient peut également exprimer ostensiblement des sentiments de tristesse, de colère ou autre. Il revient alors à l'interne de recevoir cette émotion et d'apprendre à la canaliser.

I7 : « *Il y avait une anxiété qui débordait de partout. [...] C'était difficile. Moi j'ai essayé de pas me stresser et de rester calme mais... voilà il faut travailler un petit peu là-dessus.* »

Deux internes ont exprimé **être en difficulté face à ces émotions fortes**.

I5 : « *Je la ressens de plus en plus cette anxiété.* »

I4 : « *C'est difficile quand on a beaucoup de colère envers soi, même si on sent que c'est pas dirigé contre nous mais bon, on reçoit quand même...* »

Le fait de « *ne pas savoir gérer l'anxiété* » (I5) de son patient est **source d'anxiété pour l'interne** lui-même. L'interne 5 témoigne ainsi **craindre la réaction de son patient** lors de l'annonce de mauvaises nouvelles étant donné les émotions qu'il peut alors extérioriser.

I5 : « *Quand je suis face à la personne et que je lui annonce le truc, sa réaction elle me fait peur. Parce que du coup son anxiété elle va me... (rires)* »

D. Des situations riches en émotions

1. Une charge émotionnelle importante

L'exercice professionnel de la médecine amène le soignant à **être confronté à des situations de vie difficile** de manière régulière.

I2 : « *Pas mal de gens qui m'ont rapporté qu'ils avaient vécu des viols, des incestes...* »

La confrontation à l'impuissance s'inscrit parfois dans un enchaînement de situations brutales. La situation de l'interne 7 a ainsi eu lieu dans un contexte de pandémie à COVID19 pendant laquelle les équipes soignantes ont fait face à des décès répétés.

Les journées en cabinet de médecine générale imposent **d'enchaîner les consultations**. Ce rythme n'est pas facile à assumer pour certains internes.

I2 : « *Ce que j'ai trouvé dur c'est qu'en fait, tu passes après c'est le patient suivant, l'entorse, c'est le truc x ou y et en fait... ça c'est raide.* »

I5 : « *Je sais pas [...] comment font les médecins pour enchaîner ce genre de consultations difficiles.* »

La **confrontation à la mort de manière directe** est également vécue avec difficulté pour certains.

I7 : « *Il y a des patients qui décèdent et on le sait mais c'est... le fait de le vivre...* »

Devant ces situations complexes et chargées en émotions, les internes réagissent pour la plupart en se **surinvestissant** dans la prise en charge. Six internes reconnaissent avoir été affectés au niveau psychique par leur patient. Ils ressentent de manière plus forte que d'ordinaire leurs propres émotions.

I3 : « *C'est une fois que je les ai rencontrés, que je les ai en face de moi que je me dis : "Oui... on a envie de faire les choses". C'est pour ça que... oui il y a un investissement important émotionnellement.* »

I6 : « *C'est vrai que j'étais beaucoup plus dans l'émotion.* »

I7 : « *C'était vraiment moralement je pense que ça a été compliqué.* »

Pour l'interne 9, la relation privilégiée du médecin généraliste avec son patient augmente cet investissement émotionnel à l'égard de son patient.

Lorsque les internes sont amenés à analyser la situation vécue, ils ressentent un **décalage entre leur vécu subjectif et la réalité objective** de leur prise en charge. L'absence de solution apportée aux patients laisse l'interne sur sa faim, comme s'il n'avait pas été au bout de sa prise en charge.

I9 : « *Je me suis donné à fond et en même temps j'avais l'impression de ne pas m'être donné à fond.* »

I2 : « *C'est pas ce qui s'est passé ! Quand je rationalise, je me rends compte que non ! Mais sur le coup c'est un peu comme ça que je me suis sentie...* »

Les internes considèrent que cette charge émotionnelle forte n'est « **pas reconnue** » (I2) par la hiérarchie. L'interne 2 ne se sent ainsi pas « *soutenue dans la charge* ». Trois internes ont parlé du fait que leurs émotions pouvaient les **submerger** au cours d'un entretien avec un patient. Ils se rendent compte qu'il est nécessaire de **trouver un moyen de prendre du recul** là-dessus. L'interne 2 a eu beaucoup d'émotion au cours de l'entretien en évoquant cette problématique.

I2 : « *J'ai du mal parfois à mettre du recul émotionnel. [...] A juste écouter ce que les gens te disent sans que toi ça te submerge trop.* »

I6 : « *Ça m'est arrivé d'avoir les larmes aux yeux. [...] L'affect, c'est dur de trouver une juste mesure.* »

D'autres internes, au contraire, vont **refouler leurs émotions** pour ne pas être envahis par elles.

I1 : « *J'ai refoulé un peu tout ça, [...] tout ce stress, toute cette émotion face à la mort, j'ai mis ça un peu de côté.* »

Mais ils se rendent compte que garder ses émotions au fond de soi-même n'est pas bon pour leur équilibre et peut **rejaillir sur des situations ultérieures**.

I9 : « *Si un truc comme ça tu le gardes, ça peut rester un peu en toi, ça te ronge et puis un jour ça ressort comme ça, ça peut péter.* »

Explorons donc maintenant les émotions qui ont traversé les internes au cours des situations rapportées.

2. Des émotions majoritairement négatives

Les internes ont ressenti principalement des émotions négatives lorsqu'ils ont été confrontés à un sentiment d'impuissance. Ils ont majoritairement ressenti un **malaise** avec la situation.

Le contact avec le patient a pu amener de la **surprise** devant la complexité de la situation.

I2 : « *Au départ c'était de la surprise, ensuite c'était de l'incompréhension, j'ai mis vraiment du temps à comprendre la situation.* »

I8 : « *Pas sidéré mais stupéfait.* »

La souffrance des patients a pu générer du **désarroi** chez l'interne mais également chez toute l'équipe soignante. (I3, I6)

Certains internes ont ressenti de la **tristesse** pour leur patient. Tristesse face aux symptômes présents ou tristesse de ne pas pouvoir y répondre.

I4 : « *Triste, parce que je voulais soulager ce monsieur. J'entendais sa souffrance, j'entendais sa demande mais je pouvais pas y répondre parce que ça dépendait pas que de moi. (soupir)*»

I5 : « *Ça me rend triste pour la personne, j'ai l'impression de l'abandonner.* »

I6 : « *Je suis triste pour les gens parce que je sais que c'est la fin, qu'on peut rien faire, qu'on est dans une impasse.* »

I7 : « *Je pense que la tristesse, c'est pas vraiment de la tristesse face au patient, c'est de me rendre compte de l'ampleur de ces situations qui sont importantes.* »

Le contexte met l'interne en situation de **stress**. (I1, I3, I4, I5, I9) Ce stress peut se manifester au niveau physique par des signes d'agitation.

I1 : « *Je bégayais, j'étais toute rouge, [...] j'étais en sueur, j'étais vraiment pas bien.* »

I4 : « *Je pense que j'étais quand même un petit peu plus agitée.* »

I5 : « *Je vais penser à mille trucs en même temps.* »

L'interne peut aller jusqu'à **perdre ses moyens** comme rapporté par l'interne 3.

Cinq internes ont rapporté que ce stress s'était manifesté sous forme **d'angoisse** avec notamment une angoisse de faire souffrir leur patient. L'angoisse est décrite par Seligman comme la peur chronique qui arrive quand un événement menaçant arrive mais est non prédictible.(15)

I5 : « *Face à une situation où je n'ai plus aucune solution, là c'est vraiment anxiogène.* »

Trois internes ont manifesté de la **colère** à l'encontre de la situation ou à l'encontre de la réaction de leur collègue.

I2 : « *J'étais aussi révoltée qu'elle ait dormi au CHU, que personne se soit bougé le cul. [...]
Ça ne me convient pas !* »

Les internes ont été **décus** de la prise en charge. Ils se sont sentis **frustrés** de ne pas pouvoir répondre aux demandes de leur patient par rapport aux nombres d'années d'étude accomplies ou parce que le patient a mis en échec les prises en charge.

I8 : « *Ça a été vraiment un gros gros sentiment d'impuissance parce que la dame elle a vraiment mis en échec tout ce qu'on pouvait faire. [...] C'était très frustrant, très frustrant...* »

I4 : « *Je pouvais pas y répondre, parce que ça dépendait pas que de moi. (soupir) C'est frustrant... une grande frustration.* »

Les internes ne sont sentis **dévalorisés** dans leurs compétences médicales et humaines.

I5 : « *Je me sentais pas capable de le faire. [...] Ça me rabaisse un petit peu. [...] Je suis quand même médecin généraliste mais je peux pas l'aider pour un truc très banal, enfin très basique. [...] Je perds un peu la confiance en moi. [...] C'est un petit peu dévalorisant.* »

I9 : « *Je suis sûr que l'autre il aurait réussi, moi j'y arrive pas, je suis nul. [...] Chacun a ses forces et ses faiblesses et je pense que quand ça tombe sur ta faiblesse tu te sens quand même dévalorisé parce que t'as l'impression que tout le monde sait sauf toi et ça c'est des choses qui peuvent travailler un petit peu.* »

Deux internes ont exprimé avoir ressenti de la **honte** car ils ont eu l'impression **d'abandonner** le patient à son sort. L'interne 2 ne se sentait pas à la hauteur des exigences qu'il s'était fixé.

I5 : « *J'ai l'impression que je la laisse. Je l'abandonne un petit peu. C'est un sentiment de lâcheté.* »

L'interne 9 parle de **culpabilité** à l'égard de son patient, il a eu le sentiment de ne pas bien faire son travail. Il a ressenti le poids de sa décision comme une faute.

I9 : « *Si elle meurt cette nuit, c'est pas de ma faute. Mais j'avais cette sensation de culpabilité que c'était un peu de ma faute.* »

3. Contre-transfert et empathie

Le **contre-transfert** correspond à « l'ensemble des réactions affectives conscientes et inconscientes de l'analyste envers son patient. »(16) Il est un phénomène obligé dans une situation riche en émotion. Ella Sharpe dira : « Nous nous abusons nous-même si nous pensons que nous échappons au contre-transfert. »(17)

Dans notre étude, les situations rencontrées ont amené les internes à **se projeter et à s'identifier** dans la situation du patient selon « *[leur propre] vécu* » (I1). Cela a pu favoriser un investissement plus important par rapport à d'autres situations qui ne faisaient pas écho à leur histoire.

I9 : « *S'il arrive un truc comme ça à ma mère, j'ai envie que le médecin se donne à fond.* »

I3 : « *Dire à son cerveau : "alors ce n'est pas toi qui est en train de mourir, ce n'est pas non plus quelqu'un de ta famille." (rires)* »

Par l'investissement qu'ils ont déployé dans leur prise en charge, les internes ont également eu le sentiment de faire preuve **d'empathie** envers leur patient en étant attentif aux émotions du patient. Cette empathie permet à ce dernier d'avoir un espace de parole car il se sent en confiance avec son médecin (I2, I6). Par conséquent, il se livre plus facilement. Mais cela induit des difficultés pour les internes car ils se retrouvent trop souvent confrontés à des histoires de vie difficiles à entendre.

4. Des émotions source d'épuisement pour l'interne

Les internes sont conscients qu'ils font face à une charge émotionnelle importante. Cette charge va prendre une place importante dans **la vie psychique de l'interne** et peut aller jusqu'à empiéter sur son temps personnel.

I4 : « *On peut pas dire que quand on rentre chez soi, on passe complètement à autre chose, c'est pas possible. [...] Je dirais pas qu'on ramène [la journée] chez soi mais on la ressent physiquement et moralement.* »

Le stress ressenti au cours de la journée de travail est parfois encore présent au domicile de l'interne. Ce dernier va alors **ressasser** ses décisions, voire continuer à gérer le dossier depuis son domicile.

I9 : « *J'y ai réfléchi pendant toute la soirée.* »

I6 : « *Ça m'a pris la tête pendant quelques jours.* »

I2 : « *le soir quand t'es bien au chaud dans ton lit, tu te dis : "merde, j'espère que ça va..."* »

Ce stress a eu chez certains internes des **répercussions sur leur sommeil**. (I3, I2)

Ainsi, la confrontation régulière au sentiment d'impuissance est source **d'épuisement physique et moral** chez l'interne.

I2 : « *Je sens qu'au niveau professionnel, là je commence à perdre un petit peu d'énergie.* »

I5 : « *Enchaîner les consultations avec ce genre d'annonce plus l'anxiété des gens, à la fin c'est épuisant quand même. [...] Je sens bien que ça m'épuise.* »

I6 : « *Si on s'investit trop émotionnellement, c'est lourd. [...] Souvent c'est quand même épuisant pour rien.* »

L'interne 7 est conscient des risques que pourrait avoir une telle charge émotionnelle sur son propre psychisme : « *Si je m'investis trop à un moment on se perd un peu là-dedans et on se met en échec et on commence un peu à prendre les choses pour nous en se disant : « j'ai pas réussi à sortir la personne de cette situation. » Mais d'un autre côté, j'y arriverai pas à chaque fois. Et si je m'attriste à chaque fois de la situation, je vais être déprimée (rires).* »

Pour l'interne 4, l'épuisement ressenti provient notamment de **la confrontation avec les émotions du patient** : « *Tu as un épuisement en fin de journée qui est physique et moral du fait de cette colère que tu reçois.* »

Cette fatigue émotionnelle s'ajoute à une fatigue chronique induite par la lourde charge de travail ressentie par les internes. Plusieurs dénoncent le volume horaire important demandé par les stages. Certains finissent même par **se sentir « submergés »** (I9) par leur internat et par les tâches qui leur sont demandées.

5. L'espace de parole comme espace de gestion de ses émotions

Les internes ont tous manifesté le besoin de pouvoir **exprimer leurs émotions dans un espace dédié** pour pouvoir les extérioriser et les intégrer. Ils expriment le besoin de « *se poser, réfléchir à ses émotions, les aider... mettre un mot sur ces émotions !* » (I3) Une aide extérieure leur semble nécessaire pour cela car « *c'est difficile d'être réflexif là-dessus.* » (I6) Les internes vont puiser cette aide auprès de ressources diverses.

Le premier recours des internes va être **leur médecin senior**. Pour l'interne 1, il a fallu du temps pour passer au-dessus de sa peur et oser discuter de ses émotions avec ses chefs et se permettre d'aborder la sphère des émotions avec eux. Plusieurs internes témoignent d'une bienveillance des médecins seniors à leur égard sur le sujet. Par ailleurs, la discussion avec une personne qui a de l'expérience dans le domaine permet de **relativiser l'action** et de désacraliser la responsabilité que l'interne porte sur la situation.

I2 : « *Quand on parle avec quelqu'un qui est dans la même situation, qui te propose des trucs qu'on aurait pas forcément pensé, qui te conforte dans ce que t'as fait ou qui connaît la patiente et donc qui dit : "ouais c'est vrai que cette patiente-là, c'est pas évident. Je l'ai déjà vu pour ça, c'était dur." Et là du coup tu te sens un peu moins seul dans ton bateau, c'est quand même plus simple. Ça te fait mieux digérer un peu les trucs.* »

I6 : « *J'avais besoin d'être rassurée pour pouvoir simplement passer à autre chose.* »

Les **pairs avec notamment les amis internes** sont des ressources importantes pour pouvoir débriefer des situations. La relation d'égal à égal, sans hiérarchie, permet d'en discuter plus librement.

I9 : « *De se rendre compte en fait que d'autres collègues internes ont vécu la même situation, ça te rassure. [...] Tu te rends compte que t'es pas un cas isolé.* »

I4 : « *Ce qui était important c'était de pouvoir en rediscuter avec ses confrères pour justement prendre du recul, redescendre, évacuer. Je pense que dans toute notre pratique, c'est important de ne pas s'isoler et de rediscuter de situations difficiles.* »

Un **espace de parole institué par la faculté** permettant d'avoir un échange avec d'autres internes de la promotion est apprécié par les internes pour pouvoir avoir un autre regard sur la situation.

Les internes ont pu également trouver un soutien **auprès de l'équipe soignante** grâce à la bienveillance des professionnels paramédicaux comme les infirmières ou les assistantes sociales. Les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) permettent à l'interne en stage en ambulatoire d'aller chercher de l'aide auprès des intervenants de la MSP (I2).

L'équipe est un soutien pour **prendre des décisions collégiales** lorsque des choix éthiques peuvent s'avérer difficile à prendre.

I6 : « *J'étais aussi très mal à l'aise et c'est aussi à ma demande qu'on s'est réuni pour en rediscuter parce que j'étais très gênée d'un point de vue éthique pour cette patiente.* »

L'interne 7 estime qu'il devrait y avoir des groupes de parole dans tous les services pour réfléchir sur les situations complexes en équipe.

I7 : « *En fait on sait tous qu'on le vit mal, parce qu'en fait on est tous humain. [...] On sait que c'est compliqué et ce que je comprenais pas c'est qu'on n'ait pas un temps médecin-interne-paraméd juste pour se dire : "comment vous l'avez vécu ?" »*

Les proches sont pour certains une ressource très importante pour pouvoir exprimer ses ressentis. C'est un lieu où l'interne se sent en confiance.

I4 : « *On vit tellement de choses difficiles que ça a tendance à déborder dans l'entourage.*

Mais je pense qu'on a ce besoin d'extérioriser pour avancer. »

I6 : « *C'est surtout d'en parler à mon père principalement. [...] Il me connaît bien, il voit comment je réfléchis, ma structure de pensée et caetera, il me connaît très bien. »*

Au contraire, d'autres internes ne trouvent pas d'espace au sein de leur entourage pour discuter de ce qu'ils vivent dans leur exercice professionnel. Ils se sentent en décalage avec leur proche dans ce qu'ils vivent. Ils vont alors **dissocier** leur environnement familial et leur environnement professionnel.

I7 : « *J'ai du mal à en parler avec euh... j'en ai parlé à d'autres amis qui sont pas internes mais [...] la portée est pas la même pour eux. Et ma famille un petit peu mais pareil j'ose pas trop parce que je veux pas non plus... ils sont pas du tout dans le médical. [...] C'est un peu violent pour eux. »*

Au cours de leur parcours, certains internes ont ressenti le besoin de faire appel à un **psychologue** (I5, I2) pour pouvoir faire le point devant une souffrance psychologique trop intense. D'autres trouvent que voir un psychologue sur le coup aurait été bénéfique alors qu'ils n'en ont pas eu l'occasion (I4, I1). L'interne 3 a pu bénéficier de la psychologue du service pour avoir un espace de parole et souligne le bénéfice important pour les équipes de soin d'avoir un psychologue attitré. Pour d'autres, le psychologue est vu comme un moyen de dernier recours qui n'est pas ajusté dans leur cas. (I7)

L'interne 2 a cherché des **méthodes alternatives** grâce à l'autohypnose pour apprendre à gérer seul la charge émotionnelle.

Les internes ont également cité l'importance **d'avoir du temps personnel** comme espace de décharge des émotions. L'interne 5 accorde de l'importance à la pratique de ses passions, l'interne 6 va se réfugier dans les jeux vidéo comme solution pour être « englobé » et oublier le monde médical. Deux internes ont exprimé le besoin de faire du sport de manière régulière pour canaliser leur stress (I2, I8).

E. Conséquences de la confrontation à l'impuissance dans la prise en charge des patients

1. Surinvestissement / Désinvestissement

Certains internes se rendent compte que leur prise en charge a été modifiée à cause de la surcharge émotionnelle présente.

L'interne 5 dit que la confrontation régulière à des situations émotionnellement intenses l'amène à **s'en détacher** pour ne plus ressentir les émotions de manière aussi forte. Ainsi, à la longue, il pense prendre « *moins bien en charge les gens.* » Il a l'impression de **minimiser** ses prises en charge au fur et à mesure de son exercice médical.

De même, les internes 2 et 6 se rendent compte qu'ils prennent progressivement moins à cœur les situations rencontrées, et craignent de « **devenir cyniques avec le temps** » (I6).

I2 : « *Tu deviens con, et tu deviens pas gentil, et tu n'écoutes plus les gens, et tu ne les accompagnes plus. [...] Et quand je sens qu'il y a des trucs à creuser chez les gens, là je sens que je commence à pas le faire forcément alors que je le faisais tout le temps avant... [...] Je pense que le danger, c'est de se désengager un peu des patients et de leurs problèmes. Et moi c'est ça qui me fait peur, c'est que d'un côté j'ai envie de prendre du recul et d'un côté j'ai pas envie que ça me coule dessus... »*

L'interne 9 met cela sur le compte de sa fatigue : « *Je suis épuisé. [...] Ma fatigue a fait que j'étais un peu fainéant.* »

L'interne 6 dénonce le désinvestissement de certaines prises en charge comme une **perte de chance pour le patient** : « *Si on arrête d'essayer, on passe à côté de pas mal de belles réussites.* »

L'interne 3 décrit des **conduites « d'évitement »** de la situation afin de ne plus avoir à faire face à la charge émotionnelle éprouvée. De même l'interne 5 cherche à « *abrégé au maximum* » la consultation pour fuir le malaise ressenti. Dans le milieu hospitalier, cela peut se traduire par le fait d'« *esquiver des chambres.* » (I8)

Une **distance physique** a été nécessaire à certains pour ne pas être submergé par leurs émotions et pour pouvoir prendre du recul. Cette distance a pu être mise en place vis-à-vis du patient par

la prise de jours de repos ou vis-à-vis de son entourage par la transmission d'information par voix téléphonique.

Pour d'autres, **passer le relais** à un collègue est suffisant pour prendre de la distance.

I7 : « *Je pense que c'est hyper important en tant que médecin de savoir ses limites pour savoir quand est-ce qu'on doit passer la main.* »

Au contraire, d'autres internes trouvent que leurs émotions n'ont pas eu d'impact sur leurs patients parce qu'ils ont eu un **espace de parole pour les exprimer** au fur et à mesure de la prise en charge ou parce qu'ils ont cherché à les contrôler seul et **les ont refoulées**.

I4 : « *Malgré ce que je ressentais j'ai essayé de faire au mieux pour le patient. Même si c'était difficile à vivre. (rires) L'objectif c'était de répondre à la demande du patient.* »

Le surinvestissement dans la prise en charge de certains patients amène l'interne à **passer plus de temps** sur ces dossiers. Ils vont également accorder plus de temps aux familles des patients. Par conséquent, ils peuvent **délaisser la prise en charge d'autres personnes**.

I6 : « *De s'investir émotionnellement, de s'investir pour quelque chose soit parce que ça nous fait penser à autre chose soit parce qu'on se dit qu'on peut avoir un impact, on y passe plus de temps. Donc quand on est à l'hôpital on peut aussi passer moins de temps pour d'autre.* »

Au sein des équipes soignantes, le sentiment d'impuissance peut mener à des situations de **conflits entre les professionnels** à cause de désaccords sur la prise en charge ou parce « *qu'ils sont dans l'incapacité de prendre en charge les gens un peu comme ils voudraient.* » (I3)

A posteriori, la confrontation à des situations d'impuissance déjà rencontrées peut être la source de **reviviscence** et fait alors ressurgir l'angoisse ressentie lors de l'expérimentation de l'impuissance. (I1)

I7 : « *J'ai l'image du patient en tête. [...] Je sais pas si c'est un traumatisme. [...] Je m'en souviens très très très bien. (rires) C'est pas un truc dont j'ai envie de me souvenir.* »

I6 : « *Ça me prend la tête et dans mon inconscient ça revient.* »

I3 : « *Je vais me souvenir des situations... si je vois d'autres patients après, je vais me rappeler de ça. Je garde un peu tout en mémoire.* »

L'interne 1 a éprouvé du **rejet** par rapport à toutes les situations pouvant se rapporter à des décès et donc lui faire ressentir son impuissance.

2. Se réfugier dans la technique médicale

Trois internes ont exprimé se protéger de leurs émotions en **se réfugiant dans une prise en charge technique et dans l'activisme**. L'action vient faire rempart à la surcharge émotionnelle générée par la situation.

I3 : « *L'identification, les émotions, c'est quelque chose qui va parfois être difficile à gérer pour moi. Et du coup le fait qu'on puisse faire des choses pour les patients, ça m'aidait à éviter de trop ressasser, ou de ressentir de la tristesse. Et ça me mettait dans l'action aussi !*

Le fait de me dire : « On va faire ça, ça, ça, ça, ça... », ça m'évite aussi d'être dans des sentiments de sympathie. [...] Ça me place plutôt en empathie avec la personne. Je suis dans le rôle de « qu'est-ce que je vais pouvoir faire pour l'aider » et donc on se sent utile, on aide à soulager les gens... »

L'interne recherche l'hyperactivité pour compenser sa déception de ne pas pouvoir guérir son patient. Il a besoin de se sentir « **utile** » (I3).

I7 : « *On peut changer beaucoup de chose avant tout ça en tant que médecin et on a un poids qui est hyper important là-dessus. Je me suis raccrochée à ça. »*

Dans deux situations, les internes ont remis en question la prise en charge en réfléchissant à la poursuite de traitements actifs dans des situations palliatives. Cela conduit donc à de **l'obstination déraisonnable** de la part du soignant.

Afin de gérer l'émotion ressentie avec les familles, l'interne 6 parle **d'utiliser un vocabulaire technique** pour « *se protéger* ». Il se positionne ainsi en « *médecin sachant* ».

F. L'interne face à l'échec

La confrontation de l'interne au sentiment d'impuissance l'amène à des remises en question de ses valeurs éthiques et de sa posture professionnelle.

1. Ouverture sur un questionnement éthique

Plusieurs des situations racontées soulèvent des **questionnements éthiques** que l'interne « *est obligé d'avoir à un moment en médecine.* » (I7)

I6 : « *Arrêter les traitements est-ce que c'est induire la mort chez elle ? [...] Je me posais énormément de questions. Il n'y avait pas de réponses simples.* »

La confrontation directe à la mort a soulevé chez l'interne 7 de multiples **questions sur le sens de la vie et de la mort**. Il exprime avoir été mis face à « *la fragilité de la vie* » et fait alors un parallèle avec sa propre existence : « *On voit les choses différemment. On se dit [qu'] on va peut-être profiter un peu (rires).* » Il voit alors la mort comme une fin absurde sans vision transcendante : « *On va tous mourir. [...] En fait ça mène à rien, il y a pas de sens à tout ça.* » La médecine devient alors pour lui **un moyen de donner du sens à l'existence** par le soin des personnes. De même, l'interne 3 voit dans l'exercice de la médecine une « *lutte contre l'inéluctable* » qui permet de « *retrouver du sens dans ce [qu'il fait].* » (I7)

2. Réflexion autour de l'exercice médical

a) Une difficulté à lâcher prise

L'expérimentation fréquente de l'impuissance amène les internes à voir certaines situations cliniques comme une **fatalité**. Une **acceptation résignée** des faits se met en place.

I4 : « *On n'a pas le choix. [...] Faut faire avec.* »

I6 : « *A se dire "De toute façon voilà... moi je peux pas... on peut pas tout sauver, on peut pas tout régler."* »

I7 : « *Oui c'est de l'impuissance médicale. [...] Elle est là. On sait bien qu'on soignera pas tout le monde et que c'est un fait.* »

Il est difficile pour l'interne d'admettre qu'il ne peut pas guérir tous ses patients.

I9 : « *Mon métier c'est médecin, c'est d'aider les gens [...] et elle, je pouvais pas l'aider.* »

I7 : « *On sait bien qu'on soignera pas tout le monde et que c'est un fait. Mais même si on le sait, le vivre à travers un patient c'est différent.* »

Ils trouvent frustrant de ne pas pouvoir accomplir correctement leur travail étant donné la charge de travail fournie pendant les études.

I6 : « *Tu te rends compte que les études servent pas à ça. [...] Tu maîtrises pas tout. [...] En fait toute ma vie je vais galérer avec de l'incertitude. [...] On tombe un peu de notre chaise quand on découvre ça.* »

L'interne 2 s'est ainsi retrouvé très frustré devant les possibilités de prises en charge en médecine générale et a subi une **désillusion** en arrivant en cabinet.

L'interne 6 a peur que le patient perde confiance dans son médecin si celui-ci verbalise son impuissance. Il **crain**t de rompre l'alliance thérapeutique en montrant ses faiblesses. Pour lui, le patient voit le **médecin comme « le sachant »**, celui qui est « *omniscient* ». Il craint donc de ne pas être à la hauteur de cette idéalisation du médecin et de décevoir son patient. L'interne 1 dit que les patients « *mettent un peu [leur médecin] sur un piédestal.* » Ainsi, les internes 7 et 9 verbalisent une crainte de ne pas être suffisamment bon en tant que médecin généraliste. Le panel de tâches confiées au médecin généraliste devient alors anxiogène.

I7 : « *On est tellement multitâches. [...] C'est à la fois hyper valorisant et aussi hyper compliqué parce qu'on se retrouve dans des situations que j'avais pas prévu de gérer.* »

I9 : « *J'avais peur d'être moyen partout et excellent en rien.* »

L'interne 7 parle du fait que le médecin risque de décevoir son patient et de recevoir des reproches mais que cela est dans l'ordre des choses. En effet, le médecin reste une personne humaine et peut donc se tromper.

I7 : « *On a une responsabilité qui est énorme avec une charge mentale qui est énorme et je me dis que c'est sûr qu'on va faire des bourdes et qu'on va se tromper. C'est sûr ! On est humain et ça aussi faut qu'on l'accepte.* »

b) Accepter son impuissance comme acceptation de ses faiblesses

Pour tous les internes interrogés, l'expérimentation du sentiment d'impuissance a été un électrochoc qui a remis en question leur rôle en tant que médecin. Ils **prennent conscience que le médecin n'est pas tout puissant** et plusieurs le verbalisent facilement à leur patient.

I1 : « *On est pas des dieux non plus. Donc il y a un moment, il faut savoir dire stop et se dire qu'on peut pas tout faire.* »

I3 : « *La mort c'est normal, ça fait partie de la vie... on n'est pas des sauveurs du monde, on sauve pas tout le monde. On n'est pas là pour ça non plus... et on peut pas de toute façon donc voilà ! on respire et ça va bien se passer.* »

I6 : « *C'est notre responsabilité et en même temps on est pas sur-humain. [...] A un moment donné il faut savoir pour nous-même dire stop, c'est-à-dire "je fais les choses suffisamment bien".* »

Ils désacralisent ainsi la vision sociétale du « médecin sauveur » et prennent conscience de leurs forces et de leurs faiblesses.

I7 : « *Travailler avec l'humain c'est travailler avec la personne que tu es. On est tous différent sur plein de sujet et il y a des sujets qu'on va plus gérer que d'autre.* »

Prendre conscience qu'ils n'ont pas à avoir à être compétent sur tous les domaines est un soulagement (I6, I9).

Quatre internes évoquent finalement le fait que verbaliser son impuissance au patient est bien reçu de lui et permet un climat de confiance entre le médecin et son patient. Le médecin **reprend alors sa juste place** par rapport au patient. Pour l'interne 7, le climat de la consultation de médecine générale est propice à cet échange avec le patient.

I7 : « *En tant que médecin généraliste on a plus cette chance de pouvoir amener les choses plus doucement avec les patients.* »

Avec leur expérience, les internes apprennent à **poser des limites** :

- à leur pratique, que ce soit dans le rapport au patient : « *faut trouver le juste milieu entre des fois lâcher prise et des fois creuser.* » (I6)
- à la maladie : « *se dire : "le patient il va mourir" c'est triste... mais voilà, la mort c'est triste.* » (I3)
- à la charge de travail : « *je finirai pas si tard. Je mettrais tout de suite des barrières, c'est l'avantage d'être libéral.* » (I2)

Ils cherchent à prendre du recul par rapport à leurs émotions et acceptent de prendre le temps d'y réfléchir.

I6 : « *J'ai découvert qu'avec le temps les choses se résolvent aussi d'elles-mêmes donc maintenant j'ai travaillé aussi énormément sur moi.* »

Pour l'interne 3, la prise de conscience de ses émotions et de ses faiblesses permet de « **réparer d'autres situations** » dans lesquelles il a été insatisfait de la prise en charge à cause d'un sentiment d'impuissance ou d'incompétence.

c) Trouver son rôle malgré l'impuissance

Dans ces situations où l'interne n'a plus à apporter de compétences techniques pures se pose la question de son rôle en tant que médecin auprès du patient.

Pour l'interne 8, « **il n'y a jamais plus rien à faire** » auprès du patient. L'interne 6 dit : « **Je n'ai plus qu'à apporter ma personne et mon empathie.** »

Le médecin « *peut encore rester là.* » (I1) C'est-à-dire rester disponible au patient dans « *un rôle d'écoute et d'accompagnement. L'écoute... réceptionner ce que le patient a à dire à ce*

sujet. » (I3) Ainsi les patients « [n'] attendent [pas] des conseils parce qu'il y a pas de conseil à donner. Je pense qu'elle avait besoin que je l'écoute. » (I7)

Pour l'interne 4, cette disponibilité permet de « *reparler de la situation ou l'accompagner dans son cheminement par rapport à sa problématique. C'est voir avec lui comment il évolue par rapport à ça, comment il vit ça. Est-ce qu'il a mis en place des choses par rapport à ça.* » Le médecin fait travailler son patient sur son vécu de sa maladie. Il va **explorer le versant psychologique** de la personne et le fait travailler sur son histoire personnelle.

I2 : « *Quand tu détricotes, il y a toujours des histoires affreuses.* »

I6 : « *Tout n'est pas lié au physique, faut aussi prendre en charge le psychologique.* »

Cela correspond à de **l'écoute active**, qui pour l'interne 2 « *est déjà une thérapeutique en soi.* » Le cadre de la consultation permet de donner une « *zone de sécurité* » (I7) au patient, de lui offrir un cadre et de le « *rassurer* ». (I2)

L'interne va ensuite chercher à **améliorer le confort** de son patient en réfléchissant en collaboration avec lui aux actions qui pourraient être mises en place pour cela.

I3 : « *On discute avec eux. Ils ont encore du temps devant eux. On voit ce qui leur fait plaisir. [...] Ça m'aide un peu à accepter le fait qu'ils vont mourir et qu'on n'est pas là pour les guérir.* »

I9 : « *Faire en sorte qu'ils se sentent bien. Couvrir un peu à leur santé, dans le bon sens.* »

Cela demande à l'interne « *d'aller chercher dans ses ressources.* » (I7)

I4 : « *Il y a peut-être pas la réponse que veut la personne ou une solution miracle, mais il y a toujours moyen de trouver autre chose, qui pourrait plus ou moins l'apaiser par rapport à sa demande initiale.* »

Le médecin n'a donc plus un rôle curatif mais trouve une place de soignant dans les soins de base à apporter au patient. Il vient s'occuper du malade dans ses besoins les plus humains.

I6 : « *Ça arrive qu'en tant que médecin sur ta visite tu fais plus rien. Tu fais du nursing à ce moment-là. Et donc tu as un rapport avec la personne qui est un peu différent aussi. C'est-à-dire que tu n'es plus là pour regarder s'il y a des crépitants dans les poumons ou s'il y a des œdèmes au niveau des membres inférieurs. Mais tu es là pour lui donner sa petite cuillère, pour l'aider, pour le remettre un petit peu en place. Tu fais du nursing. Tu as un lien avec la personne qui est différent. [...] C'est une autre forme de soin en fait, c'est du care.* »

Quatre internes évoquent aussi l'importance **d'accompagner les personnes qui entourent le patient**, de leur proposer à elles aussi une écoute et de prendre le temps de leur transmettre les informations.

IV. Discussion

A. Forces et Limites de l'étude

1. Forces

a) Validité externe

L'approche qualitative choisie fut appropriée pour étudier le sujet de l'impuissance. Les internes ont pu exprimer leurs émotions et leur ressenti à travers les entretiens semi-dirigés et ainsi aborder les sujets sans la contrainte d'un questionnaire trop précis. Les questions ouvertes proposées ont permis d'aborder des thèmes variés. Se confier à un pair également interne a instauré un climat de confiance et a ainsi permis de libérer la parole sans chercher à cacher des émotions négatives et en se racontant le plus fidèlement possible.

Les internes ont été recrutés dans la même promotion. Ils ont des parcours variés comme en témoignent leur faculté d'origine et leur terrain de stage. Tous se sont sentis concernés par le sujet et ont trouvé dans leur expérience une situation qui s'y rapporte.

Une des forces de cette étude est l'originalité de son approche. En effet, elle étudie une émotion vécue et non pas une situation clinique donnée ou un état psychologique. Les situations rapportées sont très diverses. Selon les personnes, les émotions ne sont pas déclenchées par les mêmes facteurs. L'exploration du vécu émotionnel a ainsi permis de balayer plus largement les causes de l'émotion et son vécu selon les personnes sans se focaliser sur un seul facteur ou sur un événement donné.

b) Validité interne

La structure des entretiens a été reproductible grâce au guide d'entretien élaboré. Ce dernier a été réalisé pour répondre aux besoins de l'étude après une recherche bibliographique approfondie. Il a été relu par un psychologue pour permettre une meilleure cohérence. Il a ensuite été testé sur un médecin sortant tout juste de l'internat pour vérifier la compréhension des questions.

L'analyse des données s'est fait en triangulation avec une autre interne de médecine générale. « La validité des résultats est accrue par la standardisation des questionnaires et par la triangulation. La triangulation consiste à valider ses résultats par la recherche de leur convergence en variant les techniques de recueils de données »(18). L'étude s'est arrêtée après saturation des données et cela a été confirmé par le dernier entretien.

2. Limites

L'échantillon constitué n'est pas généralisable à la population d'étude. En effet, il est constitué majoritairement de femmes (7 femmes pour 2 hommes). Deux internes ont fait au cours de leur cursus la même option de soins palliatifs. Les autres options ne sont pas représentées dans l'étude. La tranche d'âge étudiée est réduite.

Par ailleurs, cette étude est la première étude qualitative de l'investigateur. Le manque d'expérience de cette méthode a pu être un biais au cours des entretiens. L'investigateur a pu orienter les réponses des internes avec les questions posées selon ses souhaits sur l'étude.

B. Les causes de l'expérimentation de l'impuissance

Au cours des entretiens, il est ressorti que les internes étaient amenés à ressentir de l'impuissance du fait du statut d'interne dans l'équipe ou lorsqu'ils ont été confrontés à la souffrance ou à la mort de leurs patients.

1. Le statut d'interne

Dans cette étude, les internes ont expérimenté leur impuissance à cause de la responsabilité endossée dans leur stage lors de la transition du statut d'externe à celui d'interne. Ces difficultés sont retrouvées dans la thèse de M. Bouteiller et D. Cordonnier, qui analysent la souffrance éprouvée lors de cette transition.(19) Le fossé à franchir est grand en termes de responsabilité. L'interne livré à lui-même dans un service de médecine peut se retrouver démunie devant les tâches qui lui incombent. Il existe souvent une disproportion entre le savoir-faire encore précaire qu'il possède et les lourdes responsabilités qui lui sont confiées. Or Nathalie

Depraz, normalienne et agrégée de philosophie, explique que la découverte d'un nouveau métier peut être source de stress et d'angoisse si le savoir-faire est insuffisant. Cela entraîne un sentiment de « ne pas être prêt » et ainsi un sentiment d'impuissance face aux situations médicales rencontrées.(20) C'est ce que verbalise l'interne 1 lorsqu'il explique qu'il ne s'attendait pas à être confronté aussi rapidement au cours de son internat à une annonce de décès. De plus, le Dr Daneault, au Québec, explique que le sentiment d'impuissance ressenti pourrait résulter de la surcharge de travail et de l'essoufflement physique et psychologique vécu par le soignant. A terme, cela conduit à un fort sentiment de culpabilité et de frustration devant l'incapacité à tout faire pour aider son malade. (21)

2. L'expérience de la souffrance et de la mort

a) Face à la souffrance

Les situations racontées par les internes concernent principalement des patients en souffrance, que ce soit une souffrance physique comme dans les situations 3 et 4 ou une souffrance psychique avec les troubles du sommeil comme dans la situation 5. L'interne se sent responsable de soulager cette souffrance et éprouve de l'impuissance à ne pas y arriver. Or la souffrance est plus large que la douleur physique en tant que telle. Si le dictionnaire Larousse définit la douleur comme une « sensation pénible, désagréable, ressentie dans une partie du corps »(22), la souffrance est définie comme un « état prolongé de douleur physique ou morale »(23). Elle est donc pluridimensionnelle et subjective selon le patient puisqu'elle est « ressentie ». Ainsi, en 1982, E. Cassel la définit ainsi : « [La souffrance] comprend au minimum trois aspects : la douleur physique, la détresse psychologique et le questionnement spirituel. Elle est un état spécifique de détresse qui apparaît quand l'intégrité de la personne est mise à mal. »(24) Cette atteinte à l'intégrité de la personne se retrouve chez Paul Ricœur pour qui « la souffrance n'est pas uniquement définie par la douleur physique, ni même par la douleur mentale, mais par la diminution, voire la destruction de la capacité d'agir, du pouvoir faire, ressentie comme une atteinte à l'intégrité de soi »(25). La maladie est donc par définition source de souffrance par l'atteinte de l'intégrité de l'être.

M. Vachon et A. Guité-Verret, psychologues au Québec, ont montré que la souffrance du malade pouvait faire émerger un sentiment d'impuissance chez le soignant, notamment dans

les situations de soins palliatifs.(26) Les soignants expriment un désir de prendre en charge de manière holistique leur patient et expérimentent alors le déséquilibre qui existe entre le poids de la responsabilité à soulager la souffrance et la capacité à soulager cette souffrance. Parfois, des soucis organisationnels ou des familles revendicatrices peuvent empêcher de pratiquer les soins souhaités, ce qui ne fait qu'augmenter la souffrance du soignant.

Le contact avec la souffrance de l'autre constitue une menace et une agression pour celui qui écoute. Une menace car elle vient le confronter à sa propre finitude et une agression car le patient, empêché par la souffrance d'élaborer une pensée, la transmet sous forme d'angoisse. Si les affects transmis sont trop importants, le soignant ne peut pas gérer ce flux émotionnel et a l'impression d'être incompetent. Il est attaqué dans l'idéal qu'il se forge de sa profession et alors naît le sentiment d'impuissance.(27) C'est ce que ressent l'interne 5 dans notre étude. De plus, les internes interrogés ont verbalisé être angoissés face à cette souffrance et user de mécanismes de défense tel que la fuite, le mensonge ou le refuge dans un discours médical technique pour se prémunir de la souffrance de l'autre.(28)

b) Face à la mort

Beaucoup de situation présentée dans cette étude par les internes étaient en rapport avec des prises en charge palliatives et avec le décès de patient. L'utopie de la médecine toute-puissante se brise au contact de l'expérience de la mort. L'interne 3 parle ainsi d'une « lutte contre l'inéluctable », lutte qui devient absurde puisque la mort a toujours le dernier mot. Cette constatation se retrouve dans l'étude de A. Marrec sur le ressenti des internes face aux soins palliatifs. Un des internes interrogés parle ainsi : « Tu as l'impression que tu es interne pour sauver les gens et pas pour les aider à partir malheureusement. » La mort des patients y est décrite comme étant vécu « comme un échec », provoquant un sentiment de désarroi et d'impuissance.(29) De même, dans une étude néozélandaise suivant des étudiants en médecine pendant trois ans, un des étudiants témoigne que devant la mort, l'interne doit perdre sa vision du médecin tout puissant, du médecin comme un héros. Il n'est qu'un soignant qui essaie de prendre soin de la personne à travers sa maladie, ce que rapporte également l'interne 6.(30)

Dans une autre étude explorant le vécu des internes face à l'annonce d'un décès, les internes mettent en place des mécanismes de défense tels que la fuite devant le corps malade. La gestion des familles qui réclament souvent beaucoup d'explications et qui peuvent être très

revendicatrices ou dans une grande détresse, la confrontation aux symptômes de fin de vie, souvent impressionnants, ou à un cadavre sont des expériences complètement nouvelles qui peuvent être traumatiques. Les thèses réalisées sur le sujet montrent que l'interne peut ressentir un sentiment d'impuissance, de culpabilité, de l'angoisse, du stress, de la colère, de la tristesse voire de la souffrance face au décès de leur patient.(31) (32) (33) Toutes ces émotions se retrouvent dans nos entretiens. Côté la mort de manière régulière sans s'y être préparé est alors à risque de dépression et d'anxiété chronique.(34)

Par ailleurs, il est ressorti que les internes ne s'étaient pas sentis considérés dans cette souffrance et ces difficultés. Ils sont déplorés un manque de reconnaissance par la hiérarchie de leur propre souffrance, ce qui est développé par Vachon et Guité-Verret.(26) Dans leur étude, les soignants interrogés ressentent un manque d'espace de parole pour pouvoir débriefer des situations et un manque de considération de certains de leurs collègues à l'égard de ce qu'ils peuvent vivre lors du décès d'un patient. Certains soignants se ferment aux émotions ressenties lors de leurs propres expériences afin de ne pas générer une angoisse ou une souffrance pour celui qui écoute. Ils se déconnectent de leurs émotions alors qu'ils expriment tous le besoin de parler de leur ressenti. Par conséquent, le soignant s'isole dans ses propres questionnements existentiels au lieu de s'essayer à les partager. Il devient incapable de parler de la mort, ce qui rejaillit nécessairement dans son rapport au patient. Exprimer sa souffrance face à la mort de l'autre devient tabou pour soi-même et entretient alors le déni culturel qui existe au sujet de la mort.

C. Le vécu de l'impuissance

Le vécu de l'impuissance peut engendrer chez l'interne trois expériences négatives : un traumatisme a minima, le vécu d'un deuil ou l'apparition de l'impuissance acquise.

1. Un traumatisme pour le soignant

Les situations d'impuissance du soignant rapportées dans notre étude sont vécues essentiellement devant la souffrance ou la mort du patient. Or, pour F. Lebigot : « Ce qui fait essentiellement trauma c'est la confrontation inopinée avec le réel de la mort. [...] Le traumatisme psychique est une rencontre avec le néant. »(35) Méchin s'interroge également sur

les traumatismes vécus par les soignants dans la relation au patient : « L'écoute d'une plainte habitée par une souffrance constituerait-elle l'équivalent d'un traumatisme ? »(27)

Le mot « traumatisme » vient du terme grec *trauma* qui désigne la blessure. Ainsi, un trauma psychique est une blessure psychique face à un événement extérieur violent pour le sujet (36). Pour L. Crocq, un événement constitue un traumatisme s'il est « vécu sur le mode du trauma, dans l'effroi, l'horreur et le sentiment d'impuissance et d'absence de secours. »(37) Le sentiment d'impuissance serait alors une des causes de l'élaboration d'un traumatisme.

Le syndrome psycho-traumatique ou état de stress post-traumatique a été largement étudié ces dernières années. Le DSM5 fournit des critères diagnostiques très larges pour le praticien, en plusieurs stades, résumés par P. Liebert (38) (39) :

- Une réaction de détresse immédiate à une peur intense et un sentiment d'horreur ou d'impuissance,
- Un comportement clinique qui s'apparente à un comportement désorganisé ou agité ou un état émotionnel négatif persistant tel que de la colère, de la culpabilité, de la peur, etc...
- Un syndrome de remémoration ou de reviviscence,
- Un syndrome phobique d'évitement des situations anxiogènes,
- Un syndrome anxio-dépressif.

Les critères doivent durer plus d'un mois et entraîner une perturbation du fonctionnement social ou professionnel de l'individu, ce qui n'est pas le cas dans notre étude. Néanmoins, les internes ont verbalisé des épisodes de reviviscence des situations, des mécanismes d'évitement de situations similaires et des émotions négatives persistantes. Ils ont également ressenti le fait d'être en marge de leurs proches. On peut donc se demander si les situations rapportées n'ont pas généré, ou commencé à générer, des traumatismes a minima pour les internes

2. Le deuil de la toute-puissance

Face à des situations complexes, le médecin doit renoncer à avoir une idée nette de sa prise en charge, en renonçant notamment à sa volonté de toute-puissance. La prise de recul permet de ne pas être dans l'immédiateté du soin et de s'extraire des projections dont il peut faire l'objet par le patient. Il est confronté à un constat douloureux : « Je ne peux pas tout maîtriser. » Il y a donc un travail de renoncement nécessaire à accomplir pour ne pas tomber

dans des mécanismes de culpabilité. Pour S. Delieutaz, ce phénomène de renoncement peut être rapproché du processus de deuil décrit par E. Kübler-Ross.(8) Ce processus se déroule en cinq étapes, qui ne sont pas toutes obligatoires pour effectuer un deuil. Tout d'abord, le sujet est dans le déni de la situation, c'est-à-dire qu'il y a une décision consciente ou inconsciente de refuser d'admettre que la chose est vraie. Puis, il peut ressentir de la colère ou de la culpabilité envers la situation, ce que l'on retrouve dans le discours de l'interne 9. Il tente alors de marchander, c'est-à-dire qu'il met en place un processus de négociation par lequel il tente de retarder l'inévitable ou de prendre ses distances avec la réalité de la situation (interne 2 et interne 6). Cela le conduit ensuite à une dépression ou un sentiment de désespoir (interne 5) pour enfin lui permettre l'acceptation de la situation. Le sujet peut alors se réorganiser et redevenir acteur de sa vie.(40) On parle de deuil pathologique lorsque le sujet n'arrive pas à cette phase de réorganisation. Cela peut évoluer alors jusqu'à l'épisode dépressif caractérisé.

Le deuil de la toute-puissance peut passer par ces différentes étapes pour que l'interne puisse se réorganiser et adapter sa posture face à sa prise en charge et face à son patient. Si ce deuil est incomplet, l'interne reste frustré par les actions mises en place. Les situations concernées deviennent anxiogènes car incontrôlables d'un point de vue technique. Le médecin est alors atteint dans l'image qu'il a de son métier et de lui-même. L'impuissance vient ouvrir une blessure narcissique.

3. L'impuissance acquise

En 1975, Seligman étudie les situations où le soignant fait l'expérience de son absence de maîtrise sur les événements. Il décrit le phénomène d'impuissance acquise vécu par le soignant lorsque ces situations se répètent. Il constate que le soignant adopte une attitude passive face à ces situations incontrôlables.(41) En effet, alors que le sentiment de puissance conduit à l'action, l'incertitude mène à l'inaction et est un frein à la prise de décision pour le médecin.(42) L'impuissance acquise peut même devenir un frein à l'acquisition de nouvelle connaissance.

Par ailleurs, comme retrouvé dans notre étude dans les paroles des internes 2 et 9, le soignant va avoir tendance à se considérer responsable des faits.(43) D. Crippen écrira ainsi que le sentiment d'impuissance est une caractéristique cardinale de la détresse morale, c'est-à-dire la détresse ressentie lorsque le praticien est incapable de pratiquer selon ses normes propres. Le

soignant se désinvestit alors du soin jusqu'à ne plus se sentir préoccupé par la personne dont il s'occupe. On parle de dépersonnalisation du soin. Certains internes alertent dans notre étude sur cette dépersonnalisation qu'ils expérimentent dans leur pratique personnelle. Il y a donc des répercussions néfastes de l'expérimentation de l'impuissance sur le soin et la qualité de la relation médecin-malade.

Crippen alerte également sur le risque de burn out encouru par les soignants, qu'il décrit comme le syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir.(44)

D. Réflexion sur la posture professionnelle

Après avoir été confronté à son impuissance, l'interne est amené à réfléchir sur sa propre posture professionnelle. Il est mis face à sa vulnérabilité émotionnelle qu'il doit accepter pour pouvoir s'ouvrir au questionnement du sens du soin. Pour se faire, un espace de parole est nécessaire à l'élaboration de son vécu.

1. Accepter sa vulnérabilité émotionnelle

Le milieu médical est décrit par les internes dans les entretiens comme un milieu compétitif dans lequel il n'est pas possible d'exprimer ses faiblesses et ses difficultés. Cette constatation se retrouve dans le travail de C. Soulard et M. Stamer, qui ont étudié la gestion de leurs émotions par des médecins généralistes. Ces derniers évoquent le fait que les études de médecine favorisent l'excellence et le prestige au dépend de la communication et de l'expression de ses difficultés. Ils déplorent le manque de formation reçu sur la gestion de leurs émotions au cours de leur cursus médical. Les médecins doivent apprendre par eux-mêmes grâce à des formations continues ou en confrontant leur vécu avec celui de collègues.(45) J. Shapiro constate également que le milieu médical est inadéquat pour apprendre cette gestion des émotions. Les étudiants apprennent alors au hasard de leurs stages grâce au côtoiement de médecins qu'ils prennent comme mentor. Or le manque de formation sur les émotions conduit parfois à les considérer avec effroi car elles sont difficiles à appréhender et donc à les éviter. Le médecin se concentre alors sur sa productivité au lieu de chercher à faire part d'empathie avec son patient. (46)

Dans le travail de AL Bonardi, des internes ont été interrogés sur leurs connaissances au sujet de l'intelligence émotionnelle.(47) Ils témoignent qu'ils ne s'attendaient pas à recevoir et ressentir autant d'émotions au contact de leur patient. Pour eux, le médecin est quelqu'un d'infaillible qui ne doit donc pas faire paraître des émotions intenses. Or ils se sont rendu compte que pour avoir confiance dans leur propre pratique, il leur fallait acquérir une connaissance émotionnelle alors inconnue. Dans les situations de forte intensité émotionnelle, les internes témoignent d'une peur de perdre le fil de la relation avec leur patient à cause de leurs propres émotions. Ces situations leur demandent beaucoup d'énergie pour pouvoir y faire face. Au contraire, ils constatent que le fait d'accepter d'être dans une instabilité émotionnelle leur permettait paradoxalement de mieux gérer cette intensité émotionnelle et donc de mieux appréhender les situations.

La juste appréhension de ses émotions permettrait donc à l'interne de se placer dans une nouvelle posture vis-à-vis du patient : une posture qui n'est pas conduite par l'angoisse de la réussite mais par la prise de conscience que les émotions traversent tant le médecin que le patient.

2. La quête de sens du soignant

Dans leurs récits, les internes ont rapporté avoir été soumis à un questionnement existentiel lorsqu'ils ont été confrontés à leur impuissance. En effet « face à une maladie incurable et potentiellement mortelle, le soignant est douloureusement renvoyé à ses propres limites, à sa vulnérabilité, à l'angoisse de sa propre mort, à cette pensée intolérable, irreprésentable que tout être humain cherche désespérément à repousser. »(48) L'interne est mis face à son propre questionnement intérieur comme le soulignait l'interne 7. Il est obligé d'y faire face pour ne pas sombrer lui-même dans l'angoisse. Ainsi, l'expérience de la souffrance et de la mort vient ébranler le soignant dans sa dimension existentielle, c'est-à-dire dans son besoin de trouver un sens au soin et plus largement à l'existence. F. Lugan, bénévole en soins palliatifs, écrit : « Le sentiment d'impuissance me ramène à la question : qu'est-ce que je fais là ? » (49)

Selon V. Frankl, le besoin pour l'homme de trouver un sens à son existence est le besoin le plus humain qui existe. Après avoir vécu en camp de concentration, il constate que « ce dont l'humain a besoin, ce n'est pas de vivre sans tension, mais bien de tendre vers un but valable, de réaliser une mission librement choisie. »(50) Notre existence est donc mue par un désir

d'auto-transcendance et de dépassement de soi, ce que Frankl nomme l'inconscient spirituel. Ce dernier « constitue l'existence même. » (51) La dimension existentielle de notre être est alors intimement liée à la dimension spirituelle inhérente à l'être humain. Le questionnement soulevé par l'expérimentation de l'impuissance pourrait donc être un questionnement spirituel pour le soignant.

Qu'est-ce que la dimension spirituelle de l'être humain ? Le dictionnaire du Robert définit la spiritualité comme le caractère de ce qui est indépendant de la matière mais également comme les croyances et les pratiques qui concernent la vie de l'âme. (52) Le monde scientifique s'est également attelé à la définir et à chercher des applications concrètes dans le domaine du soin. Or on ne dénombre pas moins de 92 définitions dans la littérature scientifique. (53) Alors que l'OMS la définit comme « les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels »(54), l'Association européenne pour les Soins Palliatifs (EAPC) la définit de manière plus large comme « la dimension dynamique de la vie humaine qui se rapporte à la façon dont les personnes expérimentent, expriment et/ou cherchent un sens, des buts et la transcendance, et la façon dont elles se lient au moment, à soi, aux autres, à la nature, au significatif et/ou au sacré. »(55) On peut ainsi distinguer deux grands aspects dans la spiritualité. (56)

- Le premier aspect est exocentrique, c'est-à-dire que la spiritualité est tournée vers une réalité spirituelle ultime et indépendante de l'individu. Elle fait ainsi appel à la notion de transcendance. Les premières utilisations du mot spirituel viennent en effet de la traduction des écrits de l'apôtre saint Paul, au 1er siècle ap JC. Spirituel traduit le grec *pneumatikos*, c'est-à-dire le souffle d'origine divine (pneuma), et désigne ce qui touche à la vie de l'âme en opposition à la vie matérielle du corps. « S'il y a un corps animal, il y a aussi un corps spirituel (*pneumatikos*). » (57)
- Le deuxième aspect de la spiritualité renvoie aux besoins propres de l'individu, à sa manière d'interagir avec son environnement et d'entrer en communion avec les autres. Il est donc anthropocentrique. La spiritualité renvoie alors aux questionnements existentiels de la personne face à des situations difficiles. Elle fait appel aux valeurs de l'individu dans sa relation à lui-même, avec sa famille, ses amis, et dans son travail, sa culture et son éthique.

La spiritualité est donc une entité dynamique qui évolue avec le sujet au cours de son existence. D. Jacquemin, infirmier en soins palliatifs, la qualifie comme étant le mouvement

d'existence du sujet. « Ce mouvement d'existence, autrement dit le fait que la vie humaine, la nôtre, soit une histoire, un lieu de changement que chaque humain porte et qui, toujours, le précède d'une certaine manière, est constitué de trois ou quatre dimensions intrinsèquement liées et en constante interaction : le corps, la dimension psychique, la dimension éthique comme visée du bien pour la vie et la dimension transcendante-religieuse pour certains. » Lorsqu'un de ces pôles est atteint, le mouvement perd son équilibre et empêche alors le sujet d'avancer sereinement. Chacun de ces pôles est à égalité une voie d'accès à la vie spirituelle de l'être. Dans notre étude, la confrontation à l'impuissance vient ébranler l'interne dans sa dimension corporelle par la fatigue éprouvée, dans sa dimension psychique par les émotions négatives, l'angoisse et l'éventuel traumatisme engendrés et parfois dans sa dimension éthique via la quête de sens. L'exercice de la médecine pourrait donc être pour l'interne un lieu de rencontre avec sa propre spiritualité, c'est-à-dire un lieu de remise en question de son propre mouvement d'existence, de ses questionnements existentiels, autrement dit de son rapport à la transcendance, et de son rapport avec autrui.

Pourtant, si les études s'interrogeant sur la spiritualité des patients et leur souffrance spirituelle sont nombreuses, la spiritualité du médecin est peu développée dans la littérature. D'un autre côté, les études alertant sur la santé mentale des internes se multiplient. Si donc la dimension spirituelle est inhérente à l'être humain et peut être source de souffrance, ne faudrait-il pas se demander dans quelle mesure l'interne pourrait-être également sujet à la souffrance spirituelle ou souffrance existentielle ? En effet, si l'on regarde la définition de la souffrance spirituelle selon M. de Hennezel, cette dernière « est celle que ressent une personne qui peut avoir le sentiment d'être entourée sans pour autant communiquer ce qu'elle ressent au fond d'elle-même ; celle de quelqu'un qui ne parvient pas à accéder à cette profondeur d'échange où on laisse aux autres quelque chose de soi. » (58) Dans notre étude, certains internes ont verbalisé un manque de reconnaissance de leurs émotions, de leurs difficultés. Ils ont eu le sentiment d'être seul à se sentir concerné par l'histoire de leur patient et à être touché par les situations vécues. Ils n'ont pas trouvé d'espace de parole adéquat pour pouvoir extérioriser leur ressenti et ont ainsi refoulé leurs émotions et leurs questionnements.

3. L'apport de l'espace de parole

Comment aider l'interne à appréhender de manière juste ses émotions et son vécu de la situation afin que les situations d'impuissance ne soient pas des expériences purement négatives

avec des répercussions tant personnelles que professionnelles ? Certains internes rapportent s'être appuyé sur l'équipe soignante de leur service respectif pour cela. Pour se faire, d'après la psychologue Maryse Sterne, l'interne doit « acquérir l'expérience relationnelle permettant de faire autorité à partir de la capacité à agir en réel partenariat avec d'autres professionnels. » L'interne doit développer ses compétences médicales mais également ses compétences psychologiques et relationnelles pour trouver sa juste place au sein de l'équipe soignante. Cette dernière pourra être un soutien pour l'interne et un guide dans les situations difficiles grâce à l'expérience émotionnelle et relationnelle qu'elle apporte. Actuellement, il existe peu d'espace de parole pour que l'interne exprime son ressenti au sein d'une équipe. « Or il est important pour [l'interne] d'avoir une place dans l'équipe, en effet au sein d'unité vivant régulièrement des moments d'intenses émotions, il est capital de se sentir « appartenir à », pour pouvoir affronter des projections potentielles, d'où qu'elles proviennent. »(59) En effet, « les échanges en équipes peuvent aider à la constitution d'une zone tierce, d'un espace de réflexion et d'élaboration, qui vient se glisser entre les vécus bruts et peut ainsi permettre de s'en détacher. »(8) Les soignants deviennent gardiens les uns des autres par l'expérience de la solidarité. En effet, le sentiment d'impuissance n'est pas généré par les mêmes situations selon les personnes. L'autre peut donc être une ressource aidante s'il n'a pas le même vécu affectif de la situation. Il m'aide à être présent à mon patient et à prendre du recul sur mon propre vécu affectif, à mieux le vivre, voire à m'en détacher.(60)(8) Il me permet d'atténuer le contre-transfert ressenti. En effet, le langage a un effet cathartique, c'est-à-dire qu'il libère les ressentis impurs. L'interne décharge alors ses affects par la verbalisation.(27) En se racontant, c'est-à-dire en faisant le récit de sa propre vie pour lui-même, le sujet advient à son identité. Il se trouve lui-même. C'est ce que P. Ricœur appelle l'identité narrative.(61)

Dans certains services, des espaces de parole dédiés permettent aux soignants de discuter ensemble de situations complexes vécues dans les services. Lorsque toute l'équipe est dans le même état de sidération face à la situation, il peut être nécessaire de faire appel à un tiers pour apporter un regard extérieur et permettre aux membres de l'équipe de partager sur leur vécu. Le groupe de parole permet au soignant de faire preuve de *congruence*, définie par C. Rogers comme la relation entre l'expérience, la prise de conscience et le comportement. Une personne qui fait preuve de congruence aligne ce qu'elle ressent et les actions qu'elle mène.(62) Or le groupe de parole fait prendre conscience à la personne du flux de sentiments et d'émotions qui la traversent. Il lui permet de les aligner avec son expérience lorsque la parole est une « parole vivante », c'est-à-dire une parole chargée en affects, telle que définie par M.

Ruszniewski. En effet « être présent par sa parole [...] c'est affirmer ses qualités, ses défauts, ses doutes, son talent : l'infinité inclassable des éléments qui constituent un sujet. [...] [Le groupe de parole] montre au participant qu'il ne faut pas avoir peur d'être présent, vivant et désirant quand on fait de la médecine. [...] Par cette rencontre, je me redécouvre, je me ressens comme sujet fatigué ou débordant d'énergie, angoissé ou optimiste. Je me ressens dans mon ensemble, avec mes faiblesses et mes talents. »(63) Le soignant intègre alors sa dimension de personne humaine dans le soin et accepte ses imperfections, ses faiblesses et donc son impuissance. « Il est certain qu'à partir du moment où un groupe de personnes [...] apprend à s'écouter les uns les autres, apprend à faire de la place aux émotions des uns et des autres, c'est-à-dire où véritablement la dimension d'accueil est vécue dans une équipe, alors c'est tout un ensemble de gens qui apprennent à être des humains, et qui sont donc capables d'un humanisme spirituel. »(9)

E. S'ouvrir à une autre dimension du soin ?

Est-ce que cette nouvelle posture professionnelle qui intègre le vécu émotionnel du soignant et le questionnement du sens permettrait d'ouvrir sur une autre dimension du soin ? A quoi correspond l'humanisme spirituel énoncé par M. de Hennezel ? S'agit-il d'intégrer la spiritualité dans la prise en charge médicale ? Le soin est en effet le lieu privilégié de l'expression de la spiritualité car il est le lieu de l'interhumain (64). Par ailleurs, la maladie vient déséquilibrer le mouvement d'existence du patient par atteinte du pôle physique, du pôle psychique mais aussi éthique par les questionnements qu'elle peut susciter et parfois transcendantal. Pourtant, faut-il pousser le patient à s'exprimer sur sa spiritualité ? Est-il bon de chercher à dépister une éventuelle souffrance spirituelle comme on dépiste une souffrance physique ou psychique à l'aide d'échelles et de questionnaires dans une visée d'Evidence Based Medicine et de médecine positiviste ? A ce jour, les questionnaires et tentatives pour coter la souffrance spirituelle n'ont pas montré de bénéfices significatifs dans la pratique clinique et sont conçus à des fins de recherches pour étayer la littérature. Certains soignants, comme M. de Hennezel et T. Châtel, invitent à ne pas aborder la spiritualité de front, à ne pas chercher à susciter la rencontre.(9)(58) Ce sont les patients qui me donnent accès à leur spiritualité « à travers les événements qu'ils choisissent de raconter et par la manière dont ils les racontent. »(65)

Comment accompagner le patient dans son processus de restauration de son mouvement d'existence ? Pour M. de Hennezel, la demande spirituelle du patient est « la demande d'être reconnu comme personne, avec tout son mystère et sa profondeur » au sein de la relation médecin-malade. (9) Ainsi, « être attentif à une dimension de *spiritual care* au cours du soin renvoie à une attitude de fond, à un autre niveau d'attention à ce que vit la personne souffrante, à l'ensemble de ses besoins et désirs, mais également **à une attention plus grande à ce qui traverse, au niveau de l'intériorité, le soignant au cœur de l'acte de soin** s'il est question d'y entrer dans une certaine dimension de mutualité de la rencontre. » D. Jacquemin. (61)

Une posture d'écoute serait donc la base d'un accompagnement spirituel : écoute de mon patient, écoute au sein de l'équipe soignante, mais également écoute de mon propre questionnement intérieur pour accueillir celui de l'autre.

Le travail du soignant sur son propre questionnement lui permet ainsi d'être plus disponible intérieurement pour accueillir le questionnement de l'autre. Comme dit JY. Leloup, « l'accompagnant devrait avant tout pouvoir s'accorder le temps d'une certaine ouverture du cœur et de l'intelligence à la présence de l'autre ; à la présence de l'autre comme inconnu. »(9) Il pourra alors rentrer dans une démarche d'écoute active, définie par C. Rogers comme une écoute alliant trois principes fondamentaux : l'empathie, la congruence et l'acceptation inconditionnelle (66) (67) :

- L'empathie – qui tire ses origines du mot allemand *die Einfühlung*, « se mettre à la place de » – définit la capacité à comprendre ce qui se passe chez l'autre en cherchant à identifier ses émotions, ses sentiments et ses expériences propres. Elle implique un phénomène de résonance émotionnelle avec l'autre et nécessite donc une juste connaissance de ces propres émotions.
- La congruence (cf ci-dessus) rejoint la notion d'authenticité. Le soignant ne se cache pas derrière un masque de toute puissance mais accepte de se présenter en tant que personne humaine, avec ses fragilités et ses émotions.
- L'acceptation inconditionnelle, ou considération positive inconditionnelle, consiste à accepter l'autre tel qu'il est, dans son ensemble, sans jugement. Le malade se sent alors accepté et pourra démarrer une démarche de progression.

Ces trois fondements de l'écoute active établissent un cadre sécurisant pour le patient. Il se sent considéré en tant que personne humaine avec sa dignité propre et son individualité. Il peut ainsi avancer dans son propre questionnement. L'écoute active participerait ainsi à la posture

professionnelle nécessaire à un accompagnement psychologique et spirituel du patient par le soignant. L'élaboration de formations approfondies à cette technique couplées à des espaces de parole adaptés pour réfléchir aux situations complexes rencontrées au cours du cursus pourrait constituer une piste de réflexion pour la formation des internes en médecine générale mais également pour les autres spécialités.

V. CONCLUSION

Dans ce travail de thèse, nous avons cherché à explorer le vécu du sentiment d'impuissance par les internes de médecine générale et les répercussions professionnelles et personnelles engendrées. Il est apparu que l'expérimentation de son impuissance au contact du patient est un passage partagé par tous les internes. Le fantasme de toute-puissance s'écroule face à la maladie, en particulier face à la souffrance et la mort. L'interne est ébranlé dans ses compétences médicales. L'expérience est parfois traumatique, au point d'enrayer sa pratique ou sa relation au patient en raison de la fatigue physique et psychique engendrées. La répétition d'une telle expérience d'impuissance au cours du cursus des internes est sans doute une des causes de la fragilité de leur santé mentale, à cause de l'angoisse et des émotions négatives engendrées.

Par ailleurs, les internes ont exprimé le manque de formation ressentie sur le sujet et surtout le manque de soutien de leur hiérarchie face à leurs difficultés. Pourrait-il y avoir des mécanismes de fuite de la part des médecins seniors vis-à-vis de leurs internes ? Ne faudrait-il pas également questionner les médecins seniors sur le vécu de leur propre confrontation à l'impuissance ? Ces questionnements pourraient faire l'objet d'un nouveau travail de réflexion autour du vécu émotionnel et du questionnement éthique du personnel médical.

En effet, un travail d'élaboration du vécu de l'impuissance et donc d'acceptation et d'intégration de cette impuissance au cœur de l'exercice médical permettrait d'adopter une posture professionnelle plus stable fondée notamment sur l'acceptation de ses émotions, le questionnement du sens du soin et une identité narrative venant éclairer la dimension spirituelle du sujet. La connaissance de ses propres émotions et de ses questionnements permet de les accueillir, de les assimiler tels qu'ils sont et ainsi d'avoir une meilleure appréhension des situations apparentées. De plus, être confronté à l'impuissance vient parfois bouleverser l'interne jusque dans son questionnement existentiel. Il doit alors accepter d'y faire face, voir le remettre en question, pour pouvoir se remettre en marche.

Par conséquent, il apparaît intéressant de donner à l'interne un espace de parole pour pouvoir revisiter son vécu et ainsi mieux intégrer ses émotions sans s'enfermer dans la sphère mortifère de l'impuissance. Les groupes de parole déjà présents dans les facultés sont vus

comme des aides par les internes. Néanmoins, la création d'un espace de parole au sein des équipes de soin serait grandement bénéfique, en permettant à l'interne de raconter son vécu et d'y trouver un soutien pour mieux appréhender et vivre ses émotions, par leur verbalisation et l'aide bienveillante des autres. Il lui serait aussi possible de partager son questionnement éthique et existentiel, questionnement qui vient l'ébranler dans son chemin spirituel. En reconnaissant son propre questionnement spirituel, révélé par sa vulnérabilité émotionnelle, l'interne peut davantage laisser au patient la place d'exprimer son propre questionnement, sans chercher à y apporter une réponse mais en l'entourant d'humanité. Ainsi, la rencontre entre le médecin et le patient n'est plus la rencontre d'un dominant avec un dominé, d'un savoir avec une problématique, mais bien la rencontre de deux personnes humaines, chargées de leur histoire et de leurs affects. La rencontre entre deux êtres qui désirent ardemment « être réellement aimés et acceptés. » (58)

BIBLIOGRAPHIE

1. Spinoza. L'éthique [Internet]. Flammarion. [cité 7 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.babelio.com/livres/Spinoza-Lethique/5109>
2. Nietzsche F. Généalogie de la morale [Internet]. Flammarion. [cité 7 juill 2022]. 286 p. (GF). Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a218188/Friedrich-Nietzsche-Genealogie-de-la-morale>
3. Bounon L. Parler du sentiment d'impuissance dans la pratique des soins palliatifs. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 21 juin 2018;N° 133(2):15-26.
4. Folscheid D. La médecine et ses mythes. *Éthique & Santé*. déc 2008;5(4):217-26.
5. Alexandre DL. La mort de la mort. Paris: JC Lattès; 2011. 425 p.
6. Jonas H. Le principe de responsabilité : Une éthique pour la civilisation technologique. Paris: FLAMMARION; 2013. 480 p.
7. Lassaunière JM. Le rêve d'immortalité. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 21 juin 2018;N° 133(2):65-72.
8. Delieutraz S. Le vécu d'impuissance chez le soignant : entre pertes et élan retrouvé. *Cliniques*. 7 nov 2012;N° 4(2):146-62.
9. de Hennezel M, Leloup JY. L'art de mourir. Pocket. 1997.
10. Bertinet-Kawski E. L'accompagnement en fin de vie: ressenti, pratiques et difficultés rencontrées par les internes de médecine générale. Enquête réalisée auprès d'internes de médecine générale de la Faculté de Nancy. 2013.
11. Sisoix C. Lorsque la vulnérabilité du thérapeute rencontre celle du patient. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 21 juin 2018;N° 133(2):81-9.
12. Svandra P. Camus et l'engagement soignant, de l'impuissance à la révolte. *Éthique & Santé*. mars 2011;8(1):11-5.
13. Camus A. Le mythe de Sisyphe. Paris: FOLIO ESSAIS; 1985. 169 p.
14. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. *Recherche en soins infirmiers*. 2005;81(2):21-7.
15. Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs*. avr 1991;16(4):388-97.
16. La définition de Contre-transfert [Internet]. [cité 10 juin 2022]. Disponible sur: <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-contre-transfert.html>
17. Denis P. Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*. 2006;70(2):331-50.

18. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://www.alass.org/wp-content/uploads/Etudes-BorgesdaSilva-4.pdf>
19. Bouteiller M, Chiron DC. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine: analyse par entretiens semi-dirigés. Université Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2013.
20. Depraz N. Comprendre la phénoménologie. Une pratique concrète [Internet]. Armand Colin. 2006 [cité 3 sept 2021]. (Cursus). Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/comprendre-la-phenomenologie-9782200268206.html>
21. Daneault S. La notion du soignant blessé. *Can Fam Physician*. sept 2008;54(9):1223-5.
22. Larousse É. Définition : douleur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/douleur/26637>
23. Larousse É. Définitions : souffrance - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/souffrance/73633>
24. Daneault S, Lussier V, Mongeau S, Cassel EJ. Souffrance et médecine. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec; 2006. 158 p.
25. Ricœur P. La souffrance n'est pas la douleur. In: Souffrance et douleur Autour de Paul Ricoeur [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2013 [cité 7 juill 2022]. p. 13-34. (Questions de soin). Disponible sur: <https://www.cairn.info/souffrance-et-douleur-autour-de-paul-ricoeur--9782130607229-p-13.htm>
26. Vachon M, Guité-Verret A. From powerlessness to recognition the meaning of palliative care clinicians' experience of suffering. *Int J Qual Stud Health Well-being*. déc 2020;15(1):1852362.
27. Méchin O. Effets sur les soignants de la douleur et de la souffrance des patients. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. août 2013;12(4):201-6.
28. Ruzniewski M. Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade : confrontation à la maladie grave. 2011;4.
29. Marrec A. Représentations et ressentis sur les soins palliatifs par les internes de médecine générale de Nice: comment mettre en adéquation besoins et formation? Université Nice-Sophia Antipolis; 2019.
30. Smith-Han K, Martyn H, Barrett A, Nicholson H. That's not what you expect to do as a doctor, you know, you don't expect your patients to die." Death as a learning experience for undergraduate medical students. *BMC Med Educ*. 14 avr 2016;16:108.
31. Bonin J, Sagot V, Vorilhon P, Michelin Y. L'annonce d'un décès à la famille : vécu des internes de médecine générale et perspectives d'amélioration: Une étude qualitative par entretiens semi structurés [Internet]. 2017 [cité 31 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.pedagogie-medicale.org/10.1051/pmed/2018014>

32. Lam B. Partage d'expériences des internes de médecine générale face au décès brutal du patient: étude qualitative, par focus groupes. Nice-Sophia Antipolis; 2017.
33. Grenier M. L'interne en médecine et l'annonce de décès à un proche: ses vécus. À partir de 14 entretiens guidés. Université de Bordeaux; 2018.
34. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association With Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. *J Pain Symptom Manage.* sept 2015;50(3):335-342.e2.
35. Lebigot F. Chapitre 5. Le trauma psychique. In: *Victimologie* [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 15 juill 2022]. p. 48-54. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/victimologie--9782100784660-p-48.htm>
36. Crocq L. Chapitre 16. Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma. In: *Trauma et résilience* [Internet]. Paris: Dunod; 2012 [cité 7 juill 2022]. p. 173-86. (Psychothérapies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/trauma-et-resilience--9782100576548-p-173.htm>
37. Crocq L. 16 leçons sur le trauma. Paris: Odile Jacob; 2012. 295 p.
38. Liébert P. Définition des traumatismes psychiques précoces. In: *Quand la relation parentale est rompue* [Internet]. Paris: Dunod; 2015 [cité 7 juill 2022]. p. 45-52. (Enfances). Disponible sur: <https://www.cairn.info/quand-la-relation-parentale-est-rompue--9782100721375-p-45.htm>
39. Canada AC. État de stress post-traumatique - Lignes directrices sur l'admissibilité au droit à pension - Anciens Combattants Canada [Internet]. 2019 [cité 15 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.veterans.gc.ca/fra/health-support/physical-health-and-wellness/compensation-illness-injury/disability-benefits/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/ptsd>
40. Kübler-Ross E. *Vivre avec les mort et les mourants* [Internet]. Le livre de Poche. 2021 [cité 15 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.livredepoche.com/livre/vivre-avec-les-mort-et-les-mourants-9782253147398>
41. Walding MF. Pain, anxiety and powerlessness. *J Adv Nurs.* avr 1991;16(4):388-97.
42. Durso GRO, Briñol P, Petty RE. From Power to Inaction. *Psychol Sci.* déc 2016;27(12):1660-6.
43. Glauser J, Ceschi G. Chapitre 13. Biais d'évaluation cognitive et phobie sociale. In: *Traité de psychologie des émotions* [Internet]. Paris: Dunod; 2014 [cité 21 juill 2022]. p. 394-424. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-psychologie-des-emotions--9782100705344-p-394.htm>
44. Crippen D. Moral distress in medicine: Powerlessness by any other name. *J Crit Care.* févr 2016;31(1):271-2.
45. Soulard C, Stamer M. *Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion?* Grenoble Alpes; 2017.

46. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med.* 12 mars 2008;3:10.
47. Bonardi AL. L intelligence emotionnelle au cours du diplome de medecine generale. Université de médecine Lyon Est; 2016.
48. Moley-Massol I. La souffrance des soignants et leurs mécanismes de défense. *La lettre du Rhumatologue.* déc 2007;337:2.
49. Maret O. Éthique de l'impuissance. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 21 juin 2018;N° 133(2):7-11.
50. Frankl V. Découvrir un sens à sa vie grâce à la logothérapie. J'ai lu. 1959.
51. Frankl V. Le Dieu inconscient : psychothérapie et religion [Internet]. InterEditions. 2012 [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.laprocure.com/dieu-inconscient-psychotherapie-religion-viktor-emil-frankl/9782729612337.html>
52. Dictionnaire en ligne Le Robert [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/spiritualite>
53. Mazzocato C., Davis S. La spiritualité en soins palliatifs. Guide du médecin vaudois n°5. 2008 [Internet]. [cité 17 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.svmed.ch/svm/wp-content/uploads/2019/10/gsp-5-2008-spiritualitc3a9.pdf>
54. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser.* 1990;804:1-75.
55. Meuli V, Zulian G. Spirituality in adult palliative care in Europe : Studying the literature. *Revue internationale de soins palliatifs.* 2014;29(4):113-23.
56. Appleby A, Wilson P, Swinton J. Spiritual Care in General Practice: Rushing in or Fearing to Tread? An Integrative Review of Qualitative Literature. *J Relig Health.* 2018;57(3):1108-24.
57. Saint Paul. Premier épître de Saint Paul aux Corinthiens [Internet]. Vol. Bible. [cité 3 juin 2022]. Disponible sur: <https://aelf.org/bible/1Co/15>
58. Châtel T. Vivants jusqu'à la mort, accompagner la souffrance spirituelle en fin de vie. Albin Michel. 2013.
59. Stern M. Encadrement des médecins internes par une psychologue dans une unité de soins palliatifs (suite). *InfoKara.* 2006;Vol. 21(3):105-8.
60. Marmilloud L. Quand l'expérience du soin nous malmène. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 21 juin 2018;N° 133(2):31-8.
61. Jacquemin D. Spiritual care et cheminement des soins. Jusqu'à la mort accompagner la vie. 2020;143(4):35-41.

62. Temaner-Brodley B, Ducroux-Biass F. La congruence et sa relation à la communication en thérapie centrée sur le client. *Approche Centrée sur la Personne Pratique et recherche*. 2013;17(1):28-64.
63. Ruzniewski M. Chapitre 2. Le rôle de la parole. In: *Le groupe de parole à l'hôpital*. Paris: Dunod; 2012. p. 19-34. (Psychothérapies).
64. Intervention de Dominique Jacquemin à la CBSP de 2018 [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.bretagnesoinspalliatifs.com/articles/18-eme-journee-regionale-de-la-cbsp-25-nov-2016-video-de-lintervention-de-d-jacquemin>
65. Montreuil P., Tremblay J., Bélanger B., Charbonneau C. Développement et validation du Questionnaire sur les besoins spirituels et religieux (QBSR) : évaluation des besoins des usagers dans le milieu de la santé. Rapport de recherche : Centre de pastorale de la santé et des services sociaux. 2015
66. Godeau HP. Faire face au sentiment d'impuissance. 2018 [Internet]. [cité 3 juin 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/faire_face_au_sentiment_dimpuissance.pdf
67. Roustant O. Formation écoute active. :31.

ANNEXE 1 – Guide d’entretien 1

1/ Coordonnées, âge, semestre en cours, semestres précédents

- Raconte-moi ton parcours d’étudiant en médecine.
- Qu’est-ce qui a fait que tu as choisi la médecine générale ?

J’ai choisi, dans mon travail de thèse, d’explorer le vécu des internes face à des situations complexes qui peuvent générer un sentiment d’impuissance, un ressenti d’impasse ou d’échec.

2/ Peux-tu me raconter une situation dans laquelle tu as pu ressentir ce genre de sentiment ?

3/ Ce sentiment a-t-il eu des impacts ou des répercussions sur la prise en charge de ton patient ?
Si oui, peux-tu détailler ?

4/ Quelles sont les réactions que provoque en toi ce sentiment d’impuissance / d’impasse / d’échec ?

5/ D’après toi, quels sont les facteurs qui sont à l’origine de ce sentiment ?

6/ Quelles sont les ressources qui t’ont aidé pour faire face à cette situation ? Quelles sont celles qui pourraient t’aider à l’avenir ?

7/ Est-ce que pour toi il est difficile de dire à un patient que tu ne sais pas quoi faire ou qu’il n’y a plus rien à faire ?

ANNEXE 2 – Guide d’entretien 2

1° Coordonnées, âge, semestre en cours, semestres précédents

- Raconte-moi ton parcours d’étudiant en médecine.
- Qu’est-ce qui a fait que tu as choisi la médecine générale ?

J’ai choisi, dans mon travail de thèse, d’explorer le vécu des internes face à des situations complexes qui peuvent générer un sentiment d’impuissance, un ressenti d’impasse ou d’échec

2° Peux-tu me raconter une situation dans laquelle tu as pu ressentir ce genre de sentiment ?

3° Quelles sont les émotions que tu as pu ressentir dans cette situation ?

Pourquoi cette situation a provoqué [cette émotion] ? Tu m’as parlé de [telle émotion], peux-tu m’en dire plus ?

4° Ce sentiment a-t-il eu des impacts ou des répercussions sur la prise en charge de ton patient ?

Si oui, peux-tu détailler ?

5° Quelles sont les réactions que provoque en toi ce sentiment d’impuissance / d’impasse / d’échec ?

6° D’après toi, quels sont les facteurs qui sont à l’origine de ce sentiment ?

7° Quelles sont les ressources qui t’ont aidé pour faire face à cette situation ? Quelles sont celles qui pourraient t’aider à l’avenir ?

8° Est-ce que pour toi il est difficile de dire à un patient que tu ne sais pas quoi faire ou qu’il n’y a plus rien à faire ?

ANNEXE 3 – ENTRETIEN n°6

Femme – 27 ans – 5^{ème} semestre

D : Est-ce que tu peux me raconter un peu ton parcours d'étudiant en médecine ?

I6 : Euh oui, j'ai commencé euh... la P1 bah ici à Nantes. Je l'ai eu du premier coup. Après j'ai fait tout mon cursus bah à Nantes, P2 euh D1. Donc j'ai fait des stages euh... donc nous ici c'est des stages, après l'externat c'est des stages de un mois et un mois de cours. Donc on est séparé en 2 groupes dans la promo. Et les stages de... je me souviens même plus P2-D1 les stages comment c'était. Après j'ai fait l'externat ici, euh... qu'est-ce tu veux savoir ? Par quels stages je suis passée euh... ?

D : ouais, ce qui te paraît important de dire sur ton parcours.

I6 : Bah j'ai mal vécu la 4^{ème} année, bien plus que la 1^{ère} année. Euh, ça a été une grosse remise en question, ça a été très compliqué. Et puis après la 5^{ème} année c'était mieux. Les stages étaient plus cool aussi donc ça m'a permis de mieux souffler un peu. Et puis bah voilà après 6^{ème} année. J'ai toujours su que je voulais faire de la médecine générale. Donc mon objectif a toujours été de viser le mi-classement national à peu près, ce que j'ai réussi à faire. Donc euh, voilà. Ça m'a permis aussi d'adapter ma charge de travail, et caetera. Euh... J'y... je vivais en résidence universitaire, fin en chambre universitaire dans une chambre de 9 m². Euh... toutes mes études, voilà. Donc je rentrais tous les week-ends. J'avais pas trop de relation amicale sur Nantes parce que bah c'était compliqué en rentrant tous les week-ends. Mais j'avais un cœur familial très important qui m'a beaucoup soutenu et heureusement que c'était là. Et après bah voilà, médecine générale et le reste a découlé.

D : ok, et qu'est-ce qui a fait que tu as choisi la médecine générale ?

I6 : euh... et bah... c'est une bonne question. Je pense que... alors déjà parce que mon père m'avait toujours conseillée de faire un... quelque chose de libéral. Donc en me disant pas forcément quoi faire mais il m'a toujours conseillée. Et donc du coup je me suis orientée vers la médecine parce que j'aime les gens et j'aime bien aider les gens. Et euh... j'aimais beaucoup

aussi l'éducation et la pédagogie mais il y a pas de métier dans le libéral dans ce domaine-là donc je me suis enterrée dans la médecine. Et après je pense que je voulais pas renoncer en particulier à... à un domaine spécifique. Je pense aussi par méconnaissance des spécialités, parce que finalement il y a des choses aujourd'hui qui peut-être me plairait beaucoup. Euh... Et puis bah parce que oui notre regard finalement c'est avec notre médecin traitant donc je pense que le premier regard qu'on a de la médecine c'est surtout euh... surtout la médecine générale. Et puis voilà je voulais travailler en ville, pas à l'hôpital voilà donc. J'aurais pu faire autre chose, une spécialité en ambulatoire mais... Voilà globalement je pense que c'est pour toutes ces raisons.

D : ok, j'ai juste oublié de te demander ton âge...

I6 : 27, ouh ça fait mal !

D : Du coup moi dans mon travail de thèse, j'ai choisi d'explorer le vécu des internes face à des situations cliniques qui peuvent nous... nous faire générer un sentiment d'impuissance ou un ressenti d'impasse.

I6 : d'accord

D : est-ce qu'il y aurait une situation que tu aurais vécu, que tu pourrais raconter où tu aurais ressenti ce genre de sentiment ?

I6 : ouh bah... bah ça arrive assez souvent euh... bah surtout les patients qui veulent pas se soigner en fait fin... on va proposer des choses et ils sont toujours en désaccord. Euh l'addicto aussi je trouve que c'est souvent un... situation qui nous met un peu en difficulté. Où on propose des choses qui sont parfois suivi mais malheureusement il y a souvent des échecs, des rechutes. Les personnes âgées c'est compliqué ouais, les situations d'impasse dans le... en fait la partie sociale. Tout ce qu'on, aussi on est moins formé donc que ce soit chez les enfants ou chez les personnes âgées. Euh ouais je trouve que souvent on a... quand le social suit pas en fait ça se... la médecine... la santé n'est plus une préoccupation première pour les gens et en fait ça c'est très compliqué des fois d'accompagner les gens correctement. Euh... Quoi d'autre ... ? Bah globalement je dirais ça, après il y a certainement d'autres situations mais euh...

D : Est-ce que t'aurais une situation précise en tête ? Que ce soit une consultation, une hospice ou quelque chose ou... ?

I6 : Hm. Bah il y a des situations ouais souvent qui m'ont marquée notamment en hospitalier ou euh notamment les hémorragies avec des anti-coagulants ou des choses comme ça. Ça m'est arrivée plusieurs fois où les gens ils font un AVC hémorragique par exemple et en fait on peut pas arrêté parce qu'ils ont, je sais pas, un AVC ou une phlébite ailleurs ou... enfin une embolie pulmonaire ou une connerie comme ça. Et en fait on sait que la personne c'est fini quoi en fait euh, et on peut rien faire. Et on peut prendre un parti ou un autre mais en fait dans les deux cas ça risque de tourner au vinaigre et on essaie de prendre ce qui est le moins pire on va dire, pour la personne. Et ça oui c'est très douloureux parce que... parce qu'en fait on est impuissant et on est obligé de dire à la famille et en même temps il y a de l'incertitude. Voilà c'est... c'est très inconfortable comme situation. Oui j'ai déjà eu un cas comme ça, le patient avait fait je crois une embolie pulmonaire bilatérale et il avait saigné dans sa tête et... sous anticoag quoi.

D : ouais, et comment toi tu t'es sentie dans cette situation ?

I6 : euh, bah quand t'es interne tu te réfugies un peu derrière tes chefs aussi. Après des fois t'es quand même en ligne directe avec les proches notamment. Je dirais que je me protège derrière les faits et le côté euh... médical pur sans pour autant mettre à distance les émotions. Pour autant je pense que je suis toujours dans l'empathie quand même, mais en disant « voilà ce qu'on sait, voilà ce qu'on connaît » mais en disant qu'il reste de l'incertitude, faut l'exprimer. Et euh... sans susciter d'esp... fin, énormément d'espoir dans des situations comme ça, en disant que c'est de très mauvais pronostic, en essayant d'utiliser un langage le plus... fin le plus... à la fois médical parce que voilà, ça nous protège quelque part je pense des fois d'utiliser des mots un peu complexes et même temps faut que les gens comprennent. Et puis je pense qu'il faut les revoir plusieurs fois en fait. Je pense du côté de la famille. Après du côté du patient, ça dépend, parce qu'en fait j'ai eu des situations variées. Il y a des patients qui étaient résignés, qui savaient. Il y en a d'autres qui comprenaient pas du tout ce qui leur arrivait, donc en fait euh... avec des troubles cognitifs donc ça servait à rien. J'en avais une qui était dans le coma donc ça servait à rien non plus. Euh... J'ai une patiente aussi, c'était assez surprenant, qui avait une insuffisance cardiaque très avancée, chez qui on avait arrêté tous les traitements, on était en prise en charge palliative. Et tout d'un coup elle s'est réveillée euh une semaine après. On s'attendait à un décès et en fait elle s'est réveillée et... Et on savait pas quoi faire. Et moi j'étais

aussi très mal à l'aise et c'est aussi à ma demande qu'on s'est réuni pour en rediscuter parce que j'étais très gênée d'un point de vue éthique pour cette patiente qui ne s'enfonçait pas du tout, qui était stable et au contraire qui remontait. Et chez qui on avait arrêté tous les traitements actifs et ça me posait vraiment une question. Donc j'en avais parlé à ma chef qui euh... qui était tout à fait d'accord pour qu'on en discute en équipe. Euh... pas qu'à ma demande hein, parce que ça interrogeait beaucoup de monde. Mais du coup ouais ça m'a... ça m'a... celle-là elle m'a marquée cette situation.

D : Ouais, tu peux me la raconter ?

I6 : bah en fait c'était une dame, alors je sais plus pourquoi elle était venue. Je crois que c'était une décompensation cardiaque, donc avec des oedèmes et caetera et en fait on s'en sortait pas entre la déplétion et euh... fin tu vois le furosémide et en même temps l'état d'hydratation. Et euh... et en fait ça avançait pas c't'histoire et elle se dégradait et en fait elle avait un cœur qui était vraiment au bout du rouleau avec une FEVG je sais plus à combien mais ça devait être 15%, un truc comme ça. Et puis euh... et puis au fur et à mesure son état de vigilance se dégradait et en fait on devenait plus délétère. En fait elle avait à la fois un encombrement respiratoire avec des grailonnements aussi et à la fois elle avait besoin de déplétion et en même temps une insuffis... fin c'était la galère quoi on savait plus quoi faire. Et donc du coup à un moment donné on a décidé de tout arrêter. Et euh... elle était déjà plus consciente à ce moment-là. On a arrêté tous les traitements, tout. Et euh... bah on a présenté à sa fille que c'était une situation palliative, que le décès allait probablement arriver dans les jours, semaines qui viennent. Et en fait en arrêtant le lasilix bizarrement elle s'est stabilisée sur le plan de l'hydratation. Les choses ont pas empiré au contraire. Je dirais pas que ça s'est amélioré mais en tout cas elle a récupéré une vigilance, elle s'est réveillée. Euh.... Et en fait on était toujours dans une situation où on avait plus rien comme traitement à part la morphine et l'hypnovel. Et euh... qu'on donnait quasiment plus parce qu'en fait il y en avait pas besoin ; Elle était confortable en fait. Et euh, et donc du coup ça posait la question de reprendre un traitement. Et je crois qu'on avait peut-être, je sais plus, on avait peut-être repris un seul de ses traitements mais tout le reste on avait quand même arrêté, on avait suspendu. Euh... je crois qu'elle est partie en SSR d'ailleurs cette dame, il me semble. Mais oui c'est... c'était, c'était particulier. Parce que la dame elle, elle était consciente mais alors je sais pas ce qu'elle comprenait ou pas. On pouvait échanger quand même un peu avec elle, on pouvait parler. Elle avait compris un peu la situation. Euh... donc c'était, c'était très émouvant quand on lui parlait. On lui disait :

« ah bah vous êtes bien réveillée aujourd'hui. » Elle était contente aussi. Et sa fille qui était... alors sa fille, très sympa. Fin sa fille comprenait vraiment la démarche, je pense qu'on lui avait bien expliqué. Et elle comprenait que ça se passait pas forcément comme on l'avait prévu, que ça pouvait arriver. Et euh... elle était partie vraiment sur la démarche de soins palliatifs et puis finalement, elle revenait avec de l'espoir. Mais pas non plus, tu vois, les les... les enfants qui sont hyper investis et qui sont hyper sollicitants et ça y est ils y croient elle va revenir. Euh non elle restait quand même très prudente. Donc une fille très adaptée heureusement. Ça aurait pu être beaucoup plus compliqué si on avait des enfants pas adaptés. Mais euh ouais... je pense que l'explication fait beaucoup même si euh... bah c'est pas toujours simple. Parce qu'on a... nous-même on sait pas en fait dans ces situations-là. C'est vrai que c'est compliqué.

D : t'as dit que tu avais été mal à l'aise. Est-ce que tu peux développer un peu ?

I6 : Euh... bah en fait j'avais l'impression qu'on... que peut-être on faisait fausse route. Que peut-être euh... euh... peut-être que reprendre un traitement curatif allait l'améliorer en fait. Je crois qu'il y avait une histoire de thrombose aussi, je crois là-dedans. Et du coup on avait arrêté tous les anticoagulants et tout ça. Et ou de FA, un truc comme ça. Et je m'étais dit qu'en fait finalement de reprendre un traitement curatif éviterait une complication derrière qui serait encore plus délétère pour elle. Mais en même temps quelle... quelle est son espérance de vie à court terme d'un point de vue éthique ? Euh... arrêter les traitements est-ce que c'est induire la mort chez elle ? ou est-ce que c'est améliorer son confort mais finalement c'est une complication du fait de l'arrêt du traitement on va aggraver son confort. Fin je... je me posais énormément de question et euh, hum, il y avait pas réponse simple forcément. Hum, c'était quelque part abréger ses souffrances si elle faisait un AVC ou un truc mais en même temps ça aurait été, si elle survivait, ça aurait été hyper inconfortable pour elle. Et donc je me sentais mal quelque part parce que je me disais : en tant que médecin, si ça se trouve on pourrait faire quelque chose pour elle en fait. On pourrait euh... éviter soit que quelque chose s'aggrave soit améliorer les choses quoi. Mais alors est-ce que c'est prolonger artificiellement la vie ? voilà c'est toujours les questions éthiques qui reviennent derrière quoi.

D : ok, et hum...

I6 : D'ailleurs c'est ce qui était revenu en RCP quand on en avait discuté entre nous, c'était ça. C'était dire bah de toute manière son pronostic est très péjoratif donc même si elle survit, elle

survivra pas plus de quelques semaines ou quelques mois, tout au plus. Et donc on avait reprise juste les traitements euh... bah je crois qu'on avait repris l'anticoagulant, fin vraiment juste les choses vitales on va dire, et le reste on avait pas reprise.

D : hum... et t'as parlé toute à l'heure d'être dans l'empathie sans mettre à distance les émotions

I6 : oui

D : là, dans cette situation, comment tu as pu vivre tes émotions ? Quelles sont les émotions qui ont pu te traverser ?

I6 : alors avec la dame c'était plus compliqué qu'avec la fille. Avec la patiente elle-même. C'est vrai que j'étais beaucoup plus dans l'émotion parce que de la voir s'eff... fin s'enfoncer jour après jour. Et euh de se dire bah elle va décéder et m'attendre à dire soit en garde quand j'étais de garde soit le lendemain bah elle est toujours... bah elle est plus là quoi en fait. Et finalement de la voir revenir en fait, c'est surtout cette reprise de conscience. Ou en fait tu... en fait qu'en ça arrive en tant que médecin sur ta visite tu fais plus rien en fait, tu fais du nursing à ce moment-là. Et donc t'as un rapport avec la personne qui est un peu différent aussi. C'est-à-dire que t'es plus là pour regarder si les poumons il y a des crépitants ou si il y des oedèmes au niveau des membres inférieurs. Mais t'es là pour lui donner sa petite cuillère pour l'aider, pour la remettre un petit peu en place. Tu fais du nursing. T'as un lien avec la personne qui est différent je trouve. Et euh... surtout qu'elle était plus... Fin c'était compliqué parce que la communication était limitée mais t'as quand même l'impression qu'elle était plus ou moins consciente de ce qui se passait. Donc c'était quand même très émouvant. Euh... mais plutôt dans le bon sens du terme parce que c'était plutôt joyeux comme évolution et pas dans l'autre sens. Et désarçonnant aussi. Et d'un autre côté tu te dis mince elle va peut-être souffrir aussi pendant longtemps alors qu'elle aurait pu décéder... tu vois il y a aussi toujours ce trus-là de se dire : « est-ce qu'elle va pas plus souffrir maintenant qu'elle est revenue à elle quoi ? » Et puis avec sa fille par contre c'était plus... ouais là... effectivement on était plus médical strict. Fin médical strict... non mais... mais c'était facile parce que c'était adapté avec elle. Elle était tout à fait adaptée et elle se mettait pas à pleurer dans le couloir ou ce genre de chose quoi. Elle comprenait, elle s'intéressait, elle gardait les émotions, elle les exprimait mais c'était tout à fait adapté et mesuré. Et euh... mais j'ai jamais je pense... fin... c'est vrai que t'essaie d'être assez... fin utiliser les mots et caetera, expliquer les choses, mais j'ai jamais non plus eu d'indifférence dans cette

situation-là. Je pense avoir toujours fait preuve d'empathie je crois que ce soit avec le patient ou la famille. Euh... bah parce que je suis comme ça je pense fin... je pense qu'au fur et à mesure des années de médecine, on arrive à éprouver un... un... on est jamais parfait mais un juste milieu qui est un peu plus euh... fin qui est un peu mieux quoi. Peut-être que j'avais pas au tout début ou euh, ça m'est arrivé d'avoir les larmes aux yeux pour euh, pourtant qui n'était pas dans une impasse thérapeutique pour le coup, mais une jeune fille de 15 ans qui apprend qu'elle avait une leucémie. Et puis en fait ce qui m'a fait pleurer, alors l'infirmière était en larme à côté de moi. Et puis le médecin ça va. Et moi euh, j'étais limite. Et quand elle s'est retournée vers son père quand on lui a annoncé le diagnostic du genre : « Papa sauve moi » quoi, Papa c'est ma bouée quoi. Ça ça m'a ouais... je... je pouvais plus parler, j'avais les larmes qui me montaient, et euh... on devient un peu plus cynique je pense avec le temps aussi, sans que ce soit forcément ce cynisme négatif non plus, c'est... on prend de la distance quoi. Et puis avec certains patients je pense qu'on apprend à être euh... les patients notamment qui veulent pas se soigner et caetera, je pense fin... moi aujourd'hui j'ai l'impression de prendre plus de distance dans le sens bon bah à un moment donné je... j'essaie, j'essaie vraiment pour le coup. Une vraie première fois, une vraie deuxième fois. Et puis si je vois qu'il y a un mur, je laisse la porte ouverte pour que les gens puissent revenir si possible mais au bout d'un moment je m'occupe plus de ce problème alors je... je leur dis hein, je leur dis : « peut-être quand vous serez un peu plus prêt, vous reviendrez vous faire soigner. » Et euh peut-être avec un peu plus de cynisme dans ce moment-là. A se dire « bah de toute façon... voilà. » Moi je peux pas... on peut pas tout sauver, on peut pas tout régler. Je veux dire que les gens veulent pas se faire soigner, on peut pas le faire contre leur gré. Et je pense ça nous protège aussi parce que si on s'investit trop émotionnellement, des fois c'est... ouais... c'est lourd quoi.

D : ça a pu être lourd pour toi ?

I6 : Euh, bah je dirais plus à l'hôpital parce que après en ville moins. Parce que le prat niveau 1 on est pas finalement en première ligne, très peu. En SASPAS, je pense j'avais déjà des armes mais si euh... mais si certains trucs comme la dame du cancer là, c'est vrai que t'as envie de lui dire mais vas voir un gynéco, fin fais ce que je te dis ! Mais en même temps euh... bah tu... tu peux pas la prendre par la main. A un moment c'est même ce que je lui ai dit en consultation, je lui ai dit : « je peux pas vous prendre pas la main et vous y emmener, je peux pas faire ça. » Donc euh... je pense que à ce moment-là j'avais appris à prendre plus de recul sur certaines choses. Euh... Après peut-être où je maîtrise le moins mes émotions, c'est avec les enfants,

peut-être... Hum mais c'est souvent dans le positif, rarement dans le négatif. C'est-à-dire dans le négatif j'arrive à rendre du recul par contre dans le positif je vais rapidement faire des gazouillis au gamin et me prendre dans le jeu du cooconning et du poupon et du machin. Ce qui est d'ailleurs pas mauvais parce qu'en fait les enfants ils sont tout de suite beaucoup plus à l'aise et... voilà mais j'aime ça en fait, j'aime ressentir une sorte d'attachement envers l'enfant et réciproquement mais euh... ça je laisse plus libre court parce que souvent ça met l'enfant plus à l'aise et puis ça rend les choses beaucoup plus agréable, beaucoup plus sympa. Euh... mais sinon ouais j'évite euh... fin l'affect, c'est dur de trouver euh... une juste mesure. Mais je pense que ça s'acquière avec l'expérience et avec le temps. Mais la peur que j'... j'ai une peur de devenir cynique en vieillissant parce que j'ai vu moi en tant qu'externe des internes avec beaucoup de détachement et beaucoup de cynisme dont peut-être je fais preuve aujourd'hui, je ne me rends pas compte. C'est difficile d'être réflexif là-dessus. Mais euh... j'ai peur de devenir trop cynique sur certaines situations ouais. Et de euh... de moins m'engager émotionnellement parce que... des fois c'est nécessaire. Souvent c'est... Fin souvent c'est quand même épuisant pour rien. C'est vrai dans la plupart des cas quand les patients veulent pas se soigner ça marche pas en fait, et des fois ça marche. Et en fait on... si en fait on arrête d'essayer on passe à côté de pas mal de belles réussites quoi.

D : hm, c'est vrai. Est-ce que ce sentiment a pu avoir des impacts sur ta prise en charge ? des répercussions sur le soin que tu as procuré au patient ?

I6 : ouais. Oui, oui complètement. Fin de s'investir émotionnellement, de s'investir pour quelque chose soit parce que ça nous fait penser à autre chose soit parce qu'on se dit qu'on peut avoir un impact, on y passe plus de temps. Donc quand on est à l'hôpital on peut aussi passer moins de temps pour d'autre, ça c'est vrai faut bien le dire. Euh... on va, je sais pas, on va appeler d'avantage les familles, on va prendre du temps sur son temps perso. Euh moi j'ai eu des cas, alors c'était différent mais je pense que ce serait intéressant pour ta thèse, mais j'ai eu le cas en SASPAS, en début de SASPAS, comme j'ai progressé aussi en SASPAS, où j'ai rappelé sur mon temps personnel parce que ça me trottait tellement dans la tête que je... fin je pouvais pas en fait continuer à avoir ce doute en moi et j'ai appelé ma prat qui m'a dit d'envoyer le patient aux urgences si j'avais vraiment un doute. J'ai dû rappeler le patient avec mon portable perso sur mon temps personnel. Fin ça a été vraiment... ça m'a pris la tête pendant quelques jours ouais. Et euh... donc oui forcément c'est pas ce que j'aurais fait pour tout patient. Et inversement j'ai eu des patients, alors c'est assez drôle, aux urgences, qui m'ont retrouvée via

facebook ou je sais pas quoi bon... et qui ont réussi à m'avoir au téléphone et je leur ai dit non, je leur ai dit « là c'est mon téléphone personnel, c'est une limite. Là je réponds à votre question parce que voilà, mais la prochaine fois c'est, c'est n'importe quoi fin... » on peut pas faire ça. J'en ai un qui a essayé de me contacter par facebook, j'ai refusé le message. C'est déjà arrivé quoi. Moi c'est ça qui me gêne le plus, c'est quand la vie privée et la vie professionnelle se mélange et c'est vrai qu'en début d'internat j'ai souvent eu le cas aux urgences où je pense à des cas en fait le soir en rentrant chez moi. Il y a même une fois où j'ai rappelé à 2h du matin ma chef qui était de garde en disant « oh on aurait pas oublié de faire ça ? » parce que j'ai... en fait j'ai aussi besoin d'être rassuré, fin j'avais besoin d'être rassurée pour pouvoir simplement passer à autre chose en fait. Sinon ça me prend la tête et dans mon inconscient ça revient. Et ça j'ai travaillé là-dessus et c'est mieux là-dessus, c'est mieux. Mais avec le temps, voilà les choses évoluent aussi mais... mais il y a encore des trucs où ça m'arrive le soir en rentrant d'en parler à mes parents, alors dans le respect du secret professionnel mais de dire bah voilà j'ai fait ça, je me demande si je suis pas passée à côté de ça. Ils me disent « mais non, mais c'est bon » fin voilà. Et euh... et ils sont pas médecin pourtant. Et le simple fait de me dire ça, ça me rassure. Et puis je me dis que bah voilà si ça va pas ils reviendront. Il y a toujours des petites phrases clés en me disant : « est-ce que j'ai fait tout ce que je pouvais faire ? » bah de toute façon si c'est pas le cas ils savent me trouver et caetera mais quelque chose dont on a pas l'habitude à l'hôpital. Parce qu'à l'hôpital, ils rentrent, ils sortent, c'est fini. Alors que en médecine générale, ils savent refaire appel à toi s'il y a besoin. Mais pas tous ! Et je pense que l'intérêt du médecin généraliste c'est de bien connaître ses patients et de savoir justement qui va refaire appel à toi si t'as oublié un truc ou s'il y a quelque chose qui se passe pas comme prévu. Et qui finalement ne reviendra jamais. Et là il faut peut-être un peu plus aller les chercher quoi.

D : ok

I6 : Je m'éloigne un peu de ta question...

D : ouais mais il y a des choses très intéressantes donc euh... c'est pas grave (rires) Hum... je réfléchis hein parce que t'as répondu à pas mal de choses sans forcément euh que je t'avais posé les questions donc c'était très bien. Euh... (silence) Est-ce que tu saurais dire, on va revenir sur les situations où là vraiment on se sent euh... dans la situation de ta patiente mais les autres dont tu as parlé aussi avant, où on se sent plus impuissant, est-ce que tu saurais trouver pourquoi ces situations-là ont provoqué de l'impuissance chez toi ?

I6 : Euh... Alors c'est marrant parce que c'est à double tranchant ces situations-là, tu vas rire mais d'un côté je suis triste pour les gens parce que je sais que c'est la fin, qu'on peut rien faire, qu'on est dans une impasse. D'ailleurs ça peut arriver en ambulatoire sur des patients diabétiques qui sont au max de leur traitement et un jour ils vont faire un truc mais de toute façon on peut pas faire plus ! euh... ou alors ils veulent pas faire plus aussi des fois (sourire). Mais euh donc euh... t'es dans l'impuissance parce que ... souvent c'est des gens que t'as pris en charge sur des longues périodes, t'as vu les choses, c'est toi qui a du se dire, fin avec ton chef aussi, qui a diagnostiqué les problèmes au fur et à mesure, qui a fini par comprendre que ça allait poser problème. Souvent on demande un avis pour confirmer qu'on est dans une impasse mais au final on le sait déjà. Et euh... et en fait t'as envie de faire plus, c'est pas ton boulot, ton boulot de médecin c'est pas... c'est en même temps je veux sauver les gens, je veux les guérir quoi ! Même si en fait euh, en pratique c'est rarement le cas quand même (rires). Je dirais pour ça, et en même temps, pour moi c'est un soulagement des fois, de savoir que médicalement, je ne peux plus rien apporter. Parce que ça ne me remet plus dans la situation de je sais ou je ne sais pas. Je suis compétente ou je ne le suis pas puisque de toute façon d'un point de vue médical il n'y a plus rien à apporter. Donc quelque part c'est un soulagement parce qu'en fait je n'ai plus qu'à apporter ma personne, et euh, et mon empathie et euh... et en fait j'aime ça aussi, même si c'est émotionnellement très prenant. Et je, et j'ai eu des patients qui m'ont remerciée donc je pense que ça apporte quand même quelque chose. Euh... c'est une autre forme de soin en fait, c'est du care, c'est plus du... voilà. Mais euh... mais du coup c'est aussi quelque chose qui des fois est rassurant, de se dire que maintenant je vais pouvoir lui apporter que ma présence, que mon écoute, que mon temps, mon empathie. Mais tout ça finalement, finalement ça coûte quand même, ça te coûte hein émotionnellement ! Mais finalement t'as l'impression que c'est rien fin que c'est euh que c'est plus ta compétence, que c'est plus... t'es plus médecin en fait à ce moment-là, fin je sais pas si tu vois ce que je veux dire mais t'es soignant de manière générale, mais euh... t'as plus à être performant, c'est ça que je veux dire. T'as plus à savoir, à diagnostiquer, à machin, à être bon, à être parfait. Là t'as juste à être toi-même. Et il y a des fois ça... c'est aussi... ça... ça t'enlève un poids en fait. Don c'est à double tranchant je dirais.

D : ok, ok, c'est hyper intéressant. Hum... et dans ces moment-là, quelles sont les ressources qui peuvent t'aider ? t'as dit que ça te coûtait beaucoup émotionnellement. Quelles sont les ressources qui vont t'aider à gérer tous ces sentiments ?

I6 : Alors bah d'en parler, globalement ça va être surtout d'en parler. Moi comme je te disais j'ai pas un réseau amical très développé donc euh je connais pas... fin je connais des gens en médecine mais j'irai pas facilement forcément, fin je peux en parler quand je croise en GEP ou des trucs comme ça. Mais globalement j'en parle à mes parents en fait, de situations très vagues, parce que euh sont pas du tout médecin et puis il y a le secret professionnel donc évidemment je rentre jamais dans les détails. Mais euh... mais j'évoque les situations, surtout mon ressenti, ce que moi j'ai fait, mes doutes qui ont pu avoir lieu. Parce que parfois c'est difficile d'exprimer ces doutes et ces inquiétudes à ces chefs en fait ou à ces collègues. De montrer ses faiblesses et caetera, c'est des fois des choses très compliquées. Et je sais que moi mon... mon père surtout m'a accompagnée sur ces doutes et ces faiblesses depuis mes études de médecine, c'est-à-dire qu'en fait c'était euh... fin voilà... c'est ce qui m'a posé aussi beaucoup de question pendant mes études, c'est toujours ça, c'est l'incertitude, le doute, c'est euh... la peur de pas être compétent euh voilà. Je suis quelqu'un d'anxieux et qui ai pas confiance en moi. C'est quelque chose qui est inhérent à ma personne. Et donc mon père m'a accompagnée toutes mes études sur ce versant donc il me connaît bien. Ça a même des fois été compliqué mais... et du coup j'ai toujours forcément ce versant-là dans mon métier ce qui fait aussi que t'es, t'essaie consciencieux et caetera. Donc faut trouver le juste milieu entre des fois lâcher prise et des fois creuser. C'est compliqué, ça s'apprend mais c'est compliqué. Euh... Mais du coup c'est surtout d'en parler ouais je dirais à mon père principalement. Euh... et euh... il va ... où il va... il me connaît bien, il voit comment je réfléchis, ma structure de pensée et caetera, il me connaît très bien. Et donc euh... ça arrive que des fois il dise : « ah là oui je pense qu'effectivement, il manque quelque chose. » et bah du coup ça m'angoisse énormément puis bah du coup je passe à l'étape suivante, c'est plutôt d'aller voir au point de vue médical un spécialiste ou un chef ou un truc. Mais dans la plupart du temps il me rassure quand même en me disant bah j'ai fait le maximum en fait. J'ai fait ce que pensait être bien. Euh... ou je sais pas, je suis pas la seule à être passée à côté d'un truc ou euh... je serai pas la seule médecin à voir le patient non plus, il y en a d'autres qui vont passer derrière ou euh... fin tu vois des trucs comme ça quoi. Donc je dirais surtout ça, en parler à mes proches en fait. Et après euh... après euh... (soupir) globalement ça va être ça, j'écris pas trop. Euh... je pense que j'ai une autre façon peut-être de gérer ça, fin... moins maintenant... fin quoique... c'est peut-être un peu l'oubli quoi. Tu vois il y en a certains qui se réfugient de l'alcool ou compagnie, il y a beaucoup de gens qui boivent en médecine c'est pas pour rien mais euh... moi je vais plutôt, je sais pas, regarder des séries, jouer aux jeux vidéos. Des choses qui cont complètement m'englober. Je pense plus du tout à...

à mon boulot. En fait quand je... c'est assez drôle d'ailleurs, je, je vais facilement dire que j'aime pas mon travail et que je veux arrêter médecine, que c'est pas ce que je veux faire, que euh... quand je suis en dehors de mon travail je ne veux pas entendre parler de médecine, je ne veux pas voir une série médicale, je ne veux pas voir Véran à la télé, je ne veux pas entendre parler de médecine ! J'ai un dégoût et un rejet total. Et en même temps j'aime ce que je fais. En même temps... bon de toute façon je suis quelqu'un de très paradoxal. Mais c'est assez paradoxal, c'est-à-dire j'aime ce que je fais. Il y a des moments... fin il y a des moments c'est dur et il y a des moments j'ai vraiment du plaisir à faire ce métier, pas tout le temps mais... des fois c'est très dur... mais il y a des moments où je ressens vraiment du plaisir, qu'il y avait peut-être pas il y a quelques années encore mais avec la méd gé c'est un peu plus ça. Mais euh... mais quand je suis dans mon domaine perso, je cherche à... l'éviction totale de la médecine quoi. Et euh... je sais pas trop pourquoi, si j'ai peur de repenser... je pense pas que ce soit ça, repenser à des choses. Hum... à mon avis c'est juste parce que ça me prend tellement de temps en fait, ça me bouffe tellement une partie de ma vie qui est énorme que quand je suis pas dedans, j'ai envie de pas être dedans et d'être dans autre chose. Je pense c'est juste ça. J'ai envie de distinguer les deux. C'est pour ça que je te disais aussi que quand les deux se mélangent, c'est quelque chose qui me bouffe aussi énormément parce que je ne veux pas, je ne veux pas que ma vie pro interfère autant dans ma vie personnelle. C'est pour ça aussi que je repense à la méd gé et que finir à 21h le soir pour moi ce n'est pas envisageable. Il y a des choses comme ça où pour moi ça doit être séparé quoi. Je dois avoir mes enfants, ma famille, rentrer, chercher mes gosses et caetera et il y a mon travail à côté. Mais je veux pas rentrer le soir en me disant « oh mince, la bio de machin et le truc de bidule. » C'est pour ça que j'aime pas les bio, c'est pour ça que j'aime pas finir si tard et tout ça, c'est logique tout ça. Mais euh... oui je pense que... pour dire oui, j'ai pas d'acti... fin j'ai du loisir mais je fais pas de sport ou de chose comme ça, pourtant ça me ferait du bien pour me vider la tête justement (sourire). Mais je pense ouais d'en parler à ma famille et puis d'avoir vraiment un moment pour moi où je coupe avec le travail pour aussi bah ouais se ressourcer aussi hein.

D : ok. T'as parlé toute à l'heure de « montrer ses faiblesses à ses collègues ». Est-ce que tu peux développer un petit peu ?

I6 : Bah c'est simple hein, depuis la P1 bah on est en concours en fait hein donc on est en représentation permanente face aux autres pour euh... dire je suis le meilleur en fait. C'est moi qui aurais la place et pas toi. Et en fait on ... jusqu'au bout malheureusement avec les

classements et tout ça, ça persiste. Moi j'ai eu un... je faisais partie du groupe qui allait en cours. Bon j'allais pas à tous les cours mais je faisais partie de ce groupe-là. En gros la promo était séparée en 2, il y a avait eux qui faisait la bringue, fin j'exagère mais c'était un peu ça hein. Il y avait ceux qui faisaient la bringue, qui allaient jamais en amphitheâtre, toute façon c'était simple, un mois sur deux les profs ne voyaient personne en amphitheâtre et un mois sur deux ils en voyaient un petit peu, une cinquantaine, une trentaine. Moi j'allais à peu près à la moitié des cours et donc je fréquentais plutôt ces gens-là, qui pour autant étaient extrêmement réservés. Et en fait je ne tissais pas de lien avec ces gens-là parce qu'en fait ils ne voulaient pas montrer leur faiblesse, donc quand tu posais une question, tu demandais un truc, s'ils ne savaient pas... en fait il y avait un... il y avait un mur en fait ! Tu pouvais pas... tu pouvais discuter de médecine mais pas montrer que tu savais pas. Alors au fur et à mesure des années quand les liens se tissent avec les gens quand tu commences à les connaître mieux, il y a des choses qui se débloquent. De dire « ah bah oui, bah ça moi je sais pas. – ah bon tu sais pas non plus ? » Puis tout le monde est rassuré quoi ! Et euh... en fait on croit qu'on doit être parfait, c'est un truc d'élite, on croit qu'on doit tout savoir, qu'on doit jamais faire d'erreur. Moi c'est ça qui m'a bouffée en 4^{ème} année en fait, je pensais qu'il fallait que je sache tout des référentiels. Mais en fait non, en fait personne te l'explique. Et si t'as personne en médecine dans ta famille, tu le sauras jamais. Et euh, tu le découvriras sur le tas, et en prenant quelques tranches, fin quelques claques dans la tronche quoi. Mais euh... mais oui du coup c'est ça, t'as pas le droit de montrer tes faiblesses. Et tes prats bah c'est eux qui valident ton stage fin tes... tes... tes chefs c'est pareils aussi. Quand t'es en spé bah toute façon c'est un peu chacun pour soi, il y a un manque d'empathie totale donc euh fin... qui est assez important donc c'est compliqué. Moi les gens avec qui j'ai pu partager mes doutes, mes faiblesses et avec qui j'ai pas partager le plus, ça va être euh ouais les gens en gériatrie à [ville], ouais surtout en G2 en fait, où j'avais des prats, fin des... des médecins qui étaient super sympas et qui étaient très ouverts à ça et qui étaient très empathiques. Donc où tu pouvais exprimer certaines choses. Mais il y a encore ce truc en médecine ou dans tous les trucs d'élite d'ailleurs où euh... ouais tu peux pas montrer tes faiblesses en fait, même envers les patients d'ailleurs. Le « je ne sais pas » c'est quelque chose d'assez récent, c'est-à-dire que les vieux prats ils... fin si ils y en a certains qui y arrivent quand même. Mais il y a un côté : le médecin il sait tout ! D'ailleurs moi je suis tombée de mon escabeau hein comme on dit quand j'ai découvert qu'en fait le médecin ne savait pas tout ! Démarrer médecine pour moi... c'était bon j'ai... d'ailleurs c'est marrant j'ai... dès la première année de médecine je disais à mes parents euh : « mais j'ai peur de pas être un médecin compétent. » Et ils me disaient : « mais si tu vas apprendre ton métier, c'est à ça que servent les études, et caetera. » et

en fait tu te rends compte que les études servent pas à ça, fin si mais... en fait tu ne sais jamais tout à la fin. Tu, tu maîtrise pas tout. Et en fait ça fait partie du travail, c'est normal. Mais euh... mais ça tu le sais pas avant. Donc quand tu t'en rends compte tu te dis merde ! ah ouais donc en fait toute ma vie je vais galérer avec de l'incertitude. Je vais euh... avoir des doutes. Et euh devoir euh... jouer avec le temps, regarder l'évolution des choses, je vais devoir... voilà c'est un outil la médecine générale à part entière, d'ailleurs toute médecine mais médecine générale surtout parce que t'as pas d'examens complémentaires faciles et caetera. Et euh... et ouais ça ça a été dur de me rendre compte de ça. D'un côté c'est rass... comme on disait tout à l'heure d'un côté bah tu peux pas tout faire donc c'est facile de dire : « bah non mais moi je peux pas tout savoir. » donc d'un côté c'est rassurant, aussi pour ça la med gé par rapport à une autre spécialité aussi. De dire bah j'ai pas tout à connaître parce que je suis médecin généraliste. Et d'un autre côté je dois être hyper compétent sur plein de chose quand même. Et c'est... c'est ça qui est dur je trouve sur la médecine générale. Un spécialiste il va devoir tout savoir sur son domaine mais que son domaine. Mais par contre hyper pointu, c'est-à-dire que lui il a pas le droit de pas savoir entre guillemet. Par contre toi t'as le droit de pas savoir mais par contre on va te demande de gérer énormément de truc. Et c'est ça qui je trouve manque de reconnaissance dans la med gé parce que c'est très dur et en même temps qui euh... qui est intéressant aussi et qui fait que voilà ... qui... la med gé c'est ça, de toute façon c'est comme ça. Mais du coup on est toujours ce... dans ce truc, mais parce qu'en fait on est formé par des spécialistes aussi. Que ce soit à l'hôpital, que ce soit en cours. Euh... qui eux même ne peuvent pas montrer leurs faiblesses parce qu'à l'hôpital si tu veux un poste de CCA, t'as pas intérêt à montrer que t'es faible, que... que tu sais pas. Les gens qui pleurent, qui arrêtent, qui machin sont dénigrés. On leur donne pas de poste parce qu'on pense qu'ils seront pas compétents, alors que souvent c'est les gens les plus humains et les plus appréciés des patients. Donc c'est aussi parce que c'est une ambiance hospitalière aussi nos ambiances à la base. On est pas formé par des med gé, on est pas formé dans un ambiance ambulatoire qui requière pas les mêmes compétences.

D : c'était ma dernière question donc c'est excellent (sourire). C'est... T'as parlé du fait que pour certains med gé c'était difficile de dire qu'ils savaient plus quoi faire ou quoi que ce soit. Pour toi, est-ce que c'est difficile à dire ?

I6 : Oui ça l'est toujours faut pas... faut pas se leurrer. Je reste quand même avec le : « t'es la référence » et euh... en fait je pense que chaque patient peut l'entendre différemment. C'est-à-dire que moi quand j'avais 17 ans on va dire, avant de choisir euh... pour moi le médecin était

omniscient, il savait tout. Donc il m'aurait dit « je sais pas » je pense que ça m'aurait fait... ça m'aurait jeté un froid quand même. Aujourd'hui avec l'éducation, fin avec les études je me rends compte que c'est tout à fait normal et je peux l'entendre et c'est normal. Je me dis qu'il y a sûrement encore... il y a des patients qui sont capables de l'entendre aussi, et je pense qu'il y a des patients qui sont pas capables de l'entendre non plus. Donc du coup j'ai toujours ce rapport de se dire : « je suis la référence pour cette personne. » Elle me... c'est ça qui est très dur aussi... que j'ai du mal à supporter encore en... en médecine gé : le transfert de responsabilité. Ils y a des patients ils arrivent avec : « j'ai ça comme problème, docteur, qu'est-ce que je fais ? » Ils te mettent le truc, le sac à dos sur le dos alors qu'en fait ça... normalement ça reste leur responsabilité première et puis c'est une responsabilité partagée parce que tu vas les aider. C'est un compagnonnage, c'est un accompagnement. C'est pas censé être : je me prends tout sur le dos et je rentre à la maison aussi avec ça quoi. Et malheureusement il y a des patients qui t'apportent les choses comme ça. Et euh, faut les éduquer. On dit « l'éducation de sa patientèle », c'est un peu compliqué quand même parce que ça se fait sur des années et puis il y a des gens ils sont réfractaires au changement donc tu les changeras pas (rires). Mais euh... mais oui donc je me dis que des fois de dire au patient que tu ne sais pas, tu risques de perdre leur confiance. Alors d'un côté ils ont qu'à aller voir un autre médecin aussi fin c'est pas plus mal, le problème c'est qu'aujourd'hui bah il y a pas d'autres médecins à voir. Ils se retrouvent coincés avec toi. Et si ils perdent confiance et bah je trouve que c'est une dégradation de la qualité de soin. C'est pas tellement... alors bien évidemment ça te fait un coup à ton orgueil, il y a un part de fierté, ça c'est sûr. Mais c'est surtout de me dire : mince, ce patient je pourrais pas l'accompagner correctement parce qu'en fait il a plus confiance en moi. Moi je sais que je suis... fin... je... j'ai du mal à le dire... je sais que je suis compétent. Ah ! ça m'arrache quand même. J'ai quand même encore ce truc de me dire : je maîtrise pas tout et ça m'embête. Me dire en fait quelle est la référence ? Est-ce que c'est normal que je sache pas ça ? Est-ce que c'est normal que je maîtrise bien ça mais pas ça ? Et en fait tu vas prendre une autre personne, ça va être l'inverse et caetera. On a tous des compétences différentes. Mais on a encore ce côté culpabilisation et euh... et ouais se dire : ah mince ça je connais pas, je devrais connaître quoi ! Le traitement hormonal de la ménopause, je devrais le connaître, ça m'arrive d'en voir. La contraception je devrais en maîtriser par cœur. Bah oui mais c'est des cours que j'ai mal réviser quand j'étais externe donc bizarrement je les connais moins bien aujourd'hui. Et il y en a d'autres que je maîtrise super bien et qu'un collègue va pas maîtriser. Et euh... et ... et en fait qu'en t'es en SASPAS tu te rends compte que tes prats maîtrisent pas tout. Même des fois qu'ils font des conneries. Ils font des trucs qui sont plus recommandés et tu te dis que toi dans 30 ans

aussi... moi ça me fait peur aussi ça ! le développement professionnel continu. De se dire qu'il faut toujours être à jour et caetera, ça c'est un truc qui me fait flipper. Je me dis dans 30 ans je serai pas à jour de tout en fait, c'est impossible, tu peux pas te mettre à jour de tout en fait. Forcément je ferai des trucs obsolètes. Et si j'ai un étudiant, il va se dire la même chose que je me dis aujourd'hui envers mes prats, de dire : bah dis donc, ça date de vieux sa recommandation, elle est plus à jour ! et euh... ouais ça ça me fait... ça me fait un peu flipper quoi. Me dire aujourd'hui j'ai pas toutes les compétences, je vais les acquérir aussi avec l'expérience. Mais avec l'expérience je vais aussi prendre l'habitude de faire des choses qui sont pas forcément les bonnes quoi. Et bon... C'était quoi ta question de départ ? AH oui, savoir dire non ? savoir dire « je sais pas » fin ? ouais du coup c'est pas toujours simple... j'avoue que... fin en tant qu'interne c'est facile du coup ! beaucoup plus facile ! où je dis : bah écoutez je ne sais pas mais je vais voir avec ma prat et caetera. J'avoue que j'ai pas encore... je... tu vois j'ai un côté un peu autruche des fois sur certains problèmes parce que je sais... alors... parce que je me connais... et qu'à une époque, tous les problèmes qui m'arrivaient, il fallait que je les résolve tout de suite et c'était un problème majeur et caetera. J'ai découvert qu'avec le temps les choses se résolvent aussi d'elle-même donc maintenant j'ai travaillé aussi énormément sur moi et je sais que quand j'ai un doute ou un truc comme ça, ça sert à rien de se concentrer dessus pendant 10 ans, je vais la... pas régler le problème. Et en fait les choses vont peut-être se régler par elles-mêmes, faut faire un effort mais voilà. Donc là en fait quand je me dis : bah plus tard... je serai la seule personne en fait en face du patient, bon je pourrai demander un avis spé mais je pourrai pas dire tout le temps « bah je vais demander à ma prat » ou « je l'appelle » ou... mais tu vois ça j'y pense pas encore parce que je me dis : c'est pas grave, ça viendra après. J'ai fait un gros boulot sur moi... Et on verra quand ça viendra. Je... j'apprendrai à gérer ça comme j'ai appris à gérer d'autres choses au fur et à mesure. Hum... mais euh mais oui, oui c'est quelque fois un peu flippant de se dire qu'on est bah tout seul en fait dans le cabinet face à la personne. On n'a pas une équipe derrière nous, on n'est pas comme à l'hôpital. Et donc on est le « sachant ». Et euh... et des fois t'as des patients qui savent mieux que toi certains trucs, t'es là : euh... oui... ? d'accord... le diabète ? non mais je vous laisse gérer hein vos unités d'insuline, tout va bien ! vous vous en sortez très bien (rires). Donc oui non c'est pas facile des fois surtout qu'on a pas accès aux spécialistes facilement. Je pense qu'on aurait accès facilement au spécialiste, ou même pas téléphone, beaucoup plus difficile aujourd'hui, ce serait plus facile de dire : « bah écoutez là je sais pas, je me renseigne, ou je vais demander à un confrère et caetera. » On le fait aussi, on le fait. Mais sur des choses où on se dit que je suis censée maîtriser, on sent... tu vois « je suis censée ». alors je sais ce qui dit que on est « censé

de » hein ! Parce que si c'est tout le programme de l'ECN qu'on est censé maîtriser alors on a plus besoin de spécialistes, on sait tout. Donc c'est normal de pas savoir des choses mais on a encore ce côté « je suis censée », je l'ai appris ! je devrais le savoir ! J'ai moins de difficultés à dire : « bah écoutez, moi j'en sais rien, on ne nous l'apprend pas en médecine ». Sur la puériculture ou des trucs comme ça, là par contre j'ai aucun état d'âme. Et euh... et je vais avoir d'ailleurs plus de plaisir à me renseigner dessus, à me former dessus, parce que ça vient de mon initiative personnelle plutôt que reprendre quelque chose que je suis censée savoir mais que là je ne sais plus. Et là je vais prendre beaucoup moins de plaisir à aller reprendre ça, parce que je me dis euh... je... je suis coupable, je suis fautive, je sais pas ça. Hein, il y a un sentiment de culpabilité aussi là-dedans. Et alors t'as... t'as du mal à te l'admettre à toi-même alors des fois l'admettre au patient... compliqué ouais.

D : ok bah merci infiniment pour ton partage. C'est incroyable. Est-ce que tu vois d'autres situations, d'autres choses à rajouter ?

I6 : oh bah non je pense qu'on a fait le tour et puis on pourrait en parler des heures et des heures. C'est un sujet très intéressant et puis je pense que chaque personne en fonction de sa personnalité fait différemment donc euh... Donc oui non non mais... oui moi je sais que tout ça moi j'aurais pas pu le traverser sans mon père, globalement. C'est... euh... c'est quand même des études qui sont très dures, pas que émotionnelles en fait, que ce soit dans tous les domaines, que ce soit ce qu'on te demande d'acquérir, émotionnellement, les situations auxquelles t'es confrontée. Ça j'ai... fin... j'ai jamais eu trop trop de difficulté à gérer les situations difficiles dans le sens euh... alors j'ai oui j'ai une patiente qui est décédée dans mes bras aux urgences, ça m'est arrivée mais... j'arrive plutôt bien à gérer ça. Alors est-ce que c'est parce que justement j'ai un recours facile et que je suis pas toute seule, je rentre pas à la maison toute seule, j'ai quelqu'un à qui parler. Mais ça ça a jamais été un énorme problème pour moi. J'ai toujours plutôt, par contre eu des soucis sur ma compétence personnelle, sur ma remise en question de moi-même en fait. Parce que j'aime les gens aussi, parce que je suis aussi à l'aise aussi avec les gens. Donc du coup j'essaie de... je pense que j'apporte un quelque chose... j'espère... mais là-dessus pour le coup je pense que je peux être très compétente. Mais oui oui c'est très dur et c'est une construction à la fois euh... c'est pas professionnel en fait c'est... tu changes avec tes études... tu changes avec ton parcours en médecine, tu... tu travailles sur toi, tu prends 10 ans en l'espace de... déjà tu prends 5 ans en l'espace d'une année et après en fait on n'a pas... on n'a pas 30 ans dans notre tête, en fait on en a beaucoup plus. Et d'un autre côté on est aussi

beaucoup plus immature sur certaines choses mais c'est normal parce que... voilà, on, on... on est dans des études très longtemps donc on n'a pas une vie normale. Mais euh... mais oui je pense que... mais oui j'aurais pas pu supporter tout ça sans... sans ma famille. Ça a été un soutien émotionnel très important et j'aurais arrêté depuis longtemps s'ils avaient pas été là.

D : c'est vrai que tu as une estimation haute du rôle de médecin, tu m'as dit souvent « être médecin, c'est être compétent ». C'est quelque chose qui est ressorti.

I6 : tout à fait. Ouais, ouais, bah parce qu'aussi euh... bah j'ai personne dans ma famille qui a fait ce métier, et en fait c'est le regard que j'avais en tant que néophyte. Du « sachant » en fait, du savoir. Et en fait tu fais 10 ans d'études, merde c'est pas pour rien quoi ! en fait tu te rends compte que tu maîtriseras jamais tout en fait. Mais ça c'est difficile de... de l'admettre. Mais oui j'ai, j'ai... c'est sûr. En fait on tombe un peu de notre chaise quand on découvre ça, quand on découvre le salaire qu'on est payé, les contraintes à côté, et caetera, on se rend compte qu'en fait le médecin n'est plus le notaire qu'il était il y a 20 ans ou 30 ans, mes prats qui arrêtent pas de me le dire, il y en a un qui a 50 ans et l'autre plus de 60 ans, et ils ont vu l'évolution hein sur ces dernières années, sur ces 30 dernières années... Donc oui le médecin n'est plus ce qu'il était mais euh... pour du bon et du mauvais d'ailleurs dans les deux sens, parce qu'il y a de l'empathie, moins de paternalisme, il y a beaucoup plus de chose, prise en charge globale, prévention, de choses qui se sont développées et c'est très bien mais euh... il y a d'autre chose aussi qui sont beaucoup moins biens. Et du coup aussi comme la science c'est développée, plus on avance, plus c'est compliqué d'être un bon médecin parce qu'en fait il y a beaucoup plus de compétences à acquérir et on te demande d'être compétents dans beaucoup plus de chose et parce qu'il ya pas les spécialistes et bah il faut que tu sois encore plus compétents dans pas mal de chose. Et donc ouais c'est, c'est dur... je pense que les années à venir vont pas être de tout repos, vont être difficile pour les médecins généralistes. Euh... et pour tout le monde, mais surtout les médecins généralistes parce qu'ils sont en première ligne. Donc oui en même temps c'est notre responsabilité et en même temps on est pas sur-humain. En fait on peut pas tout faire. Il y a ... à un moment donné il faut savoir pour nous-même dire stop, c'est-à-dire « je fais les choses suffisamment bien ». C'est comme la... euh... « enough good mother » et bah c'est pareil le médecin doit être suffisamment bon mais il ne doit pas être parfait. Et... je sais pas si c'est encore rentré dans les mœurs de la population donc c'est difficile parfois de l'expliquer au patient. De dire : bah écoutez, je ne peux pas tout savoir.

D : Si au moins toi tu as fait ce travail sur toi c'est déjà énorme (sourire)

I6 : oui ! mais je suis encore en train de le faire et c'est pas évident ! faut un sacré paquet d'année pour être capable de le faire, et de pas s'épuiser en fait, de pas faire des RCP constamment, de pas faire des formations constamment pour être à la pointe de tout et en fait tu consultes jamais et le... il y a un prat qui m'a dit : « la médecine ça s'apprend aussi en voyant des gens en fait ». C'est comme ça aussi que tu apprends. Et euh... qui me disait bah du coup il faut faire aussi un certain nombre d'acte dans la journée parce que si tu vois pas assez de patient bah c'est sûr qu'un... un qui en voit 25-35 5 jours sur 7 par semaine, bah c'est sûr qu'en 30 ans de carrière il en verra deux fois plus que celui qui est à mi-temps euh... c'est vrai... mais en même temps on a de nouveau mode d'exercice aujourd'hui, qui nous amène à penser un petit peu plus à nous. Alors est-ce que ça fait des médecins moins compétents, moins performants ? je ne sais pas, ça ce serait le sujet d'une autre études (rires). Mais oui je pense que c'est une révolution de la médecine en fait, dans les 10 ans à venir... fin ça a déjà bien commencé mais... les modes d'exercice vont complètement changer, on a beaucoup plus de mi-temps donc ce qui fait qu'on divise aussi par 2 le nombre de médecin donc ça va poser souci sur la démographie médicale. Peut-être qu'à un moment donné on va venir nous titiller en disant : bah non, vous ne pouvez plus faire ça. Euh... notre liberté est mise en question aussi euh... je pense que c'est un... un vaste sujet. C'est un changement de vision de notre métier en fait, plus global.

D : toi cette vision a évoluée ?

I6 : oui, oui, oui bah forcément du médecin paternaliste qui sait tout qui est sur son pied d'estable et euh et à qui tu vas demander qui a toutes tes solutions à tous tes problèmes, à aujourd'hui ma version du médecin qui va faire du mi-temps, penser à sa famille, être dans l'empathie avec les gens, plus peut-être une prise en charge globale, psycho-somatique aussi, c'est-à-dire tout n'est pas lié au médicament, tout n'est pas lié au physique, faut aussi prendre en charge le psychologique, c'est passionnant ! J'adore ça ! et en même c'est hyper compliqué. Et les gens sont pas encore éduqués tous comme ça. Donc euh... d'aller chercher parfois des choses qui répondent pas à ce qu'ils te demandent. En même temps, eux ils viennent, ils veulent te demander un médicament quoi, et c'est normal, eux ils cherchent une solution. Et des fois bah leur dire : bah en fait c'est un tout petit peu plus compliqué que ça. Il va falloir que je vous revoie plusieurs fois sauf que je peux pas vous revoir plusieurs fois parce que j'ai tant de patient à voir et... fin en fait... fin voilà notre métier évolue mais on nous donne pas aussi les moyens

de le faire correctement. Donc aujourd'hui on est dans une... on est dans une phase de transformation. Peut-être on va arriver à une spécialisation du médecin généraliste. Parce qu'on pourra plus tout gérer. Le risque en fait c'est qu'on gère plus les trucs intéré... fin moi j'adore la prévention, j'adore tout ça, c'est ce que j'adore en médecine. Mais j'ai peur que ça passe à l'as dans les 30 années à venir et que ce soit relégué aux infirmières et qu'en fait on fasse plus du tout de truc intéressant quoi ! Du suivi euh... du suivi de l'enfant euh, de la prévention... Et qu'on fasse plus que du curatif comme à l'hôpital, et alors là franchement je serai malheureuse, parce que... c'est pas du tout... je pense que je changerai... si ça en venait là, je pense que je changerai de métier... j'irai vers de la PMI, j'irai... parce que... pour moi les plus belles consultations, c'est ça : c'est les consultations de grossesses, c'est les consultations de l'enfant, c'est eux... bah la pédagogie. Je reviens à mon truc de départ où j'aime la pédagogie en fait ! Donc c'est là-dedans que je me retrouve le plus. Dans le lien avec les gens.

D : hé bah merci beaucoup !

ANNEXE 4 – Entretien n°7

Femme – 26 ans – 5^{ème} semestre

D : Est-ce que tu peux me raconter un peu ton parcours d'étudiant en médecine ?

I7 : Euh... donc euh... j'ai passé le concours c'était le moment de la PACES. Je l'ai eu en redoublant. Ensuite euh... 2^{ème}-3^{ème} année c'était pas terrible. C'est pas des années que j'ai beaucoup appréciées. Euh... parce que je trouvais que c'était pas concret. Enfin c'était la partie théorique donc c'était un peu compliqué donc j'ai failli arrêter à ce moment-là mais j'ai quand même continué l'externat, qui s'est mieux passé. Et euh... après les ECN euh... ça a été une année un peu pourrie mais ça s'est passé (rires). Et je savais que, à peu près que je voulais faire médecine générale au moment des résultats donc euh... donc voilà, le choix, le choix de spé a pas été trop compliqué pour moi. Et depuis le début de l'internat ça se passe plutôt bien je trouve. Bon il y a un stage qui a été plus compliqué pour moi, du fait plus de mes chefs que du stage en lui-même mais globalement je... je trouve que c'est un... j'ai que des stages qui se sont bien passés.

D : ok.

I7 : donc voilà, c'est le gros du gros quoi (rires)

D : et qu'est-ce qui t'as fait choisir la médecine générale ?

I7 : hum... ça a été un peu compliqué le choix, fin au début de ma 6^{ème} année j'étais pas sûre du tout. Je savais pas du tout ce que je voulais faire. Et en fait à [ville] on passe tous en médecine générale en tant qu'externe en 6^{ème} année, ce que je trouve génial. Et euh dès que j'ai eu un pied au cabinet je me suis dit bah c'est quand même génial, on voit beaucoup de chose, il y a un... un truc qui m'intéresse beaucoup c'est la liberté de... libéral, hospitalier, en fait t'as un choix qui est immense en tant que médecin généraliste, c'est-à-dire que même si tu te rends compte à la fin de ton internat que tu veux pas faire de cabinet bah c'est pas du tout un problème quoi. Et euh ça je trouvais ça hyper rassurant et euh... bah j'aime bien faire de tout fin... les autres spés qui auraient pu m'intéresser c'était des spés un peu transversales fin, type rhumato ou ce genre

de chose. Et au final euh... (soupir) au moment des choix je me suis dit : bah la med gé c'est quand même... voilà, vraiment la liberté quoi et le transversal. Donc là-dessus j'ai pas vraiment hésité.

D : ok. Super. Donc moi dans mon travail de thèse, j'ai choisi d'explorer le vécu des internes face à des situations cliniques qui peuvent générer un sentiment d'impuissance ou un ressenti d'impasse. Est-ce que tu aurais une situation que tu aurais vécu, que tu pourrais raconter, dans laquelle tu aurais ressenti ce genre de sentiment ?

I7 : Tu m'as dit impuissance et... ?

D : ou un ressenti d'impasse

I7 : Euh... bah en fait j'ai une... bah après c'était de l'impuissance mais en même temps c'était de l'impuissance qui était un peu logique. J'ai un patient qui m'a marqué que j'ai perdu quand j'étais en gériatrie euh... un patient Covid en fait et c'était la 2^{ème} vague du covid. Du coup j'étais en secteur covid avec les ... que les patients âgés réa moins. Donc mine de rien bah l'impuissance elle est déjà importante parce que tu les mets sous oxygène et puis t'attends. Fin je caricature énormément hein parce qu'on met quand même d'autres traitements mais c'était beaucoup du palliatif malheureusement. Et en fait j'ai un patient qui est... qu'est... qu'est décédé très rapidement sous mes yeux et ça, ça a été pour moi vraiment la remise en question de en fait... en fait c'est nul ce qu'on fait, tu vois ! C'était un peu dur, mais j'ai rien pu faire, fin vraiment. Et je savais très bien, depuis le début on sait que ça va se terminer comme ça mais là c'est... là je l'ai vraiment vu quoi de mes propres yeux et... c'est assez violent de se rendre compte qu'on a nos limites et euh... fin je pense qu'il y en a eu, il y a sûrement d'autres situations mais en tout cas celle-là c'est celle qui est la plus vive dans mon esprit on va dire.

D : comment tu t'es ressentie dans cette situation ?

I7 : Bah très... je sais pas, je pense pas que j'étais choquée, mais j'étais juste hum... bah triste et un peu vidée en fait, fin vidée de... bah on fait tout ça et en fait bah voilà il y a des patients qui décèdent et on le sait mais c'est... le fait de le vivre... fin en fait après il y a eu beaucoup de décès à ce moment-là donc je pense que ça a été un petit truc en plus mais euh... et ouais cette impuissance de se dire bah là je pouvais rien faire de plus mais... mais peut-être que

j'aurais pu faire d'autres trucs quand même parce qu'en fait il est parti pas de manière optimale quoi, ça a été... je pense qu'il a souffert et tout et c'était affreux. Donc euh... ouais c'était pas terrible... ouais... c'était pas terrible (rires)

D : tu dis : « c'était affreux », ça veut dire quoi ?

I7 : C'était affreux bah parce que c'était... fin voir quelqu'un mourir c'est affreux en fait, c'est pas quelque chose, fin... on est médecin, on sait très bien qu'on va être mis face à la mort et à des situations difficiles. Et j'en ai eu d'autre mais là vraiment j'ai l'image du patient en tête quoi, fin c'est un truc qui... je sais pas si c'est un... traumatisme, je sais pas si on peut parler de traumatisme mais... euh, c'est très, voilà, je m'en souviens, très très très bien. (rires) c'est pas un truc dont j'ai envie de me souvenir mais... donc euh ouais c'était assez affreux ouais je trouvais.

D : sur le coup physiquement ça a généré quoi en toi ?

I7 : (surprise) je sais pas trop te dire je t'avoue euh... physiquement ? je pense que j'étais fatiguée à ce moment-là mais c'était un tout. Je pense pas que j'ai ressenti quelque chose vraiment physique euh... fin pas... pas du stress ou de l'anxiété, pas ce genre de chose. Ça j'ai pas... c'était vraiment moralement je pense que ça a été compliqué, physiquement j'ai pas été trop... ça m'a pas marquée en tout cas, je peux pas te dire beaucoup plus là-dessus (rires)

D : ouais, moralement, sur le rapprochement avec la mort du coup comme tu disais tout à l'heure ?

I7 : ouais parce qu'en fait ça a été une remise euh... j'avais eu pas mal de patients qui étaient décédés mais ça a été une remise en question et aussi des questionnements vis-à-vis fin tu vois la vie la mort tout ça. C'est très large hein comme questionnement mais je trouve que c'est des questionnements qu'on est obligé d'avoir à un moment en médecine parce qu'on est face à ça euh de manière euh brutale en fait et puis du coup t'es obligé de te poser des questions de... bah qu'est-ce qui a derrière ou euh... à quoi ça mène ou euh... puis de me dire bah ce monsieur il a eu une vie riche et il est mort d'une façon un peu euh... bah pas nulle parce qu'il y a pas de bonne façon de mourir mais un peu euh... (soupir) fin il était très bien la veille et il est décédé

en 24h quoi, je me dis c'est... ça peut aller très très vite quoi. La fragilité de la vie ! c'est un... je pense que j'ai été mise face à ça quoi, aussi, un peu. En tout cas sur ce cas ouais (rires)

D : qu'est-ce que ça provoque en toi le fait d'être mise en face de la fragilité de la vie ?

I7 : bah... euh on... on voit les choses différemment on se dit bon bah (rires) on va peut-être profiter un peu quoi (rires). Je caricature aussi parce que voilà c'est, ça a pas changé considérablement ma façon de vivre mais ça m'a... ça m'a... au début j'ai un peu décroché de la méde... fin pas de la médecine mais j'avais besoin de retrouver un sens dans ce que je faisais quand même, parce que je me suis dit euh... bah en fait quoi qu'on fasse il y a des gens qui vont mourir mais d'un autre côté on peut quand même euh... on peut changer beaucoup de chose en fait avant tout ça en tant que médecin et on a ... on a un poids qui est hyper important là-dessus et euh... et je me suis raccrochée à ça on va dire derrière parce que je... vraiment j'étais mode négative je crois à ce moment-là, très négative ! juste après ça...

D : négative dans ta vision des choses ?

I7 : ouais, de euh... on va tous mourir, ah c'était (rires) ! pareil je caricature mais vraiment... bah en fait ça mène à rien, fin il y a pas de sens à tout ça et vraiment la médecine ça permet de donner un... on a quand même un métier qui a beaucoup de sens, on est vraiment... ce qu'on fait on voit les résultats directement fin c'est... ce qui est pas le cas dans tous les métiers. Et euh... et j'ai de la chance d'avoir un métier qui me donne du sens parce que des fois... il y en a plus trop quoi.

D : ok. T'as dit tout à l'heure : « c'est difficile de voir qu'on a nos limites. » qu'est-ce que ça veut dire pour toi ?

I7 : ouais, bah parce qu'en fait on... on... travailler avec l'humain c'est travailler avec la personne que tu es, je pense. Et on est tous différent sur plein de sujet et il y a des sujets qu'on va plus gérer que d'autre. Et en fait euh, je trouve qu'en médecine on est pas... après c'est difficile d'être préparé à ça parce qu'on aura beau nous dire : « vous allez avoir des situations difficiles de gens, de mort, je sais pas des gens qui auront des maladies graves euh, vivre des violences, machin... » bah euh... on a beau le savoir, une fois qu'on est face à la personne qui nous exprime tout ça, bah euh... savoir accepter l'information et réagir en fonction euh... bah

moi je me suis rendue compte qu'il y a certains sujets où voilà bah je gérais moins quoi. Peut-être parce que ça me touchait plus ou parce que je connaissais moins aussi parce qu'il y a des gens qui me partagent des choses où... bah je reste une personne de 26 ans qui n'a pas non plus vécu des choses euh... fin je trouve qu'on est jeune quoi ! on n'a pas vécu des choses incroyables, fin peut-être que si mais pas tous et... et du coup on... voilà on se rend compte qu'on peut pas tout gérer et... et je pense que c'est hyper important en tant que médecin de savoir ces limites pour savoir aussi quand est-ce qu'on doit aussi passer la main ou... ou peut-être se renseigner plus sur le sujet ou se former, et caetera... Donc euh... mais je trouve qu'on les... fin je les ai plus retrouvés pendant mon internat quoi, fin c'est vraiment là que je me suis... que j'ai découvert mes limites, clairement. Pendant l'externat on est un peu plus mis, alors pas à l'écart, mais on est moins face aux, aux choses directement, on a pas la responsabilité de nos décisions directement et du coup on a pas ce poids en plus quoi. Parce que je l'ai ressenti comme ça en tout cas.

D : ok. Je voulais revenir sur quelque chose et j'ai oublié...

I7 : (rires) vas-y prends ton temps !

D : c'est pas grave, ça me reviendra... ouais ça me reviendra... hum... Pour revenir sur la situation-là que tu as vécu avec ton patient, est-ce que toutes les émotions qui t'ont traversée ça a eu un impact, des répercussions sur ta prise en charge ?

I7 : hum... euh... alors sur la prise en charge en tant que telle, médicale 100%, non parce qu'au final euh... fin si j'ai quand même fait plus attention je pense parce qu'en fait... ce qui a changé c'était euh... puisque c'était la période covid on avait, bah déjà on avait beaucoup de fin de vie. Je pense que je faisais plus attention à... à mon... fin à gérer plus rapidement les choses parce que nous, fin on a pas été assez rapides sur cette situation-là. Et j'ai fait plus attention aux familles aussi parce que du coup on... j'ai eu des patients où... où j'ai préparé plus rapidement les patients à la suite parce qu'en fait je me rendais compte que ça allait beaucoup plus vite que prévu et... et je me suis même un peu pris la tête avec ma chef à l'époque parce qu'elle ne voulait pas qu'il y ait des visites et moi j'étais pas d'accord avec elle et je lui ai dit : on peut pas ne pas laisser les visites en fait. Même covid ou pas. Donc il y avait une petite zone de conflit aussi à ce moment-là. Donc ça a un peu... je pense que j'ai fait plus attention à plus l'entourage

et à... aux situations personnelles qu'à la prise en charge médicale parce que la prise en charge médicale je la connais et en soi je pouvais rien y changer quoi, malheureusement.

D : donc pour les situations d'après du coup ?

I7 : ouais, pour les patients d'après.

D : Et pour ton patient là ? cette situation où tu dis que c'était affreux, où tu t'es sentie mal ? est-ce que du coup ta prise en charge a été modifiée ?

I7 : pour lui ? non. Bah en fait j'ai pas eu le temps. Je suis arrivée le matin, il était à 15L aux masques euh... je suis partie la veille il avait 4L, il était bien, je lui ai parlé en partant. Et le matin il était à 15L en fait, fin c'était... j'ai... en fait je suis rentrée... ce qui s'est passé exactement c'est que je suis arrivée aux transmissions on m'a dit : « il est à 15L, on a débuté la morphine et l'hypnovel. » Je suis allée m'habiller, je suis rentrée dans sa chambre. Il est décédé quoi. Fin vraiment, sans transition quoi. Il est décédé, fin en plus il est tombé de son lit parce qu'il a essayé de se lever. Donc moi je l'ai récupéré par terre bleu, fin il était bleu quoi ! et du coup j'ai appelé du monde pour le remettre dans le lit et en fait il est décédé là, fin c'était ... donc j'ai rien eu le temps de faire, juste eu le temps d'être là quoi. Pour le coup euh vraiment, non j'ai rien pu faire.

D : ok. Quelles ont été les ressources qui ont pu t'aider pour faire face à cette situation ?

I7 : Hum... mes amis, mes co-internes, un peu l'équipe para-médicale, on en a parlé un petit peu. J'aurais bien voulu que mes chefs en parlent un peu avec moi mais ils ne l'ont pas fait. Ça, ça a été un peu un déception pour moi. Euh... même si après on m'en a reparlé en disant : « on n'a pas cru que ça avait été compliqué pour toi, désolée. » Mais en fait c'était peut-être 2 semaines... fin je finissais mon stage quasiment donc c'est gentil mais c'est un peu do... c'est un peu dommage. Donc je pense que c'est mes co-internes et vraiment mes amis internes. Parce que en fait ce genre de chose j'ai du mal à en parler avec euh... j'en ai parlé à d'autres amis qui sont pas internes mais je pense que c'est pas... la portée est pas la même pour eux. Et ma famille un petit peu mais pareil j'ose pas trop parce que je veux pas non plus... ils sont pas du tout dans le médical et euh je sais que c'est pas... bah c'est un peu violent pour eux donc euh... donc ouais plus l'entourage médical en fait sur mes co-internes.

D : et à l'avenir est-ce qu'il y aurait des ressources dont tu aurais besoin qui pourraient t'aider pour euh... pour gérer ces situations ?

I7 : bah j'aurais bien, j'aurais bien voulu qu'il y ait hum... dans le stage euh avec l'équipe un temps en fait pour discuter de tout ça parce que hum... et même j... je pense même à d'autres stages parce que quand j'étais en pédiatrie après aussi on avait une situation très compliquée avec un enfant en fin de vie. Et je me dis : en fait on sait tous qu'on le vit mal, parce que en fait on est tous humain. Après on le vit plus ou moins mal on va dire mais... on sait que c'est compliqué et ce que je comprenais pas c'est qu'on ait pas un temps médecin-interne-para-med juste pour se dire bah « comment vous l'avez vécu quoi ? ». Parce que j'ai discuté avec une infirmière en particulier qui m'avait dit que elle, elle avait été très mal après ça. Et je me suis dit : mais c'est dommage parce qu'en fait on est... on est... on a tous vécu la même chose, on sait tous que c'est compliqué et à aucun moment on s'est dit bah « venez on en discute » fin... Je... ouais ça je trouvais ça hyper dommage. Et j'en ai parlé à mes chefs à l'époque et ils m'ont dit « oui mais... » Après je pense pas que ça ait été mis en place après mais... Et euh... après je savais qu'il y avait d'autres ressources euh... je sais qu'il y a une cellule d'aide pour les internes mais j'ai pas non plus ressenti le besoin d'aller jusque-là à ce moment-là.

D : ok, ok. Tu saurais dire pourquoi dans cette situation tu as eu ce sentiment d'impuissance ?

I7 : Hum... bah le fait que ça ait été très rapide et que quand je suis arrivée c'était trop tard, fin c'est ça vraiment le... le timing en quelque sorte. Je sais pas si c'est un bon mot en médecine, après c'est toujours une question de timing mais... euh... vraiment fin... ouais je me suis dit (soupir)... fin même si la veille je m'étais posée la question ça aurait rien changé en fait parce qu'il s'est dégradé tellement vite que... je pense que objectivement et médicalement parlant j'aurais rien pu faire de plus. Et du coup oui c'est de l'impuissance médicale mais en fait elle est là on sait bien qu'on soignera pas tout le monde et que c'est un fait et que... mais euh... mais même si on le sait, le vivre à travers un patient c'est différent.

D : ok, et du coup est-ce que pour toi, tu me dis que on sait qu'on sauvera pas tout le monde, est-ce que pour toi il va être difficile de dire à un patient que tu ne sais plus quoi faire ou qu'il n'y a plus rien à faire ?

I7 : hum... (réfléchis) difficile je pense pas, je pense que j'arriverai à le faire. J'ai déjà dit à des patients que j'étais dans une impasse où je ne savais plus quoi faire. Et en fait je me rends compte qu'il faut mieux le dire en fait parce que ça permet une meilleure acceptation je pense en face. Et euh... ça fait aussi parti de « je découvre mes limites et je les accepte » aussi. T'es euh... du médecin en fait. Après fin... là comme je suis au cabinet j'ai un rapport un peu plus privilégié avec mes patients donc on a le côté chronique donc au final puisqu'on un lien avec le patient, venir leur dire au bout d'un moment, des années de suivi avec des maladies chroniques, on leur dit « bah là on est arrivé au bout », je pense que c'est différent d'un patient à l'hôpital qu'on connaît depuis 4 jours et on lui dit « bah en fait là on va s'arrêter là ». La portée est différente je pense et... je pense en tant que médecin généraliste on a plus cette chance de pouvoir amener les choses plus doucement avec les patients et... donc... et donc de mieux l'amener et je pense que je me sentirai de le faire quand même, et d'autant plus que je me rends compte que c'est important de le faire en fait. Ça c'est sûr.

D : et comment tu vois ton rôle de médecin du coup après coup ?

I7 : (rires) c'est assez large ça comme question. Par rapport à cette situation ou en général ?

D : bah là tu me parles de la médecine générale où on peut l'amener doucement et ... ?

I7 : ouais bah je trouve qu'on a un rôle qui est tellement large en tant que médecin généraliste. Bon rôle de soin pur c'est sûr, pour l'aigu. Rôle de suivi pour toutes les maladies chroniques. La prévention je me rends compte de plus en plus, quelque chose qui est hyper important. Hum... Je me suis rendue compte aussi qu'on faisait beaucoup de rôle de psy en ce moment (rires). Hum... par le manque de psy aussi hein malheureusement. Hum... Rôle d'accompagnement, de soutien. Fin en fait on est... on est tellement multitâche qu'on en devient... fin moi je trouve ça... c'est à la fois hyper valorisant et aussi hyper compliqué aussi parce que on se retrouve dans de situations que moi j'avais pas prévu hein de gérer des patients qui venaient de se faire, je sais pas, quitter par leur conjoint (soupir). Oui en effet ils se... c'est important et je suis médecin mais ça m'est arrivé récemment en consultation et je pensais pas devoir euh gérer ça quoi on va dire en quelque sorte, même si ça paraît logique. Donc ouais on est quand même très multitâche donc euh... Donc oui je trouve c'est, on a beaucoup de casquettes en tant que médecin généraliste. En tout cas je parle du cabinet je pense en particulier.

D : ouais. Et justement sur cette situation avec cette femme qui s'était fait quitter, c'était difficile pour toi ?

I7 : ouais (rires). Oui parce que euh... là il y a eu la question de la légitimité en fait. Et ça c'est pas la première fois que je me... pour beaucoup de patient qui m'amène la question de leur vie euh quotidienne, voilà euh... difficulté avec leur famille et tout ça, la légitimité de euh... alors je pense pas qu'ils attendent des conseils parce qu'en vrai là il y a pas de conseil à donner. Je pense qu'elle avait besoin que je l'écoute. Mais donner des conseils de vie à une dame qui a deux fois mon âge, 2 enfants. Je me suis dit : à quel point je suis légitime là pour euh... pour lui dire quoi faire en fait fin... ça aurait pu être ma mère en fait. Donc c'est pour ça. Là la légitimité je me la suis beaucoup posée sur ces... sur mon stage de SASPAS parce que je trouve qu'on a vraiment des situations bah... si on l'a pas vécu... et je souhaite pas non plus à tous les internes de vivre cette situation parce qu'on en a pas non plus envie mais euh... bah voilà c'est... prendre un recul énorme pour essayer de comprendre où en est le patient et peut-être plus guider plus que... et écouter plus que de conseiller mais... bah les gens ils attendent quand même derrière une réaction du médecin, ils veulent pas juste qu'on les écoute en disant « Hum hum, c'est pas cool. » Il faut... ils veulent quelque chose. Donc parfois faut vraiment aller chercher dans ces ressources en se disant : bah voilà, qu'est-ce que je vais dire ? qu'est-ce que je vais faire ? et euh... et aussi savoir que, je me dis que notre parole elle a un impact qui est important aussi donc euh... je veux pas non plus dire n'importe quoi. J'ai des patients qui m'ont déjà fait part de phrases qui avaient été dites par un médecin et qui avaient été beaucoup marqués par ça et je me dis : bah (soupir) voilà, on a quand même une responsabilité aussi là-dedans quoi. Beaucoup de chose...

D : Une responsabilité qui est pas forcément facile pour toi à chaque fois si je comprends bien... ?

I7 : oui parce qu'en fait euh... voilà on a une responsabilité qui est énorme avec une charge mentale qui est énorme et je me dis que c'est sûr qu'on va faire des bourdes et qu'on va se tromper. C'est sûr ! fin, on est humain et euh... et... et ça aussi faut qu'on l'accepte et bah voilà ça passe par des erreurs, des remises en question, des patients qui sont pas contents, où qui seront pas satisfaits, même juste pas contents, ils vont pas forcément dire qu'ils sont pas

contents mais on sentira qu'ils sont pas satisfaits et... et faut bah... ouais ça arrivera, c'est comme ça !

D : ok, merci beaucoup pour tout ça ! Est-ce que tu vois d'autres situations où... ?

I7 : d'autres situations d'impuissance ?

D : ou d'autres choses que ça t'ouvre tous ces questionnements ?

I7 : bah moi je me suis beaucoup posée des questions sur les patients victime de violence où pareil... l'impuissance est quand même assez énorme chez le médecin globalement. Bah parce que quand c'est des adultes on peut pas... à part les aider à s'extraire du milieu on peut pas faire grand-chose. Ça c'était beaucoup de questionnement pour moi aussi, et sachant que j'en ai eu beaucoup en consultations en fait. Je pense parce que je les ai dépistés beaucoup (rires). Mais du coup euh, là aussi je me suis sentie vraiment à la masse on va dire. Voilà, c'est les premiers trucs qui me viennent à l'esprit, on va dire.

D : et dans ces situations de violence, tu vas ressentir quoi comme émotions ?

I7 : bah de colère quand même, on va pas s'en cacher. Donc euh je suis en colère, je suis un peu triste quand même et surtout euh... je pense que la tristesse, c'est pas vraiment de la tristesse face au patient, c'est de me rendre compte de l'ampleur de ces situations qui sont importantes. Et surtout par contre une envie de... peut-être un surinvestissement en me disant qu'il faut absolument que je fasse quelque chose quoi. Qui est pas toujours très sain je pense mais. Mais vraiment l'envie de : « là il faut que j'agisse » quoi. Et sauf qu'on arrive rapidement à des... bah à des impasses là pour le coup. Quand la patiente ou le patient veulent pas... on ne peut rien faire.

D : pourquoi ce surinvestissement il est pas toujours très sain ?

I7 : Bah parce que en fait ça... quand je disais qu'il y avait des sujets qui nous touchait plus, bah en l'occurrence ce sujet est un sujet qui me touche beaucoup en médecine générale et euh... et je sais qu'il... si je m'investis trop à un moment on se perd un peu là-dedans et on se met en échec et on commence un peu à prendre les choses pour nous en se disant bah « j'ai pas réussi

à sortir la personne de cette situation. » mais d'un autre côté euh... bah on... j'y arriverai pas à chaque fois je pense. Et si je m'attriste à chaque fois de la situation fin... je vais être déprimée quoi (rires). Je vais pas être... le moral va pas être au beau fixe quoi ! Donc je pense qu'il faut que je prenne du recul là-dessus et je m'en suis rendue compte mais... l'investissement est important mais peut-être que le surinvestissement faut... il faut savoir mettre les limites, bah là pour le coup c'est important. Hum...

D : Tu dis qu'il faut prendre du recul, parce que t'as senti que tu n'en mettais pas assez ?

I7 : (soupir) bah des fois ouais j'étais un peu... Ouais si, si il y a une situation dont je me souviens, bah encore une fois récente. Et après la situation j'ai dû faire une pause quoi (soupir) parce qu'il y avait beaucoup de chose et euh...et j'avais même programmé 30 minutes de consultation exprès parce que je savais que la dame venait pour ça, et en fait je me suis pris toute son histoire en plaine tronche en quelque sort et euh... et euh... là je me suis dit (soupir) faut je pose les choses quand même. Ça faisait beaucoup d'information. Donc euh là ouais, là j'ai dit... j'ai dû prendre du recul en me disant : « c'est bon elle t'a raconté, maintenant faut l'accompagner. » voilà (rires) On va faire les choses une par une, tranquillement. Mais elle je m'en souviens bien !

D : parce que ça a été très riche ?

I7 : très riche ouais, bah elle m'a tout raconté, les détails... tout tout tout. Et elle était particulièrement mal, même physiquement ça transparait. Quand elle était assise bah... ça se voyait quoi, il y avait une anxiété qui débordait de partout donc euh, bah du coup fin, bah ça aussi le... la parole c'est quelque chose mais le non verbal il est important quoi. Et là du coup il disait tout. Je pense que même si j'avais pas été au courant euh... parce que du coup j'avais été mise en courant par son conjoint euh... euh... bah là ça se voyait quoi. Donc bon.

D : et comment t'as vécu cette anxiété qui transparissait justement ?

I7 : bah j'essayais vraiment d'apaiser les choses en disant bon voilà on est dans une zone de sécurité donc tout ce que vous allez me dire là, ça reste là. Et en fait euh... bon elle s'est un petit peu détendue pendant la consult franchement euh... elle a eu du mal. En même temps puisqu'elle m'a tout raconté, ça a tout réveillé quoi. Je lui ai dit qu'elle était pas obligé de

raconter mais elle avait envie et euh... et du coup bah voilà j'ai écouté mais... mais c'était difficile. Moi j'ai essayé de pas me stresser et de rester calme mais... voilà il faut travailler un petit peu là-dessus quoi. Ouais...

D : ça a beaucoup provoqué d'émotions chez toi ?

I7 : ouais parce que déjà c'était pas la première et euh... et euh... ouais ouais là je me suis dit... bah ça m'a donné envie de bosser là-dedans et en fait d'approfondir mes connaissances sur ce sujet parce que je me suis dit euh... « stop » quoi. Il y en a trop et j'ai envie de vraiment mieux savoir gérer ces situations. Donc ça a été un petit peu... bah j'avais déjà ça en tête mais là c'est un peu le truc qui a confirmé que je voulais bosser là-dedans quoi.

D : ok. Ok trop bien. Bah non mais c'est déjà vachement bien tout ce qu'on a dit... tu vois d'autres choses ?

I7 : là comme ça... je pense que je peux toujours te trouver un truc à dire mais (rires). Il y a déjà pas mal de matière.

D : non mais t'as parlé de beaucoup de chose parce que ... t'as parlé de la quête de sens que tu voulais trouver dans ton travail, t'as parlé de nos limites, du fait que... qu'on pouvait pas sauver tout le monde, et que finalement c'était dans les violences que toi tu sentais que tu voulais t'investir. Ça fait beaucoup !

I7 : c'est pas mal !

NOM : PIVET VILLEMAIN

PRENOM : Diane

Titre de Thèse : Analyse du vécu du sentiment d'impuissance par les internes de médecine générale. Explorations des répercussions personnelles et professionnelles.

RESUME

CONTEXTE

Dans le cadre d'un travail de thèse pour le doctorat d'interne de médecine générale, nous avons analysé le sentiment d'impuissance auquel l'interne est confronté régulièrement au cours de son cursus. Notre expérience personnelle nous a fait remarquer que l'expérimentation de l'impuissance vient ébranler le soignant dans son positionnement professionnel, dans son rapport au patient et au-delà dans son rapport à lui-même face à la souffrance. Nous avons donc choisi d'explorer ce constat, à savoir : en quoi la confrontation de l'interne à sa propre impuissance le façonne dans son rapport à lui-même et au patient ? Quelles en sont alors les conséquences sur le soin apporté ?

METHODE

Pour réaliser cette étude qualitative, des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès d'interne de médecine générale. Un guide d'entretien fut réalisé pour favoriser la reproductibilité des entretiens. L'analyse des verbatims a été faite en triangulation.

RESULTATS ET ANALYSE

9 internes de médecine générale volontaires ont été interrogés au cours de l'hiver 2022. Il apparaît que l'expérimentation de l'impuissance est partagée par l'ensemble des professionnels. L'étude montre trois expériences possibles : le vécu du deuil de la toute-puissance face à la souffrance et la mort, une expérience de trauma, ou la mise en place d'une impuissance acquise au point d'enrayer sa pratique par la fuite et la dépersonnalisation du soin. Le vécu de telles expériences engendre une fatigue physique et psychique et vient fragiliser la santé mentale des internes par l'angoisse et les émotions négatives engendrées. Par ailleurs, être confronté à l'impuissance vient parfois bouleverser l'interne dans son questionnement existentiel.

CONCLUSION

Si la confrontation à l'impuissance peut amener une fragilité psychique chez l'interne, nous faisons ici l'hypothèse que cette expérience permettrait une ouverture vers la dimension émotionnelle du sujet, le questionnement du sens du soin, voir le questionnement du sens de la vie face à l'humanité souffrante. Ce questionnement est vu ici comme une ouverture à la dimension spirituelle du soignant venant en miroir du questionnement spirituel du patient pour ensuite le soutenir.

En ouverture de ce travail, nous proposons la création d'un groupe de parole centré sur l'impuissance comme levier de réflexion sur une posture professionnelle holistique.

MOTS-CLES

Powerlessness, Spiritual care, Emotions