

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Nolwenn BOUCHET et Léa FRENILLOT

Le 21 octobre 2021

Gestion des émotions vécues par les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse au cours de la prise en charge des patients

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Directrice de thèse : Dr Laëtitia GIMENEZ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Président

Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU

Assesseur

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ

Assesseure

Madame le Docteur Élisabeth BACHELARD

Assesseure





**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Fionnis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Frank
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIÈRE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicole
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELUSLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire Associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Frank
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul

Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire Associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RALHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROGHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENOUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur ARBUS Louis	Professeur SIMON Jacques
Professeur ARLET Philippe	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur BOUTAULT Frank	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur CHAMONTIN Bernard	
Professeur CHAP Hugues	
Professeur CONTE Jean	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur DELUSLE Marie-Bernadette	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur GRAND Alain	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur LAGARRIGUE Jacques	
Professeur LANG Thierry	
Professeur LAURENT Guy	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur MAGNAVAL Jean-François	
Professeur MANELFE Claude	
Professeur MASSIP Patrice	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur MOSCOVICI Jacques	
Professeur MURAT	
Professeur RISCHMANN Pascal	
Professeur RIVIERE Daniel	
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. ATTAL Michel (C.E.)	Hématologie	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odie	Médecine Interne	M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neurodiagnostic
M. BLANCHER Arlette (C.E.)	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E.)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. GALVAS Patrick (C.E.)	Généraliste	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. CARRIE Didier (C.E.)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	Mme SAVIGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SZUN Jacques	Pédiatrie
M. CHOLLET François (C.E.)	Neurologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Funct.	Mme VAYSSÉ Charlotte	Cancerologie
M. DEGUINE Olivier (C.E.)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DUCCOMMUN Bernard	Cancerologie		
M. FERRIERES Jean (C.E.)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. GAME Xavier	Urologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. GÉERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. ZOPEZ Jacques (C.E.)	Bactériologie-Virologie	Professeur Associé Médecine générale	
Mme LAMANT Laurence (C.E.)	Anatomie Pathologique	M. ABITTEBOUL Yves	
M. LANGIN Dominique (C.E.)	Nutrition	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LAUCHE Dominique (C.E.)	Médecine d'Urgence		
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme MALAVALD Sandis	
M. LIBLAU Roland (C.E.)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses		
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLNIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E.)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth (C.E.)	Cancerologie		
Mme NOURHASHEMI Fajemeh (C.E.)	Généraliste		
M. OSWALD Eric (C.E.)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARNAUD Jean (C.E.)	Biologie du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Gaël (C.E.)	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E.)	Hématologie		
M. PÉRON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E.)	Biochimie		
M. RASCOLL Olivier (C.E.)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E.)	Hématologie		
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E.)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E.)	Pédiatrie		
M. SAÏS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Junick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E.)	Biologie Cellulaire		
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie		
M. TELMON Norbert (C.E.)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E.)	Hépatogastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRID Stéphanie (C.E.)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Malika			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

**P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUIAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARDON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAID Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUMBARD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Bichimie
M. MALEGAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Pascal (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULLE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URD-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STELMUNKES André

**P.U. - P.H.
2ème classe**

M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile
M. AUSSEL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DÉCRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-ST OVIHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GULLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Généraliste
M. LEANDRI Roger	Biologie du développement, et de la reproduction
M. MARCHEDÉ Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. RENA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Steen	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Généraliste et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APDOL Paul André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Généraliste
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Blodie	Arthologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CURROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Anneïse	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Saouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRUART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurélie	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marjelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSANG Nicolas	Généraliste
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESCOBIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASD David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGÉ Benoit	Biochimie et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAUDO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurélie	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Léila

Remerciements aux membres du jury

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Professeur des Universités de Médecine Générale,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous sommes sensibles à la vive attention que vous avez bien voulu porter à notre travail. Nous saluons également tout l'engagement que vous avez accepté d'offrir aux étudiants au cours de votre carrière.

Monsieur le Docteur Émile ESCOURROU,

Maître de Conférences des Université de Médecine Générale,

Nous vous sommes reconnaissantes d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous remercions également pour l'œil critique que vous avez bien voulu poser sur les prémices de notre réflexion afin d'en guider sa rigueur scientifique.

Madame le Docteur Élisabeth BACHELARD,

Maître de stage des Universités de Médecine Générale,

Merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse. Nous connaissons votre sensibilité pour ce sujet et sommes heureuses de bénéficier de votre intérêt pour notre travail.

Madame le Docteur Laëtitia GIMENEZ,

Cheffe de Clinique Universitaire de Médecine Générale,

C'est avec gratitude et chaleureusement que nous te remercions d'avoir accepté de diriger notre travail. Merci pour tes conseils avisés, ta douceur et ton implication tout au long de cette aventure.

Remerciements de Nolwenn

À Léa,

c'est à toi que va ma première pensée sur cette page, car ce travail n'aurait pu aboutir sans ta contribution. J'ai pris plaisir à « détruire l'A20 et tant d'autres autoroutes » lors de nos grandes sessions de codage ! Merci pour ton implication. mais aussi pour ta douceur si souvent apaisante.

Aux Glins-glins,

Joanna, Marie, Marie-Alice, Viviane, Clémence, Eugénie. Vous représentez les fondations de ces années d'internat. Merci pour votre présence et votre soutien, votre tendresse et vos rires. Épaulée par des amies aussi bienveillantes que vous, on dépasse toutes ses peurs et on s'accomplit.

Aux guyanaises,

Greta, Francesca, Jade, Alexia, Oriane. À mes côtés depuis mes premières années toulousaines, et malgré la frénésie qui aura rythmé bon nombre d'entre elles, la chaleur de la team Bouilloire aura été une grande source de joie, de réconfort... et de gourmandises ! Merci d'être cette famille d'accueil chaleureuse et toujours disponible.

À Joy, Sarah, Héloïse,

je n'égrainerai pas les années mais célébrerai simplement la constance de votre amitié et de votre soutien à travers les chapitres de la vie. Merci pour votre affection et votre présence.

Aux membres de l'AIMG-MP,

avec qui j'ai eu plaisir à collaborer, et plus particulièrement Loïc, Camille, Laurie, Camo, Marion, Guillaume, Floriane, Clémence, Adeline, Félix, Mado, Axelle. C'est avec vous que j'ai pris plaisir à remettre le pied à l'étrier de l'engagement associatif. Merci pour votre énergie et ces folles aventures que nous avons partagées ensemble. Avec vous, une solide promesse : du F-U-N !

Aux membres de l'ISNAR-IMG,

une fois n'est pas coutume, je m'efforcerai de faire bref. À tous les anciens de ce beau réseau et avec une pensée particulière pour Marion, Lucie, Pierre, Anaïs, Alexandre, Marianne, Stéphane et Krabby (oui, le doublon au local et au national semblait nécessaire). J'ai aimé partager avec vous la ferveur de ces années d'engagement et d'amitiés. Puissent-elles être encore nombreuses. Merci pour ces points et surtout, bisous !

À Chantal et Sylvie,

mes « marraines bonnes-fées » qui ont croisé ma route dès le début de mon internat. Merci de m'avoir ouvert les portes de votre maison mais aussi et surtout, celles de votre cœur et de votre confiance. Plus qu'un compagnonnage, auprès de vous j'ai été initiée à la sororité et à la force intrépide. Pour mon plus grand bonheur, la ligne d'horizon de nos débats d'idées sur le monde n'est pas encore dessinée.

À Émilie, Myriam, Marie-Laurence, Philippe et Dominique,

vos différents profils ont nourri le champ des possibles de la définition du médecin généraliste. Vos sensibilités humanistes ont contribué à forger la soignante que je m'efforce de devenir. Pour tout votre accompagnement et l'amitié que vous m'offrez encore, merci.

À mes beaux-parents,

c'est avec une émotion sincère que je vous remercie de me faire l'honneur d'être présents aujourd'hui. J'adresse aussi mes remerciements à Jezabel, ma BSP, et Marian, plus nationalement connu sous le patronyme Loulou, pour vos pensées à distance.

À Patrick et Mylène,

pour votre présence à mes côtés depuis tant d'années.

À ma sœur, Manuela,

et aussi Stéphane et Quentin, merci pour votre soutien et vos encouragements depuis le début de ce parcours.

À papa,

avec qui j'aurais tant aimé partager ce moment.

À maman,

mon « poto-mitan ». Tu as toujours été là pour me soutenir et me pousser au-devant de mes craintes et mes doutes. Merci pour ton amour et la force qu'il m'a insufflée.

À Maxence,

mon soutien du quotidien. Merci de me faire cadeau chaque jour de ton oreille attentive, de tes mots qui me redonnent confiance, de ton amour qui me porte.

Remerciements de Léa

À Nolwenn,

Merci pour ton enthousiasme sans faille à chaque nouvelle idée, pour ta bienveillance, ta douceur et ton ouverture d'esprit. Merci pour toutes les blagues nulles que nous nous sommes faites après de longues heures de codage où nous avons éliminé toutes les autoroutes de France.

À mes maîtres de stage,

Merci à Dominique et Élisabeth pour leur douceur. Merci à Floflo d'être si floflo. Merci à tous mes autres MSU qui m'ont accompagnée tout au long de cet internat. Et surtout merci à Olivier d'être un vrai papa d'adoption pour ses internes, de m'avoir mise sur des skis sans dire par la suite que mon cas était désespéré, d'être aussi pipelette que moi, bref, merci pour tout chef !

Aux copains de Nevers,

À mon Raphi, à Flavio, Margoulette, Popitou. Il fait si bon d'avoir des amis comme vous. Merci pour votre tendresse, votre amour, votre joie de vivre, votre amitié qui ne se tarit jamais, et surtout, merci de continuer après tant d'années à chanter du France Gall avec moi tôt le matin.

À mon Facu, merci mon chat d'être toujours là après toutes ces années. Merci pour tous ces rires partagés, d'être parfois aussi bougon que moi, d'être toujours partante pour tout, merci pour la simplicité de notre amitié qui reste comme une évidence. Je vous aime les copains.

Aux copains de Clermont,

Merci à mon Valou, à Julia, à Junette, à Okan pour avoir toujours égayé ces études de vos rires. Merci à Camille ma poulette d'avoir toujours été à fond, pour tout. Hâte de refaire des week-end de grimpe avec toi ! Enfin, merci à mon Toto, le meilleur coloc' dont je pouvais rêver ! Merci pour toute cette complicité pendant l'externat, merci pour ton calme, ta bienveillance, tes petits plats, ta bonne humeur. Merci pour toutes ces belles vacances passées ensemble. Redescend vite de ton brouillard Dijonnais, mais prends bien garde de ne pas trop tirer à l'Est !

Aux copains d'Occitanie,

Merci aux poulettes (et au petit poulet) de Saint-Gogo pour ce super semestre ensemble !

Merci à mes deux Bretons d'amour, de m'avoir tout de suite adoptée. Il est des coups de foudre dans la vie auxquels on ne peut résister. Merci pour votre joie, votre tendresse et votre amour.

Merci à ma duchesse, pour tous ces rires, et ces reprises un peu nulles de chansons déjà bof à la base.

Merci à tous les copains de Saint-Gigi, à Lolo, de toujours rire derrière ma cloison, à sa Lolo, à Manumanu pour son déhanché « Ouh Yeah ! », à Cha' et à Sarah de chanter toujours faux et toujours fort, à Maé pour sa douceur, à Nico d'aller parfois, rien que pour nous se coucher à minuit trente, à Martin, à Mathilde. Merci à vous d'être aussi zinzins. Je vous aime tous.

À Raph,

Merci de toujours prévoir de ne jamais rien prévoir, mais de me laisser croire de temps en temps qu'on a un truc de prévu. Merci de toujours tout transformer en joie et en rire, de profiter de chaque instant. Merci pour ta tendresse. Merci d'être là, d'être toi, d'être un chat.

Enfin et surtout, à ma famille,

Vous êtes la plus belle chose qu'il m'ait été donné d'avoir.

À mes grands-parents, Anne-Ma, Jean-Ma, Malène et Armand. Merci pour votre amour et votre douceur. Merci pour tous les bons petits plats, les vacances, les balades. Merci de nous avoir permis d'avoir une si belle famille et de nous avoir transmis vos belles valeurs. Je vous aime.

Merci à tous mes oncles, tantes, cousins, cousines et même aux rapportés (dont il est vrai nous n'avons pas à nous plaindre). Anne-So, Bernard, Flo, Éric, Jeff, Céline, Tatane, Charlie, Justine, Chloé, Julie, Manon, Michael, Tommy, Cécile, Léo, Noémie, Paul, Charlotte, Pierre, Germain, Emile, Thomas, Mathieu. Merci pour votre amour sans limite et vos différences. C'est ce qui fait que nous sommes une si belle famille. Grandir auprès de vous a été une chance incroyable. Je vous aime tous.

Merci à mon Juju et mon Kiki d'être ce que vous êtes, les plus beaux cadeaux que nos parents m'aient faits. Restez libres, restez fous, amusez-vous, créez, jouez, construisez, mais surtout soyez heureux. J'ai hâte de nous voir continuer à grandir et vieillir ensemble. Je vous aime.

Enfin à mes parents, merci à vous deux pour votre sensibilité et l'amour inconditionnel et sans limites que vous portez à vos enfants. Merci de n'avoir jamais eu pour nous d'autres ambitions que notre bonheur. Merci d'être fiers de tout ce que nous sommes et de tout ce que nous serons.

Merci ma petite mounette pour ton soutien sans faille, ta force, ton courage, ton éternel optimisme, ta joie de vivre. Merci de toujours rendre les choses plus simples et plus belles. Merci de toujours être là avant même que ne je sache que j'en ai besoin. Merci pour toutes les gouttes de mépris prescrites lors de mes petites maladies. Je t'aime ma petite mounette.

Merci mon poun pour ta sensibilité et ta capacité à t'émerveiller de toutes les petites choses, merci pour ton ouverture d'esprit et ton amour pour le genre humain. Merci de m'avoir fait découvrir la musique, et de m'avoir toujours fait en détail l'inventaire du frigo. Je t'aime mon chpoun.

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

A. Introduction.....	17
A.1. Définitions.....	17
A.2. Les émotions dans la formation initiale des études médicales.....	18
A.3. Justification et objectifs de l'étude.....	19
A.4. Objectif principal et objectif secondaire de l'étude.....	20
B. Méthode.....	21
B.1. Type d'étude.....	21
B.2. Population.....	21
B.2.1. Population cible et échantillonnage.....	21
B.2.2. Recrutement.....	21
B.2.3. Recueil des données.....	21
B.2.3.1. Les entretiens.....	21
B.2.3.2. Les investigatrices.....	22
B.2.3.3. Déroulé des entretiens.....	22
B.2.3.4. Recueil des données.....	22
B.2.3.5. Analyse des données.....	23
B.2.4. Aspects éthiques et réglementaires.....	24
B.2.4.1. Le consentement.....	24
B.2.4.2. La confidentialité.....	24
B.2.4.3. Les autorisations réglementaires.....	24
C. Résultats.....	25
C.1. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	25
C.2. Description des résultats.....	26
C.2.1. Vivre des émotions dans la pratique.....	26
C.2.1.1. Capacité à repérer ses propres émotions.....	26
C.2.1.2. La profession confronte à des émotions intenses.....	27
C.2.1.3. Être interne, une posture complexe.....	29
C.2.2. Trouver la juste posture dans sa pratique.....	31
C.2.2.1. Recherche de la juste implication émotionnelle.....	31
C.2.2.2. Construire une relation de confiance avec le patient.....	33
C.2.2.3. La posture idéale du médecin : entre injonctions et idéaux.....	34
C.2.3. Mettre en place des stratégies de gestion des émotions.....	36
C.2.3.1. Exprimer ses émotions.....	36
C.2.3.2. Mettre en place des stratégies personnelles de gestion des émotions.....	37
C.2.3.3. S'appuyer sur des personnes-ressources personnelles.....	39
C.2.3.4. S'appuyer sur des personnes-ressources facultaires.....	40
C.2.3.5. S'appuyer sur des outils pédagogiques.....	43
C.2.3.6. Échanger avec l'équipe de soin.....	45
C.2.3.7. Disposer d'un temps de travail respecté.....	46
C.2.3.8. Les impacts de la pandémie de Covid-19.....	46
C.2.4. Vécu actuel et attentes des internes en matière d'accompagnement à la gestion des émotions.....	46
C.2.4.1. Regard des internes sur la formation actuelle.....	46
C.2.4.2. Les attentes des internes.....	48
C.2.4.3. Les acteurs identifiés.....	52
C.3. Schéma intégratif.....	53
D. Discussion.....	56
D.1. Forces et limites de l'étude.....	56

D.1.1. L'échantillon.....	56
D.1.2. Les investigatrices.....	56
D.1.3. Le guide d'entretien.....	56
D.1.4. Les entretiens.....	56
D.1.5. La méthode.....	57
D.1.6. La validité interne.....	57
D.1.7. La validité externe.....	57
D.2. Comparaison des résultats à la littérature.....	57
D.2.1. Le vécu d'émotions fortes dans la pratique.....	57
D.2.2. Des facteurs favorisant le vécu émotionnel intense.....	58
D.2.3. L'ambiguïté de la posture de l'interne : entre étudiant et professionnel.....	58
D.2.4. Les risques psycho-sociaux inhérents à la profession.....	59
D.2.5. La relation médecin-patient.....	60
D.2.6. Les différentes stratégies de gestion des émotions.....	60
D.2.6.1. La verbalisation des émotions.....	60
D.2.6.2. La réflexivité au travers des traces écrites.....	62
D.2.6.3. Les autres techniques d'enseignement.....	63
D.2.6.4. L'activité physique.....	64
D.2.6.5. Les méthodes de relaxation.....	64
D.2.6.6. Les activités sociales, culturelles ou de loisirs.....	64
D.2.6.7. Frein à la mise en place des moyens personnels de gestion émotionnelle.....	64
D.2.7. Les dispositifs et structures d'accompagnement.....	65
D.2.8. Les perspectives.....	66
D.2.8.1. Pour la recherche.....	66
D.2.8.2. Pour l'enseignement et la formation des étudiants.....	66
D.2.8.3. Pour la formation des MSU et des tuteurs.....	68
D.2.8.4. Pour la prévention des risques psycho-sociaux.....	68
E. Conclusion.....	69
F. Références bibliographiques.....	70
G. Annexes.....	75
G.1. Annexe 1 : Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, CNGE.....	75
G.2. Annexe 2 : Arbre des caractéristiques et des compétences de la médecine générale, WONCA.....	76
G.3. Annexe 3 : Version 1 du guide d'entretien.....	77
G.4. Annexe 4 : Version 2 du guide d'entretien.....	78
G.5. Annexe 5 : Fiche des soutiens locaux.....	79
G.6. Annexe 6 : Formulaire d'information.....	81
G.7. Annexe 7 : Formulaire de consentement.....	82
G.8. Annexe 8 : Avis du comité d'éthique du CNGE.....	83
G.9. Annexe 9 : Grille COREQ.....	84
H. Abstract.....	86

Liste des abréviations

AIMG-MP : Association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées

ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNA : Centre national d'appui

CNGE : Collège national des généralistes enseignants

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DES : Diplôme d'études spécialisées

DMG/DUMG : Département de médecine générale/Département universitaire de médecine générale

DU : Diplôme universitaire

FAYR-GP : French association of young researchers in general practice

FST : Formation spécialisée transversale

GEART : Groupes d'enseignement à la relation thérapeutique

GEP : Groupes d'échanges de pratiques

GPP : Groupes pédagogiques de proximité

GTT : Groupes tutorés thématiques

HAS : Haute autorité de santé

IMGeD : Interne de médecine générale en difficulté

ISNAR-IMG : Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale

ISNCCA : Intersyndicat national des chefs de cliniques et assistants

ISNI : Intersyndicale nationale des internes

MSU : Maître de stage des universités

PN1 : Stage chez le praticien niveau 1

QVES : Qualité de vie des étudiants en santé

RSCA : Récits de situations complexes authentiques

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SCRE : Situations cliniques rencontrées écrites

SFSE : Stage en santé de la femme et santé de l'enfant

SIMPPS : Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé

TENDEM : Tutorat des enseignants dédié aux étudiants en médecine

WONCA : World organization of family doctors

A. Introduction

A.1. Définitions

Il existe plusieurs définitions des émotions, et bien qu'elles ne soient pas consensuelles, toutes convergent vers un point commun : une émotion est passagère, en réponse à un stimulus extérieur, et provoque des modifications physiologiques (1–4).

Le dictionnaire français Larousse parle de « *trouble subi, agitation passagère causés par un sentiment vif* », de « *réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* » (1). Il existe donc tout d'abord une notion de temporalité, mais aussi d'intensité. En plus de ces deux notions, les émotions impliquent des modifications corporelles et une tendance à l'action (2).

Les manifestations de l'émotion peuvent être représentées par 5 grandes dimensions selon Klaus Scherer (4) :

- les pensées suscitées par la situation ;
- les modifications biologiques induites par l'émotion : neuronales, par une activation de circuits spécifiques avec participation des amygdales, du thalamus, du cortex pré-frontal et des aires sensitives, mais aussi, neuro-endocriniennes, par une activation du système végétatif, notamment sympathique, ainsi que par une stimulation de l'axe corticotrope ;
- une tendance à l'action : une impulsion qui peut être régulée en fonction du contexte par l'individu afin de s'adapter au mieux à la situation, et qui n'est donc pas une action de l'ordre du réflexe induite par un instinct ;
- des modifications expressives et comportementales, notamment au niveau de l'expression faciale. Ces modifications peuvent elles aussi être modulées par l'individu ;
- une expérience subjective enfin, correspondant au ressenti de l'individu.

Les émotions ont une fonction d'adaptation de l'être humain à son environnement. Elles sont une source d'information, un facilitateur de l'action, un support au processus décisionnel (4). Cependant, leur intensité et la tendance à l'action qu'elles impliquent ne sont pas toujours adaptées au contexte. Les émotions peuvent ainsi, du fait de la difficulté à les réguler, devenir dysfonctionnelles. Elles sont alors plus néfastes qu'utiles et peuvent dès lors provoquer ou participer à un désordre psychologique tel un trouble anxieux.

C'est de ce constat qu'est née la notion de compétences émotionnelles. Cette notion, théorisée par Gardner, a été popularisée par Daniel Goleman en 1995 dans son livre « L'intelligence émotionnelle » (5). Elle correspond à la « *capacité à comprendre, à gérer et à utiliser ses émotions (et celles d'autrui)* ». C'est également ce qu'Antonio Damasio développe à partir de 1994 : il existerait un mécanisme par lequel les émotions guideraient le comportement et la prise de décision (6). Il vient appuyer les suggestions de Salovey et Mayer selon qui l'intelligence émotionnelle inclurait « *la capacité à identifier les émotions, à générer les émotions adéquates pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à gérer ses émotions de manière à promouvoir la croissance émotionnelle et intellectuelle* ». La notion de compétences émotionnelles permet donc de comprendre que, pour prendre pleinement leurs fonctions adaptatives, les émotions doivent être repérées, comprises, gérées et utilisées par l'individu (4).

A.2. Les émotions dans la formation initiale des études médicales

Les études médicales se structurent en trois cycles au cours desquels l'étudiant acquiert progressivement un ensemble de connaissances théoriques et de compétences pratiques, d'abord communes puis propres à la spécialité choisie. Le premier cycle, actuellement en cours de réforme, permet l'acquisition de connaissances théoriques en sciences fondamentales et en sémiologie clinique. À partir du deuxième cycle, les stages pratiques viennent compléter les enseignements facultaires (7). Le troisième et dernier cycle est, quant à lui, basé sur une formation essentiellement pratique, propre à la spécialité choisie (8). Ce cursus de formation a pour but d'amener progressivement l'étudiant en médecine à maîtriser à la fois le savoir, le savoir-faire et le savoir-être requis pour exercer en pleine autonomie.

Selon le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), la profession de médecin généraliste se construit autour de six familles de compétences dont « l'approche centrée patient - relation - communication » en est le cœur, comme l'illustre le référentiel métier et compétences des médecins généralistes (annexe 1) (9). On retrouve cette compétence dans les six compétences fondamentales qui définissent la médecine générale selon la World organization of family doctors (WONCA) (annexe 2) (10).

L'empathie est un pilier de la relation entre le médecin généraliste et le patient désormais largement enseignée au cours du diplôme d'études spécialisées (DES). Il en existe plusieurs définitions selon les différents champs conceptuels d'étude mais toutes s'accordent sur un point : il s'agit de la capacité à comprendre l'autre sans se mettre strictement à sa place. Elle se manifeste par une attitude d'écoute et un mode de compréhension de la situation, du ressenti et des perspectives du

patient, associé à la capacité de la lui communiquer de manière réflexive. L'apprentissage de cette posture empathique aurait un impact positif à la fois sur l'acquisition des compétences cliniques des étudiants, sur la prévention du syndrome d'épuisement professionnel chez le personnel soignant et sur la probabilité de réussite thérapeutique dans la prise en soin des patients (11).

Toutefois, la compréhension des émotions et ressentis du patient ne doit pas pour autant faire oublier au professionnel de santé qu'il est lui-même générateur d'émotions et de sentiments qui lui sont propres (12). Il semblerait que la prise de conscience par le professionnel de santé de l'association d'un raisonnement clinique et d'émotions dans la prise en charge des patients renforce l'apprentissage, le sentiment de bien-être et la qualité des soins dispensés (13).

En France, les étudiants en médecine sont demandeurs d'un accompagnement à la gestion de leurs émotions dès le premier cycle de leurs études (14,15). Pourtant, leur place et leur influence au cours de la prise en soin sont peu enseignées et relèvent davantage d'un « curriculum caché ».

Des dispositifs d'aide à la prise en compte des émotions dans la formation initiale des étudiants se développent dans les facultés de médecine de différents pays. Ils se présentent sous divers formats : travaux d'écriture réflexive (16–18), échanges entre pairs (19,20), jeux de rôles (21), ateliers de simulations (22,23), processus artistiques divers (24,25), et pour la plupart d'entre eux sous la forme de programmes pilotes. Ces initiatives concernent en grande majorité des étudiants de premier et deuxième cycles des études médicales.

En France, au cours du troisième cycle, les départements de médecine générale (DMG) s'appuient essentiellement sur des outils conduisant à une démarche réflexive, tels que les récits de situations complexes authentiques (RSCA) : à partir de situations concrètes rencontrées, l'étudiant est invité à réfléchir sur ses réactions suscitées et ses compétences mobilisées (26). Toutefois, la disparité de leur définition d'un DMG à l'autre (27) rend difficile l'appréhension de leur intérêt pédagogique par les étudiants (28). Des temps d'échanges en groupes sont également proposés sous la forme de groupes d'échanges de pratiques (GEP) (29), des groupes Balint (30) ou encore des groupes tutorés thématiques (GTT) sur la relation médecin-patient comme c'est le cas à Toulouse.

A.3. Justification et objectifs de l'étude

Un travail de thèse mené en 2017 par Choplin et Ricard auprès d'étudiants de troisième cycle (internes) de médecine générale de Haute-Garonne concernant leurs représentations de la notion « relation médecin-patient » rapportait leur volonté d'une formation à cette relation ainsi qu'une aide à la gestion de leur émotivité. Ils jugeaient cette dernière parfois trop grande face à des

situations conflictuelles, pouvant entraîner des réactions émotionnellement fortes. Ils livraient dans ces cas des stratégies d'évitement, de mise à distance ou la recherche de lieux d'expression intimes et bienveillants (31).

C'est dans ce contexte que nous nous sommes demandé comment les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse gèrent leurs émotions et quelles seraient leurs attentes en matière d'accompagnement à cette gestion.

A.4. Objectif principal et objectif secondaire de l'étude

L'objectif principal de notre étude était d'explorer les différents moyens utilisés par les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse pour gérer, par eux-mêmes ou accompagnés, le vécu de leurs émotions lors de la prise en soin des patients au cours de leurs stages.

L'objectif secondaire de notre étude était d'identifier les éventuelles attentes de ces étudiants pour une meilleure gestion de leurs émotions vécues lors de la prise en soin des patients.

B. Méthode

B.1. Type d'étude

Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés inspirée de la théorisation ancrée (62) a été réalisée pour tenter de comprendre comment les étudiants de troisième cycle de médecine générale gèrent leurs émotions vécues au cours de la prise en soin des patients.

B.2. Population

B.2.1. Population cible et échantillonnage

Un échantillonnage raisonné théorique a été effectué parmi les étudiants inscrits dans l'une des trois années du DES de médecine générale ou en formation spécialisée transversale (FST) dans la subdivision de Toulouse. Cet échantillonnage a débuté par convenance puis a été orienté par les hypothèses intermédiaires émergentes au cours de l'analyse ouverte.

B.2.2. Recrutement

Les participants ont été recrutés par plusieurs moyens de communication : par Facebook®, en postant une publication présentant succinctement le sujet de notre thèse sur les trois groupes de promotions des étudiants en cours de DES de médecine générale de la subdivision ; en sollicitant directement des étudiants par l'intermédiaire de nos anciens maîtres de stage des universités (MSU).

B.2.3. Recueil des données

B.2.3.1. Les entretiens

Le guide d'entretien a été élaboré en collaboration avec notre directrice de thèse après des recherches bibliographiques sur la méthode qualitative en général et sur notre sujet spécifiquement.

Une première version du guide a été établie à partir des principaux thèmes d'exploration identifiés. Il a été testé respectivement par chacune des deux chercheuses auprès de deux internes. Ces deux entretiens tests ont permis, après échanges avec notre directrice de thèse, d'ajuster le guide et d'en obtenir une deuxième version (annexe 3) utilisée sur les quatre premiers entretiens. La question brise-glace y a été reformulée pour diminuer le degré d'intensité émotionnelle qu'elle suggérait. Une troisième et dernière version (annexe 4) a été utilisée pour mener le reste des entretiens.

B.2.3.2. Les investigatrices

Ce travail a été réalisé par deux chercheuses femmes. Au moment de la réalisation des entretiens et de l'analyse des résultats, l'une était encore étudiante en dernière année de DES de médecine générale dans la subdivision de Toulouse, l'autre venait d'achever son cursus et exerçait en qualité de remplaçante dans une autre région.

B.2.3.3. Déroulé des entretiens

Chaque entretien a été mené par une seule chercheuse. Elle occupait à la fois le rôle de l'investigatrice et de l'observatrice. Il n'y avait pas de tiers au cours des échanges. Les investigatrices connaissaient certains des participants à l'étude du fait de leur appartenance à la subdivision de Toulouse. La chercheuse partageant le moins de liens d'affinité a mené les entretiens dans les cas où la situation s'est présentée.

Une prise de contact téléphonique suivi d'un envoi par mail du formulaire d'information au participant a précédé chaque entretien. Le participant était prévenu de l'identité de l'investigatrice en amont de l'échange. Certains entretiens ont été menés en présentiel sur le lieu choisi par le participant, d'autres par visioconférence sur la plateforme JitsiMeet® du fait des contraintes de la situation sanitaire en vigueur au moment de la réalisation de l'étude¹.

À l'issue de chaque entretien, une fiche de contacts des structures locales (annexe 5) de prévention et d'accompagnement de souffrance psychologique existantes a été remise à chaque participant. Le sujet de notre travail pouvant révéler des fragilités, nous souhaitions permettre à l'étudiant de trouver du soutien en cas de besoin ressenti. Afin de débiter l'entretien dans un climat serein et de conserver une complète neutralité émotionnelle, cette fiche a été remise en fin d'échange.

B.2.3.4. Recueil des données

Chaque entretien individuel a été enregistré, pseudonymisé comme décrit plus bas, et retranscrit intégralement mot à mot par l'investigatrice l'ayant mené. Une attention a également été portée aux silences, aux interactions verbales et non verbales. L'ensemble de ces données a représenté les verbatim. Les enregistrements ont été effectués à l'aide d'un dictaphone pour les entretiens menés en présentiel et par la plateforme JitsiMeet® pour les entretiens menés à distance. Les retranscriptions ont été effectuées sur le logiciel de traitement de texte LibreOffice Writer®. Les enregistrements audios et vidéos et des retranscriptions ont été stockés sur un cloud auto-hébergé,

¹ Période de pandémie de la Covid-19 avec conditions réglementaires de déplacements variables

accessibles uniquement aux deux chercheuses et la directrice de thèse. Leur hébergement a été prévu jusqu'à publication de ce travail, après quoi ils seront supprimés.

Avant chaque entretien, un temps hors enregistrement a été dédié au recueil du talon sociologique des participants. Les caractéristiques recueillies étant d'ordre général, elles ont été relevées en début d'échange avant l'entretien, plus intime.

Des notes d'observations ont été retranscrites dans un journal de bord propre à chaque chercheuse. Il a permis le recueil du contexte des entretiens menés, des impressions immédiates après leur réalisation, des questionnements soulevés et des idées émergentes tout au long de l'analyse itérative.

B.2.3.5. Analyse des données

Nous avons d'abord procédé à un codage descriptif ouvert : les entretiens ont été découpés en unités de sens correspondant aux verbatim. Ces unités de sens ont été traduites en codes. Un code pouvait correspondre à plusieurs verbatim. Nous avons ensuite réalisé un codage axial : les codes ont été regroupés en catégories au fur et à mesure de l'avancée dans la lecture des entretiens, des similarités, des connexions et des différences mises en évidence. S'en est suivi un codage sélectif : quand tous les entretiens ont été analysés, un tableau final des axes principaux a été élaboré dans le but de réduire et de prioriser les données. Afin d'assurer la triangulation des données, chaque étape du codage a été effectuée par chaque chercheuse de façon indépendante puis les codes ont ensuite été mis en commun. Les chercheuses ont sollicité l'avis de leur directrice de thèse à chaque étape en cas de désaccord.

Toutes les étapes d'analyse se sont faites manuellement sur LibreOffice Calc[®], sans logiciel d'aide au codage, et avec une comparaison constante des données interprétées et des transcrits.

La suffisance des données a été considérée atteinte lorsque les entretiens n'ont plus apporté aucune nouvelle catégorie, tout en ayant effectué une variabilité de l'échantillon.

Enfin, nous avons développé un schéma intégratif illustrant la théorie issue de nos données.

B.2.4. Aspects éthiques et réglementaires

B.2.4.1. Le consentement

Les entretiens ont été réalisés après une présentation de l'étude aux différents participants via un formulaire d'information (annexe 6) et après la signature d'un formulaire de consentement (annexe 7).

Ni les retranscriptions des entretiens ni les résultats n'ont été retournés aux participants pour commentaire.

B.2.4.2. La confidentialité

Les données ont été pseudonymisées. Les informations collectées dans le talon sociologique ne permettaient pas de garantir un anonymat strict au sein d'une population cible de si petit effectif. Chaque participant a reçu un code en lieu d'identité composé de la lettre « E » pour « entretien » et d'un chiffre pour l'une des chercheuses ou d'une lettre pour l'autre, attribué dans l'ordre de réalisation des entretiens. La mention des villes et départements a été retirée du verbatim. Les noms propres des personnes citées ont été remplacés par la lettre « X ».

B.2.4.3. Les autorisations réglementaires

Un engagement de conformité à la MR004 a été obtenu auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) après soumission du projet de l'étude par l'intermédiaire du délégué à la protection des données du Département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse.

Un avis favorable a été obtenu auprès du comité d'éthique du CNGE (annexe 8).

C. Résultats

C.1. Caractéristiques de l'échantillonnage

L'échantillon de notre étude s'est composé de treize étudiants inscrits en DES de médecine générale, soit cinq hommes et sept femmes âgés de 25 à 33 ans. La description détaillée de l'échantillon est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Caractéristiques de l'échantillonnage

(F : féminin ; M : masculin ; SFSE : stage en santé de la femme et santé de l'enfant)

Étudiant	Âge (ans)	Genre	Statut marital	Ville de 2 ^e cycle d'études	Année de DES, semestre	Terrain de stage, degré d'autonomie	Particularités
E1	27	F	En couple	Autre	3 ^e année 5 ^e semestre	SASPAS Supervision indirecte	Groupes Balint au cours du 2 ^e cycle d'études
E2	26	F	En couple	Toulouse	3 ^e année 5 ^e semestre	SASPAS Supervision indirecte	Ateliers de sophrologie (université) au cours des études
E3	33	M	En couple	Toulouse	2 ^e année 3 ^e semestre	Médecine adulte Supervision directe +/- indirecte	Classe préparatoire littéraire, licence de philosophie, master de littérature anglaise interrompu
E4	25	M	Célibataire	Toulouse	1 ^{ère} année 3 ^e semestre	Médecine d'urgence Supervision directe	Droit au remord à l'issu du 1 ^{er} semestre du DES d'oncologie
E5	27	F	En couple	Toulouse	2 ^e année 6 ^e semestre	SFSE Observation	Parent de 2 enfants
E6	26	M	En couple	Toulouse	3 ^e année 6 ^e semestre	SASPAS Supervision indirecte	Un semestre au CHU
E7	25	F	Célibataire	Autre	1 ^{ère} année 2 ^e semestre	PN1 Supervision directe	
EA	32	F	En couple	Toulouse	2 ^e année 3 ^e semestre	SFSE Observation	Master en cancérologie
EB	27	F	En couple	Autre	2 ^e année 3 ^e semestre	Médecine adulte Supervision directe +/- indirecte	
EC	25	M	En couple	Autre	1 ^{ère} année 1 ^{er} semestre	Médecine d'urgence Supervision directe	
ED	29	F	En couple	Autre	3 ^e année 8 ^e semestre	SASPAS Supervision indirecte	FST entre la 2 ^e et la 3 ^e année de DES
EE	26	F	Célibataire	Autre	2 ^e année 4 ^e semestre	Médecine adulte Supervision directe ± indirecte	
EF	26	M	En couple	Toulouse	2 ^e année 4 ^e semestre	Médecine adulte Supervision directe ± indirecte	DU de podologie et traumatologie du sport

Ainsi, treize entretiens ont été réalisés sur une période de neuf mois, d'octobre 2020 à juillet 2021, dont huit en présentiel et cinq en visioconférence. Leur durée a varié de 28 à 70 minutes.

C.2. Description des résultats

C.2.1. Vivre des émotions dans la pratique

C.2.1.1. Capacité à repérer ses propres émotions

Avoir conscience de ses propres émotions

Une grande majorité des participants déclarait identifier et repérer aisément leurs émotions. Toutefois, plusieurs d'entre eux avaient du mal pendant les entretiens à les définir avec des mots. Pour d'autres, ce repérage était plus compliqué, sans pour autant les empêcher de les ressentir.

« Je suis très conscient de mes émotions, je suis capable de mettre des mots dessus facilement. » - EF

« Alors je ne pourrais pas mettre de nom sur l'émotion. Quand des fois je me mets à pleurer, je ne sais pas pourquoi. » - EB

Certains se disaient très sensibles aux émotions ressenties, qu'ils vivaient alors avec une grande intensité.

« Je pense que j'arrive à accueillir et d'ailleurs en fait pour te dire je pense que je ressens tout très fort, à la fois la joie et la tristesse et la peur et le stress » - E5

Nos entretiens débutaient par une question brise-glace qui invitait les participants à relater une émotion ressentie dernièrement. La majorité nous a spontanément partagé une émotion en lien avec une situation vécue au travail. Dans ces cas-là, anxiété et tristesse étaient prépondérantes. Au contraire, ceux qui nous ont partagé une émotion en lien avec une situation vécue dans leur vie personnelle la rattachaient systématiquement à de la joie.

Se sentir envahi par les émotions négatives

À l'exception d'un participant, tous nous ont dit que les émotions vécues comme négatives avaient tendance à prendre plus de place que les émotions vécues comme positives. Elles restaient en mémoire plus longtemps et nécessitaient un travail d'analyse pour être assimilées.

« On va dire que les négatives resteront un peu plus longtemps que les positives. » - ED

« Mais euh... je vais beaucoup plus facilement repenser à ce que j'ai mal fait qu'à ce que j'ai bien fait. » - EF

C.2.1.2. La profession confronte à des émotions intenses

Prendre en charge des situations difficiles

Tous les participants sans exception nous ont confié avoir été confrontés au cours de leur exercice à des situations difficiles. Celles qui revenaient le plus souvent étaient la survenue d'une pathologie grave avec un pronostic péjoratif, la confrontation à la mort mais aussi, à la précarité, à des histoires de vie difficiles et à la détresse psychologique des patients.

« J'avais une dame au semestre d'avant qui se faisait violer, qui, 'fin qui avait été violée. Elle venait nous voir tous les quinze jours pour renouveler son arrêt de travail et pour nous parler. Et ça, c'était hyper dur à gérer et je voyais son nom sur le planning, je commençais déjà à stresser. » - EE

Ils se remémoraient des souvenirs encore vifs qui remontaient parfois à des situations rencontrées avant leur internat. Ainsi, plusieurs participants nous ont confié avoir le souvenir d'un vécu émotionnel difficile de la période de l'externat. Ils l'expliquaient par l'œil naïf de leurs premières expositions à la profession.

« Notamment je me rappelle que toutes mes gardes aux urgences, où il y avait un gros contexte un peu social et tout, je rentrais je pleurais souvent de certaines situations et je passais souvent une nuit blanche et plus une semaine à me sortir les cas de la tête où je pensais à la tristesse, à la souffrance des gens. Et du coup ben j'étais vraiment, vraiment c'était compliqué pour moi de m'en remettre. [...] On voyait des choses d'une précarité terrible quoi. » - E5

Être débordé par des émotions trop intenses

Ces émotions pouvaient être tellement fortes qu'elles avaient tendance à submerger les participants, parfois jusqu'aux pleurs, souvent considérés comme un seuil d'alerte en matière d'intensité.

« On a vu des situations, des internes qui craquaient complètement à la fin d'une journée ou d'une situation compliquée qui étaient en sanglots, voilà qui étaient vraiment au bout. » - E4

Elles pouvaient aller jusqu'à impacter la vie personnelle. Des phénomènes de rumination, d'anxiété, voire une modification globale de la thymie étaient rapportés par les participants. Ces émotions pouvaient même aboutir à une perturbation du sommeil chez certains.

« Dans mon quotidien, je cogite beaucoup. J'habite seule donc j'ai tendance à cogiter, à ruminer. Souvent ce qui m'arrive c'est quand je fais ma tambouille le soir ou quand je fais ma vaisselle et tiens je repense à ce que j'ai vu en consult' ou, à des discussions que j'ai eues avec mon prat' et puis voilà. » - E7

« Quand c'est des émotions un peu négatives oui ça peut avoir un effet un peu néfaste parce que ben effectivement je vais être plus râleur ou plus grincheux pour rien globalement alors que ma compagne avec qui je vis elle a rien fait. » - E6

Des facteurs influant le vécu émotionnel

Ces émotions vécues comme négatives pouvaient être majorées par plusieurs facteurs, notamment l'atteinte de sujets jeunes, l'imprévisibilité des situations, l'attachement mais aussi l'identification de soi ou d'un proche au patient.

« Quand ça touche des ados ou quoi que ce soit ou qu'il se passe des choses un peu plus, oui un peu plus traumatisantes pour des enfants ou des ados là ça peut tirailler plus longtemps » - E1

« J'ai des patients hein qui ont l'âge de mon père, et qui vont mourir ou des choses comme ça [...] et c'est vrai euh la des fois je tilte, je dis « ah oui effectivement ». Et c'est vrai que bah là c'est un peu plus difficile à gérer. » - EB

À l'inverse, ils repéraient des facteurs qui les atténuaient. L'inéluctabilité des situations et le grand nombre de patients permettaient de prendre de la distance avec les émotions.

« Si j'ai autre chose à penser il va disparaître, et comme des patients il y en a toujours d'autres à voir finalement je n'y pense plus donc ça marche. » - EF

Le vécu des émotions positives

À côté de ces émotions difficiles et parfois intenses, les participants identifiaient aussi des émotions positives. La proximité relationnelle et le partage d'émotions avec les patients et les équipes de soin étaient ainsi identifiés comme un moteur dans l'exercice. Elles étaient moins envahissantes. Agréables, elles se vivaient dans l'instant par les participants, qui en profitaient pleinement de façon spontanée.

« Alors que quand elles [les émotions] sont positives elles sont passées, elles étaient là à ce moment-là, j'en ai profité et puis après je les oublie. » - E2

C.2.1.3. Être interne, une posture complexe

Le statut d'interne conduisait à endosser deux rôles : celui de médecin en exercice et celui d'étudiant en formation.

L'interne vit des émotions en tant que médecin

Se sentir compétent dans sa pratique était source d'une grande satisfaction pour les participants.

« Dans la prise en charge des patients, quand mon patient arrive et que j'arrive à avoir un plan détaillé de ce que je veux faire, à le mettre en place, déjà je suis content, et si je vois que ça marche je vais être encore plus content. » - EF

Cependant, cette responsabilité allait de pair avec une confrontation aux limites de ses compétences, à l'incertitude et à des échecs de prises en charge. Ces situations suscitaient de l'anxiété, un sentiment d'impuissance ou de dévalorisation.

« Alors bien sûr, j'espère que pour le patient ça a pas été une mauvaise décision pour le patient mais euh, mais le fait que j'en sois pas responsable, quand même ça change beaucoup. Et le jour où j'en serai responsable, je pense qu'il faudra les épaules pour gérer les émotions. » - E5

La perception de la responsabilité du médecin ne s'arrêtait pas à la prise en charge médicale. Plusieurs participants nous ont révélé se sentir également responsables de la prise en charge émotionnelle de l'entourage du patient mais aussi de l'équipe de soin, et ce, en toutes circonstances.

« Et on était les seuls à devoir rassurer tout le monde, les patients, et les soignants infirmières, aides-soignants, et... Vraiment on attendait qu'on ait la réponse alors que personne avait la réponse sur le Covid à ce moment-là. Et ils étaient vraiment, on recevait les angoisses de tout le monde et j'ai vraiment réalisé que le médecin, spécialement le médecin dans un service, euh, c'est lui la tête froide. » - EA

L'interne vit des émotions en tant qu'étudiant

La posture d'étudiant en formation remettait souvent en question la légitimité professionnelle des participants, tant auprès du patient que du MSU.

« Pendant l'internat on est en formation. On a ce statut, interne, qui nous dit qu'on est encore étudiant, qui fait qu'on, en tout cas moi, la question de la légitimité de ce que je fais revient souvent. » - EF

S'ajoutait un sentiment de frustration face au mécontentement de certains patients à se voir pris en charge par l'interne plutôt que par leur médecin traitant. À l'inverse, leur assurance et leur sentiment de légitimité étaient renforcés lorsque le patient exprimait de la satisfaction à la prise en charge proposée. Se sentir validés en tant que médecins compétents par les patients avait pour eux une importance capitale.

« Des fois dans le contexte de l'internat, j'aime pas ressentir qu'ils voulaient avoir leur médecin traitant et du coup, ils sont frustrés d'avoir l'interne. Ça c'est assez pénible, c'est assez récurrent. [...] Et il me tarde d'avoir mes patients pour ne plus avoir ce côté-là. » - EA

Exercer en supervision pouvait aussi causer des difficultés et ce, quel que soit le niveau d'autonomie. Les participants relataient des situations de désaccord sur la prise en charge, avec une possibilité de discussion restreinte. Ils vivaient mal le fait de se voir parfois imposer par le MSU une manière d'exercer qui ne leur correspondait pas. Ils se disaient aussi en difficulté lors de défaut de supervision dans les prises en charge compliquées.

« [...] ça a été compliqué parce que du coup je me décomposais en consultation. J'étais tétanisée à l'idée qu'il fallait que je tranche alors que je n'avais aucune idée de ce que c'était et que la fille à côté de moi [sa MSU] elle savait tout et qu'elle voulait pas me le dire. Donc ça ça a été super dur, enfin ça a été super dur dans la gestion des émotions parce que le moment où je consultais j'avais une anxiété anticipatoire du diagnostic incertain et que du coup je savais pas comment j'allais gérer et que je devais vendre du rêve au patient et que j'y croyais pas. » - E5

« [...] En tant que premier semestre, tu te retrouves à gérer une fin de vie tout seul [...] et se retrouver tout seul et pas pouvoir débriefer après, ouais c'était compliqué. » - E4

Les émotions vécues par les participants étaient aussi dépendantes des terrains de stages du fait de leur mode de fonctionnement. Les urgences, mais aussi les stages hospitaliers en particulier au CHU, ne laissaient que peu de place à la prise en soin globale des patients et requéraient une prise en charge rapide et efficace. Ce manque de place pour l'approche humaine induisait souffrance et anxiété. D'autres terrains de stages comme la psychiatrie ou l'hospitalisation à domicile (HAD) exposaient à la souffrance des patients qui s'y trouvaient. À l'inverse, bien qu'il faille s'adapter aux pratiques du MSU, ils trouvaient dans les stages ambulatoires le temps pour prendre en charge les patients de manière globale et satisfaisante, pour discuter avec eux. Ils vivaient et géraient alors mieux leurs émotions.

« Quand j'étais aux urgences, je trouvais que les émotions étaient plus intenses parce qu'il fallait aller vite, il y avait peut-être plus de pression, moins le temps de réfléchir, quand c'était angoissant [...]. Je me rappelle pas d'émotions heureuses en même temps aux urgences, avec les patients. » - E2

« [...] en SASPAS, je trouve qu'on a le temps quand même. Enfin moi j'ai la chance d'avoir des consultations longues, mes maîtres de stage ne m'imposent pas un rythme toutes les quinze minutes ou des choses comme ça donc j'ai le temps de prendre le temps. » - E6

L'impact de la vie personnelle sur la vie professionnelle

Les participants s'accordaient pour dire que les émotions personnelles pouvaient avoir un impact sur la vie professionnelle. Trouver un certain équilibre dans sa vie personnelle semblait être important pour pouvoir gérer au mieux ses émotions dans l'exercice.

« Parce qu'on parle du côté professionnel mais je pense que quand ça va pas ben du côté personnel ça peut aussi empiéter. » - E2

Le bagage personnel pouvait lui aussi impacter la prise en charge et les émotions ressenties lors de certaines situations.

« T'es là en tant que médecin, pas en tant qu'être humain qui, si tu as forcément ton bagage et ça va aussi affecter dans ta rep, enfin influencer ta réponse mais je trouve que la personne elle est pas là pour écouter tes problèmes à toi. » EE

À ce sujet, une participante devenue maman au cours de ses études a vu sa sensibilité personnelle évoluer.

« [...] je pense qu'il y a eu un avant/après mes enfants. Je pense que ça a changé pas mal de choses parce que j'étais vraiment très très sensible à tout ce que disaient les patients. » - E5

C.2.2. Trouver la juste posture dans sa pratique

C.2.2.1. Recherche de la juste implication émotionnelle

Se sentir responsable du bien-être du patient

Le bien-être des patients était placé au cœur des priorités des participants. Ainsi pour eux le médecin avait un rôle important à jouer dans la prise en charge des souffrances psychologiques des patients. Contribuer à leur équilibre psychique et physique était source de joie et de satisfaction.

« Je dirais que la première chose que je ressens c'est vraiment d'avoir l'impression d'apporter une aide que les gens ils ressortent rassurés, ou plus contents, que quand ils sont arrivés. Ça c'est ce qui me fait le plus plaisir, d'avoir réussi à ce qu'ils repartent mieux que quand ils sont arrivés. Même sur le plan psychologique, souvent, j'aime bien être rassurante. » - EA

Les participants s'accordaient unanimement sur la nécessité de prendre en compte les émotions du patient dans la prise en soin.

Questionner son implication émotionnelle

En revanche, ils étaient plus divisés sur la place à réserver à leurs propres émotions. Ressentir des émotions apparaissait inévitable, mais l'implication émotionnelle qu'ils souhaitaient avoir dans leur pratique variait.

Certains tenaient à intégrer leurs émotions dans la prise en soin des patients.

« Montrer qu'on peut avoir des sentiments nous aussi, des émotions qu'eux peuvent avoir aussi, et je pense que ça nous rapproche dans la relation médecin-patient. » - E4

Pour d'autres, sans pour autant les négliger, elles ne devaient pas intervenir dans la prise en soin.

« J'ai pas forcément envie de m'investir plus émotionnellement parlant envers mes patients. Je pense qu'il faut savoir se détacher. Je pense que le minimum, faut être, avoir de l'empathie quand même faut dire ce qui est. Pas plus que ça quoi. » - EB

« Toute autre émotion autre que l'empathie qui m'aide à, comment dire, à soigner entre guillemets le patient, toute émotion autre pour moi ne doit pas y être. Je peux avoir de la peine pour un patient, mais je vais clairement pas lui dire oh mon pauvre je suis triste pour vous, ça je trouve que ça n'a pas à être. » - EF

Ainsi, l'empathie apparaissait comme la posture valorisée lors des études. Elle était reconnue par tous comme favorisant la relation médecin-patient et la prise en soin. Cependant, il est apparu au cours des entretiens que sa définition et son application différaient en fonction des participants. Pour certains, l'empathie signifiait se limiter à l'accueil des émotions du patient sans verser dans la sympathie.

« Après euh voilà, que je puisse avoir oui, juste une relation normale, gentille, ouais d'empathie etc. Mais pas, ouais qu'il voit pas que je suis touchée ce serait peut-être un petit peu mieux. » - E1

Pour d'autres, elle traduisait une implication et le partage d'émotions avec le patient.

« Moi déjà je pense qu'il faut pas se priver d'émotions. Tu vois, des fois on dit faut se blinder. Moi je pense que si tu te blindes, tu perds aussi ton humanité et alors je sais qu'en médecine on appelle ça l'empathie, moi j'appelle ça la compassion parce que je crois que j'ai la définition inverse dans ma tête parce que quand même, surtout en médecine générale, pour moi j'ai choisi ce métier parce que je veux être proche de mes patients et que c'est très humain. Donc, se blinder, je trouve pas ça forcément intéressant. » - E5

Contrôler l'expression de ses émotions

Il apparaissait ainsi important pour les participants de réussir à contrôler l'expression de leurs émotions devant le patient afin de ne pas se laisser submerger par celles-ci.

« Si je suis triste pour eux j'ai pas envie qu'ils le ressentent parce que je me dis ils vont être démunis aussi face à moi et que ce serait vachement embêtant si le médecin il est démuni. » - E1

« Et même oui si jamais il te dit quelque chose qui t'affecte personnellement, qui te rappelles une situation personnelle, d'être capable de pas , de peut-être, tu sais, t'es là en tant que médecin, pas en tant qu'être humain. » - EE

Une des participantes nous partageait sur un ton léger l'utilité du port du masque en consultation pour dissimuler ses expressions faciales.

« Le masque a aussi cet avantage je trouve, de nous aider à cacher nos émotions, un peu de dégoût, de surprise, de quand les patients nous écoutent pas, on fronce parfois les sourcils. » - E2

Trouver la juste distance émotionnelle

Quelle que soit leur perception, tous essayaient de trouver la distance émotionnelle la plus juste dans la relation médecin-patient.

« On reste professionnel, on est pas un ami. Et ça c'est pas facile de faire, de trouver l'équilibre, et je pense que ça viendra avec l'expérience aussi. » - ED

C.2.2.2. Construire une relation de confiance avec le patient

Développer une relation médecin-patient de qualité

La recherche de la posture idéale dans l'exercice avait pour finalité de construire une relation de confiance avec le patient. Réussir à établir ce lien était alors source de grande satisfaction et de joie

pour les participants. Ils avouaient ressentir de la frustration voire un sentiment de dévalorisation en cas d'échec.

« Ça me frustre beaucoup, parce que bon ça m'arrive, d'avoir un patient où je sens que bon ben il y a un mur et qu'on arrive pas à échanger dans un sens ou dans l'autre. Ça peut venir de moi ou de la personnalité du patient ou de la patiente, je me fige et j'arrive pas à donner comme j'aimerais bien donner tu vois. » - E3

Valoriser la figure du médecin traitant

À ce titre, la figure de médecin traitant était valorisée par les patients et les participants qui y voyaient une relation médecin-patient privilégiée.

« D'être, l'esprit médecin de famille qui est vraiment là, qui connaît l'histoire, qui sait du coup anticiper, qui sait comment parler qui... C'est la base, c'est la base du généraliste. » - EE

C.2.2.3. La posture idéale du médecin : entre injonctions et idéaux

Composer avec les injonctions de la formation et de la société

La quête de ces idéaux professionnels se heurtait à des injonctions amenées par les MSU, l'enseignement facultaire et même la société. Ces injonctions étaient en faveur de cette posture purement empathique et de ce contrôle de l'expression émotionnelle.

« Eh euh... comment je gère mes émotions, justement ça me fait penser, le poker face. Ne pas laisser trop voir, on m'a déjà fait la remarque «X, ne montre pas trop ce que tu penses ». Un maître de stage. C'était M., c'était du dégoût. C'est-à-dire un pied diabétique, à domicile, sur un truc sale. Euh j'ai vu le pied j'ai... bon le patient il a rien vu parce qu'il était cataracte, on était dans l'obscurité, elle m'a dit faut que tu maîtrises. » - E2

En effet, l'approche centrée-patient enseignée pendant la formation amenait avec elle une nécessité à toujours paraître solide et inébranlable.

« Mais il y en avait un qui nous avait dit on est censé être le mât d'un bateau. » - ED

Quelques autres rapportaient que leurs MSU les enjoignaient eux aussi à se montrer davantage sûrs d'eux-mêmes devant les patients.

« Et en fait elle [MSU] me disait mais on voit trop tes doutes, on voit trop ce que tu penses, t'es un livre ouvert. [...] et elle me dit tu sais pas retenir tes émotions, quand tu sais pas ça se voit tout de

suite, il faut que tu tranches ! En fait, elle me disait le médecin a un rôle, il a une posture et c'est du théâtre aussi la médecine. C'est dire enfin, quand t'es pas sûre, tu dois paraître sûre. » - E5

Ces dissonances entre idéaux et injonctions pouvaient aboutir à un jugement sévère par les participants de leurs ressentis émotionnels.

« Euh je pense qu'il faudrait que j'apprenne à gérer un peu plus les sentiments de, de frustration et d'agacement parce que ça me dessert pas mal au final. Et je le sais en plus, je suis assez critique là-dessus je pense. » - E6

« Enfin c'est pas possible tu peux pas être médecin et enfin t'es censée l'aider et tu pleures. » - E5

Se heurter au tabou de la souffrance et du doute

Plusieurs participants identifiaient un certain tabou autour de l'expression du vécu émotionnel, notamment de l'incertitude, de la souffrance et des difficultés rencontrées dans l'exercice.

« Je pense qu'on en parle pas trop entre nous quand ça va trop loin. Ça se ferme assez vite. Quand c'est à des petits niveaux d'émotions, on en parle assez facilement mais quand ça dépasse un certain point c'est plus difficile. » - E4

Certains avaient tendance à banaliser l'intensité des émotions qu'ils vivaient.

« Ça a duré cinq minutes hein je m'enferme dans les toilettes je pleure un bon coup puis je repars. » - EB

Une des participantes nous confiait ne pas oser exprimer ses angoisses en groupe de pairs par crainte du jugement de ses confrères face à une faiblesse avouée.

« Si à chaque fois que je parle « j'ai eu trop de mal avec ce patient ! J'ai pas su quoi faire, j'étais complètement paniquée ! ». Nan mais jamais ils vont m'amener, jamais ils vont m'adresser euh... une personne qui a justement des difficultés à gérer son stress et qui du coup se met à fumer du cannabis ! Voilà enfin il y a la fille qui arrive pas à se gérer euh non ! » - ED

Une progression de la place des émotions du soignant dans la pratique

Néanmoins, il apparaissait que la posture idéale du médecin et la place de ses émotions dans la profession évoluait avec les générations. Ainsi un des participants constatait une tendance à accepter la vulnérabilité du professionnel et prendre davantage en compte ses émotions dans l'exercice, ce qu'il percevait comme positif.

« C'est là que tu vois les différences générationnelles entre médecins [...] T'as les vieux médecins qui les gèrent d'une certaine manière que ce soit bon ben on va enchaîner des blagues graveleuses et misogynes [...] ça c'est une génération tu vois. T'as d'autres gens qui vont... et je pense que c'est bon, ce sont des dispositions personnelles, mais c'est aussi une question de dispositions sociétales en fonction de la génération à laquelle tu appartiens. Parce que nous, des gens comme toi et moi on a un rapport aux émotions qui serait complètement ridicule de concevoir par la génération de nos pères par exemple qui seraient nés dans les années 30. » - E3

C.2.3. Mettre en place des stratégies de gestion des émotions

C.2.3.1. Exprimer ses émotions

La gestion des émotions commence par ce que les participants mettaient spontanément en place face à une émotion vécue. La plupart d'entre eux disaient exprimer facilement ses émotions. Seule une minorité disait avoir tendance à ne pas les extérioriser.

Verbaliser ses émotions apparaissait comme la principale stratégie mise en place par les participants afin de s'en détacher et de leur donner du sens.

« Ouais parce que je peux pas vivre avec donc faut que ça sorte et une fois que c'est sorti ça va mieux. » - EE

Les émotions vécues comme positives, telles la joie et la satisfaction, s'exprimaient ouvertement et se partageaient facilement dans l'échange avec le patient. Les émotions vécues comme négatives en revanche comme la colère ou l'anxiété, s'exprimaient plutôt de façon non verbale, parfois de façon non consciente. Ce mode d'expression pouvait d'ailleurs être difficilement ou mal interprété par le patient ou l'entourage des participants.

« [...] quand je suis énervé, quand je suis agacé ça se voit. Ouais, je suis pas très sympa, je suis un peu plus voilà. Mais souvent les gens autour de moi ne le comprennent pas, ne le voient pas tout de suite. [...] Comme je le dis pas, comme je vais pas forcément l'extérioriser, ben ça prend un peu de temps. » - E3

Elles avaient aussi plus tendance à être contenues.

« [...] tout ce qui est émotions positives je vais le dire et ça va se voir je pense sur moi, émotions négatives je pense que je bloque beaucoup. » - E1

L'anxiété pouvait aussi s'exprimer inconsciemment par la voie onirique.

« Je suis quelqu'un qui rêve énormément et donc enfin après il y a cauchemars et rêves angoissants et [...] je rêve de mes patients toute la nuit je crois en fait. » - E1

C.2.3.2. Mettre en place des stratégies personnelles de gestion des émotions

Adopter une posture réflexive face à ses émotions

Les participants reconnaissaient l'importance de savoir identifier leurs émotions pour bien les gérer. Ainsi la majorité de ceux que nous avons interrogés nous ont rapporté adopter une posture réflexive face à leurs émotions pour les analyser. En particulier, pour les émotions perçues comme négatives telle que la tristesse.

« Quand je suis triste, je me dis pourquoi, je vais réfléchir à euh... à là.. à ce qui m'a amené dans cet état. Alors que pour le reste je réfléchis pas du tout à ce qui m'a amenée dans cet état. » - E2

Cette réflexivité n'était pas nécessaire pour les émotions positives qui se vivaient dans l'instant.

« Elles étaient là à ce moment-là, j'en ai profité et puis après je les oublie [...]. Du coup je les analyse pas. Je me dis pas ah là je suis heureuse, je suis comme ça [...]. » - E2

La posture réflexive permettait de donner du sens au vécu sans forcément l'extérioriser et constituait une stratégie d'apaisement en fin de journée de travail ou en cas d'anxiété.

« Je sais que c'est difficile pour moi de la gérer [l'émotion] donc j'essaie de ne pas culpabiliser notamment quand c'est le stress. J'apprends à ne pas culpabiliser et me dire bon maintenant tu l'as reconnue, comment tu la gères, qu'est-ce que tu fais pour pas que ça, ça c'est dans les négatives, qu'est-ce que tu fais pour pas que ça prenne trop d'ampleur ? » - E5

Mais mettre en place une posture réflexive face à ses émotions nécessitait du temps. Ainsi, certains participants s'aménageaient des pauses pour aller à la rencontre de leurs émotions.

« Il y a des fois où elles [les émotions] arrivent, tu comprends pas trop pourquoi et t'as besoin d'un petit temps de réflexion pour comprendre ce que tu ressens. » - E3

Mettre en place des stratégies d'évitement

Cette démarche réflexive était parfois difficile lorsque les émotions étaient trop intenses. Dans ces cas-là, les participants avaient tendance à adopter des stratégies d'évitement comme moyen de défense face au vécu émotionnel, en se plongeant dans le travail ou au contraire en se ménageant des temps de pause.

« J'étais aux urgences donc je me suis remis dans le bain. » - EB

« J'ai fait ça, je me suis accordé des petits moments pour souffler, pour être un peu tout seul tu vois » - E3

Mettre en place des stratégies de rationalisation

Face à des situations difficiles telles que le deuil, les pathologies graves et les échecs thérapeutiques, les participants avaient tendance à recourir à une approche pragmatique en rationalisant la situation ou en dissociant prise en charge médicale et émotions.

« Je pense que c'était cette facilité aussi de savoir que c'était un soin palliatif on sait que c'est des patients qui vont mourir » - EE

En cas d'anxiété, savoir planifier une conduite à tenir permettait d'en diminuer l'intensité.

« Je pose les trucs et je fais une sorte de plan d'action qui après n'est pas forcément suivi, même très rarement suivi. [...] Il faut que j'aie au moins un phare, une cible, un endroit à aller, plus ou moins vague, mais au moins, voilà, une idée où je me dirige. » - ED

Tenir à distance les émotions professionnelles de la vie personnelle

Enfin, il paraissait primordial pour l'ensemble des participants de réussir à mettre une distance entre les émotions professionnelles et leur vie personnelle.

« Savoir les gérer, et les laisser vraiment à la porte au cabinet tu vois, je fais ma consultation, je sais quoi répondre, et mes émotions elles restent au cabinet, j'ai pas envie de les ramener à la maison. » EE

« Si on pense au travail en s'endormant, c'est mon point de vue, c'est là que ça devient trop envahissant et qu'on peut plus gérer. » - E2

Pratiquer des activités sportives, sociales, culturelles et de loisir et méthodes de relaxation

D'autres stratégies étaient mises en place dans la vie extra-professionnelle. Certains internes avaient recours à la pratique d'une activité physique pour se défouler. D'autres s'évadaient dans des activités de divertissement tels les jeux de société, les jeux vidéo ou le visionnage d'un film après la journée de travail.

« Euh donc je sais qu'il faut que j'essaie d'extérioriser le stress et la frustration enfin euh notamment par le sport. C'est un des moyens parmi d'autres. » - E6

Ces activités pouvaient parfois être vécues comme des fuites en avant, associées à des consommations de toxiques.

« Et sinon ben le soir je suis rentré et puis je pense à part manger, j'ai joué aux jeux vidéo jusqu'à 4h du matin. Euh, avec quelques verres, voire beaucoup de verres de whisky et puis c'est tout. Voilà. C'est pas glorieux hein, mais au moins ça a avancé quoi. » - E3

Une des participantes à l'étude nous partageait qu'elle trouvait un grand réconfort dans sa religion face à la souffrance des patients ou aux injustices sociales.

« Je pense que c'est important que je te le dise : comme je suis chrétienne, euh quand même la foi c'est vraiment quelque chose qui m'aide parce que je peux prier pour ces personnes et si c'est quelque chose qui est dur, je peux juste les confier à Dieu et euh moi je demande que le Seigneur vienne les rejoindre dans leurs souffrances. » - E5

Pour finir, face aux émotions envahissantes telles que l'anxiété, la tristesse ou la colère, plusieurs participants nous ont exprimé avoir eu recours à un accompagnement psychothérapeutique personnel et à la pratique de méthodes de relaxation comme la méditation, le yoga et la sophrologie.

« La méditation, je m'y suis mis, enfin je m'y suis mis il y a deux, trois mois justement parce que mon ancienne prat' m'en avait parlé, qu'elle était pas mal axée là-dessus parce que justement elle-même avait mis du temps à comprendre ses propres émotions. C'est elle qui m'a poussé à le faire et euh oui ça m'a pas mal aidé » - EF

C.2.3.3. S'appuyer sur des personnes-ressources personnelles

Le conjoint

Les participants à l'étude nous ont partagé le besoin d'une oreille à qui se confier. Pour cela, ils se tournaient vers différentes personnes-ressources de leur sphère privée. Ceux en couple considéraient leur conjoint comme la personne-ressource principale.

« Quand il y a quelque chose qui m'a marquée, j'en parle à la maison. Je peux me rassurer auprès de mon copain. » - E1

Les amis et co-internes

Les amis et co-internes étaient aussi cités soit pour se confier, soit pour se changer les idées en partageant un repas ou en sortant boire un verre.

Des circonstances renforçaient les possibilités d'échanges. Le partage de la même profession, par exemple, garantissait une meilleure compréhension des expériences vécues.

« Avec mes copines on échange pas mal, on est tout le temps dans le même semestre, dans le même cercle donc ouais on échange pas mal de ce qui peut se passer ou quoi que ce soit. » - E1

La famille

Les membres de la famille, extérieurs à la profession, étaient aussi identifiés comme personnes-ressources du fait de la proximité relationnelle mais plutôt dans une recherche de soutien affectif.

« Mes autres personnes-ressources extra-médicales elles vont me soutenir mais elles savent pas ce que c'est. Elles vont me soutenir de principe parce que j'en ai besoin mais ça va pas me faire progresser. Ça va m'aider par la situation où je suis en détresse mais ça va pas m'aider à gérer ces situations-là. » - EF

La famille tenait une place importante. Deux des participantes rapportaient s'être senties en difficulté à certaines périodes de leurs études du fait de l'éloignement géographique de leur famille.

« Quand on est un peu isolée et qu'on est loin de sa famille euh c'est pas facile d'aller se ressourcer. Je vais pas me dire je vais aller voir ma sœur, ma cousine, mon frère, mon oncle, parce que du coup je suis loin de tout le monde. » - EB

Reconnaître le poids de la charge émotionnelle

Les participants percevaient la charge émotionnelle communiquée à leurs proches. C'est ainsi que EE nous parlait de sa meilleure amie comme d'un « déversoir » de ce qui lui passait par la tête. E5 qualifiait son mari de « poubelle à émotions » tant elle estimait le noyer de confidences.

C.2.3.4. S'appuyer sur des personnes-ressources facultaires

Les MSU

Les participants à l'étude identifiaient également des référents facultaires. La personne-ressource facultaire principalement citée était le MSU, du fait de la relation de compagnonnage et de proximité entretenue avec les participants. Ils étaient perçus comme dignes de confiance du fait de leur expérience professionnelle et de leur connaissance de la patientèle.

« Les maîtres de stage ils sont vraiment à l'écoute, et vraiment on les voit tous les jours, c'est vraiment quelqu'un qui travaille dans la médecine qui parle de sa vie un peu de médecin. Donc

c'est vraiment quelqu'un de, qui a beaucoup de retours et d'expérience. Et donc après avoir vu des patients aussi délicats, bah tu en parles. » - EA

La relation de compagnonnage avec le MSU était perçue comme utile pour partager les difficultés et les doutes rencontrés dans la pratique. Le binôme MSU-interne était alors perçu comme une réelle plus-value dans l'apprentissage des prises en soins.

« Je pense que ça apporte à l'un et à l'autre d'avoir un regard différent ou un regard neuf et un regard de quelqu'un qui connaît très bien son patient pour savoir ce qu'il s'est passé ou identifier un peu les soucis qu'on a eus. » - E4

Les participants comptaient sur son soutien pour être légitimés, tant auprès des patients que des équipes de soin.

« J'avais surtout un sentiment d'injustice parce qu'il y a eu quelques consultations où euh bah l'état psychique du patient bah j'essayais de le cerner, de l'évaluer et bah je tombais beaucoup sur des patients qui étaient fermés et ah non je veux pas vous parler à vous, j'ai rien à vous dire, et euh le prat' qui était pas toujours très solidaire, qui disait bah pourquoi t'as posé la question ? » - E7

Les débriefings apparaissaient comme des moments essentiels et nécessaires, pour revenir sur les situations de prise en soin rencontrées. Il pouvait s'agir d'une recherche de réassurance face à des situations complexes, d'incertitude diagnostique ou thérapeutique, génératrices d'anxiété ou même simplement d'une recherche d'un second regard sur la prise en charge. Il pouvait aussi s'agir d'aborder des difficultés dans la relation médecin-patient et les émotions vécues par l'interne. Enfin revenir sur les prises en soin était perçu comme un apprentissage de la posture réflexive.

« Ça commençait déjà par moi et ça je trouvais ça génial, parce que bah ça changeait tout en fait. Si ça allait pas je le disais direct. On parlait d'abord de pourquoi j'y étais pas arrivé et ensuite derrière on regardait ce que j'avais fait et c'était génial ! » - EE

Le MSU était perçu comme le responsable de la systématisation quotidienne du débriefing. Pourtant plusieurs participants regrettaient des manquements, soit pour eux, soit pour des co-internes qui ne bénéficiaient pas ou très peu de ces temps d'échanges pourtant obligatoires. Plusieurs des participants se sont même qualifiés de « chanceux » du fait d'avoir des MSU qui se montraient attentifs. Par ailleurs, les participants étaient favorables à ce que ce soit les MSU qui abordent et encouragent la question du vécu émotionnel.

« Ouais qui (MSU) fasse ouvertement, qui pose ouvertement la question sur les émotions ça aide. Parce que nous, moi en tout cas en tant qu'interne au débrief je parle médical mais je parle pas émotions. Donc le fait que ça soit elle qui en parle directement, c'est vrai que on se dit, 'fin moi en tout cas je me suis dit, voilà je peux lui en parler » - EF

La relation de proximité MSU-interne liée au vécu commun dans la pratique était renforcée par le partage de temps informels. Ils pouvaient se vivre au cours des journées de stage, par exemple lors des trajets en voiture pour effectuer les visites à domicile, au moment des repas ou encore lors d'activités en dehors de la sphère professionnelle. Ces temps informels étaient perçus comme essentiels pour apprendre à se connaître et permettre ainsi de se confier plus facilement dans une relation horizontale plutôt que hiérarchique.

« En fait avec mes MSU je trouve que j'arrive à construire des relations surtout quand on mange ensemble. Je trouve que c'est important de manger avec son MSU parce que c'est aussi là où on peut parler des émotions. Parce que des fois dans un débrief de 20 minutes on a pas le temps de tout parler mais d'avoir une relation autre. » - E2

Cette relation de proximité et de confiance apparaissait essentielle pour se sentir suffisamment à l'aise et légitime de se confier sur un sujet aussi personnel et subjectif que celui des émotions.

Dans les stages hospitaliers, les MSU étaient beaucoup moins identifiés comme des ressources. Les co-internes prenaient alors le relais dans la réassurance sur les prises en charge.

« Et sinon les personnes-ressources, au niveau hospitalier, c'est mes co-internes. C'est les gens qui sont dans la même situation que moi. » - EF

Le tuteur

Le tuteur était bien identifié comme ressource officielle présentée par le DUMG en début de cursus et à chaque semestre. Pourtant, il était rarement sollicité de façon spontanée par les participants. Ils lui attribuaient plutôt un rôle de second recours, en cas de difficulté sur le terrain de stage et notamment avec le MSU coordonnateur de la maquette.

« J'allais beaucoup, beaucoup plus facilement vers mes maîtres de stage qui, avec qui je savais que je pouvais parler et avec qui j'avais confiance en fait, que des gens que je ne connais pas qui ok sont peut-être là pour ça, mais je vais pas me confier à quelqu'un que je ne connais pas. Je ne me vois pas prendre mon téléphone et l'appeler. Nan pour moi c'est plus quelqu'un qui valide les trucs et puis c'est tout. » - EE

Les participants estimaient que le nombre de rencontres et le changement semestriel de tuteur ne permettaient pas la construction d'un lien de confiance et de proximité suffisant pour aborder les émotions.

Une des participants nous a aussi confié une certaine retenue à signaler au tuteur d'éventuelles difficultés en stage, craignant leur divulgation en cas d'affinité avec le MSU concerné.

« Puis même, aller dire que ton stage se passe pas bien. Tu sais pas si c'est [le tuteur] le pote de ton maître de stage, qu'est ce que tu vas dire ? » - EE

L'AIMG-MP

L'association des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées (AIMG-MP), était identifiée par certains comme une ressource possible, mais plutôt en cas de difficulté rencontrée sur le terrain de stage, soit relationnelle, soit en lien avec un non-respect du temps ou des conditions de travail. Bien qu'ils ne soient pas identifiés comme interlocuteurs avec qui parler des émotions, certains participants reconnaissaient tout de même que les membres de l'association étaient plus accessibles du fait de la proximité générationnelle.

« [...] je crois que l'AIMG c'est surtout si moi je vois un autre co-interne qui n'est pas bien je peux leur en parler et eux après ils vont aller gérer ça de leur côté et essayer d'aller discuter avec lui ou de lui proposer des solutions. » - EC

Les membres responsables du DUMG

Enfin, les membres du DUMG étaient identifiés par certains comme une ressource sur laquelle s'appuyer, mais plutôt de troisième recours, après le MSU et le tuteur. Le principal motif de recours évoqué était les difficultés personnelles ou professionnelles suffisamment importantes pour impacter le cursus de formation.

C.2.3.5. S'appuyer sur des outils pédagogiques

Les traces écrites

Parmi les différentes traces écrites, les RSCA étaient perçus de manière très différente en fonction des participants. Une majorité les percevait comme des obligations facultaires rébarbatives du fait des contraintes rédactionnelles imposées. Ce constat était indépendant de l'avancée dans le DES.

« Le fait de mettre une trace écrite on est plus dans la recherche de trouver un cas complexe qu'on va pouvoir utiliser comme trace écrite que dans le fait d'avoir des choses émotionnellement difficiles à raconter quoi. » - EC

Les autres trouvaient le travail de l'écriture réflexive bienvenu et pertinent pour explorer leur ressenti personnel, donner du sens et prendre du recul à l'aide des mots sur leurs émotions. Cela leur permettait de progresser dans leur gestion émotionnelle.

« Les traces écrites c'est, je trouve que c'est intéressant ! Beaucoup de gens râlent dessus et puis moi aussi, je vais être clair. Mais quand je suis dedans si tu veux je dialogue avec moi-même pour trouver les bons mots justement, le bon ordre dans lequel raconter les choses [...]. Je préfère attendre trois mois ou quatre mois après le cas et me dire bon ben voilà qu'est-ce que t'en a tiré ? Quelles sont les questions que tu t'es posées par rapport à cette situation ? » - E3

Les situations cliniques rencontrées écrites (SCRE) n'étaient pas identifiées comme des outils d'aide à la gestion émotionnelle globale. En revanche, le processus de recherche d'une solution à une problématique rencontrée était identifié par quelques participants comme un moyen de diminuer l'anxiété ressentie face à l'incertitude.

Les GEP et les GTT

Les GEP et les GTT étaient unanimement mentionnés comme outils d'aide à la gestion des émotions. Pour les participants, les GTT permettaient d'explorer spécifiquement les questions relationnelles et émotionnelles. Les participants profitaient de ces temps d'échanges pour aborder des difficultés relationnelles au travail, avec les équipes ou avec les patients et faire légitimer leurs émotions ressenties par les pairs.

« [...] il y avait des patients contre lesquels je ressentais, l'émotion se rapprochait plus de la colère à savoir un patient qui vraiment me saoulait, qui me parlait mal euh contre qui je m'étais vraiment énervé. Et c'est quand j'en parle en GTT que je me dis que oui c'est normal, il y a des patients qui nous font chier, c'est normal et éventuellement de, de s'énerver contre eux, et que voilà c'est une réaction normale et que tout le monde l'a déjà eue au moins une fois et qu'il n'y a pas de problème avec ça. Que c'est une réaction normale voilà. » - EF

Les GEP, malgré leur approche plus biomédicale, laissaient également un espace d'expression des émotions. Notamment pour confronter sa pratique à d'autres points de vue, ouvrir de nouvelles perspectives et enrichir son expérience des conseils des autres en perspective de confrontation future à des situations similaires.

« C'est un outil qui m'intéresse pas mal parce qu'on a tous une relation différente avec les patients et c'est intéressant d'avoir les outils, les trucs et astuces des autres pour savoir comment réagir à telle ou telle situation ou de savoir dans quelle position se mettre, quel degré de curseur mettre aussi voilà. C'est intéressant d'avoir des retours de personnes qui sont très différentes de nous. » - E3

Le format d'échanges en petits groupes de co-internes était apprécié pour l'atmosphère décontractée et informelle, propice à libérer la parole. Le cadre de non-jugement et de bienveillance qui en ressortait encourageait à s'exprimer librement et sans crainte.

« Tout le monde était à l'écoute, il n'y a pas de jugement, il y a un jugement parce qu'on donne un avis. Mais il n'y a pas de jugement « oh t'as mal fait », on a jamais mal fait. C'est « ah... moi peut-être la prochaine fois » parce que c'est des outils pour la prochaine fois surtout qu'on donne. Et je trouve c'est bienveillant voilà ! Le GTT c'est bienveillant et... et je pense que c'est important. » - E2

Néanmoins, plusieurs participants estimaient que la fréquence des groupes d'échanges n'était pas suffisante pour en faire un outil d'aide à la gestion des émotions efficace mais plutôt un espace de partage en rétrospective.

« Mais euh t'imagines même si on en a une par mois, ce qui est pas du tout le cas hein. C'est euh genre ça arrive euh, ça arrive et tu te dis la prochaine elle est dans 3 semaines. Vas-y, tu vas pas attendre trois semaines hein pour avoir une réponse ! » - ED

À l'exception d'un des participants, tous souhaitaient poursuivre dans leur pratique future des rencontres régulières en groupes d'échange entre pairs, en prolongement de ces GEP et GTT et du débriefing avec les MSU.

C.2.3.6. Échanger avec l'équipe de soin

Sur les terrains de stage, les participants identifiaient d'autres personnes-ressources. Certains se tournaient vers d'autres professionnels de santé pour confronter leurs ressentis et leurs points de vue et s'extraire de la sphère médicale.

« Quand j'étais en PN1, enfin j'étais dans une maison de santé tu vois. Les gens avec qui je passais plus de temps à discuter, c'était les sages-femmes, les kinés, euh voilà tu sais, j'étais... j'étais bien de sortir un peu de ce monde médical qui est quand même... enfin voilà avoir un autre point de vue c'est toujours de l'échange quoi. » - E3

C.2.3.7. Disposer d'un temps de travail respecté

Le respect du temps et des conditions de travail apparaissait nécessaire pour le bien-être des participants. La possibilité de poser ses congés était vue comme une nécessité afin de se reposer et se ressourcer. Disposer de ce temps libre personnel était ainsi un moyen pour faciliter la gestion des émotions professionnelles.

C.2.3.8. Les impacts de la pandémie de Covid-19

Les mesures sanitaires relatives à la pandémie de Covid-19 en vigueur au moment de l'étude ont modifié quelques pratiques. Ainsi les participants nous ont confié avoir regretté la réduction voire l'impossibilité de partager avec leurs MSU des temps informels. Les rencontres tutorées, les GEP et les GTT ont surtout eu lieu de façon dématérialisée, ce qui n'a pas réduit l'assiduité et la participation mais a privé les participants d'une partie de l'authenticité apportée par l'échange humain. De même, les activités personnelles des participants et les temps partagés avec leur entourage ont été impactés. Bien que ces perturbations aient été déplorées, la majorité d'entre eux s'en est toutefois accommodée.

C.2.4. Vécu actuel et attentes des internes en matière d'accompagnement à la gestion des émotions

C.2.4.1. Regard des internes sur la formation actuelle

Pas de formation spécifique, mais plusieurs outils d'accompagnement identifiés

Les participants à l'étude, tout niveau de formation confondu, n'identifiaient pas de formation spécifique à la gestion des émotions au sein du cursus. Cependant, plusieurs ont rapporté être satisfaits de l'accompagnement en cas de difficulté à la gestion émotionnelle par la pluralité des dispositifs déjà en place : les GEP, les GTT, les traces écrites, le tutorat et le débriefing avec les MSU. Un des participants ayant débuté son cursus de formation dans une autre spécialité avant d'effectuer un droit au remords pour la médecine générale exprimait sa satisfaction quant à l'accompagnement propre à la filière de médecine générale.

« J'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus de perches tendues en médecine générale, de filets de sécurité. » - E4

Une formation par l'expérience

Ils reconnaissent d'ailleurs que l'apprentissage à la gestion des émotions se faisait pour une grande partie par l'expérience et la maturité d'âge acquise. C'est ainsi que beaucoup estimaient avoir progressé depuis leur externat.

« Avant j'étais plus touchée je pense. Je vois quand même une petite progression. En externat, c'était pas pareil. En externat, il y a des fois, je rentrais, je passais la porte et je fondais en larmes. Vraiment. C'était, et c'était net, c'était... Donc euh et pas sur des stages qui se passaient bien ou pas c'était sur le patient en lui-même, sur la relation médecin-patient. » - E1

Beaucoup nous ont spontanément partagé avoir bien été sensibilisés au cours de leur formation au bien-fondé de la posture empathique à adopter dans la relation de soin. Cet apprentissage était d'ailleurs plus souvent perçu plutôt comme une injonction que comme une stratégie d'aide dans la gestion des émotions.

« Je pense que oui faut être pile [...], rester dans l'empathie et de ne pas tomber dans la sympathie comme on a étudié. » - EA

Le soignant oublié dans l'approche centrée-patient

Cette approche centrée-patient telle qu'actuellement enseignée n'incluait pas les émotions des internes. Cela était vécu comme un manque par la majorité des participants : d'une part, pour se sentir eux-mêmes plus à l'aise vis-à-vis de leur propre vécu ; d'autre part, pour être davantage préparés à gérer ces émotions au mieux face au patient.

« Je trouve que ça c'est plutôt quelque chose qui est venu de mon éducation, de ma vie. Mais j'ai pas eu du tout l'impression qu'on a géré ça en médecine. On a fait vraiment les choses très scientifiques, euh l'humain j'ai l'impression que justement à aucun moment on est ni sélectionnés sur ça, ni on apprend ça. Des personnalités pas du tout empathiques j'ai l'impression qui arrivent jusqu'au bout euh et c'est parti, on est médecin. Donc je sais pas, j'ai pas l'impression qu'à un moment on nous apprend tout ça. Je l'ai pas ressenti en tout cas. On en a parlé dans un coin, voilà. On nous a expliqué les définitions empathie, sympathie. » - EA

C.2.4.2. Les attentes des internes

Enrichir la formation initiale

Les participants regrettaient une formation trop orientée sur les compétences scientifiques. Une majorité d'entre eux réclamait une valorisation des compétences humaines au sein du cursus, perçues comme essentielles à la relation médecin-patient et inhérentes à la profession.

« Dans la formation c'est surtout axé sur les traitements, prescrire des antidépresseurs, des anxiolytiques, mais euh la prise en charge relationnelle finalement, la prise en charge relationnelle c'est quatre mots c'est tout. On n'explique pas, on explique pas comment ça se passe quoi. » - E7

Ils identifiaient des situations particulières dans lesquelles ils se sentaient mis en difficulté pour gérer leur vécu émotionnel. C'était le cas des consultations d'annonce de pathologies lourdes ou incurables, des échecs thérapeutiques notamment sur les suivis psychologiques, des situations de conflit dans la relation médecin-patient ou de la confrontation aux familles des patients et à leurs souffrances. La gestion des émotions du patient apparaissait aussi être un exercice compliqué auquel ils se sentaient mal ou pas du tout préparés. La difficulté à les recevoir et à y apporter une réponse était génératrice d'anxiété, d'impuissance et les laissaient démunis face à la souffrance ou la contrariété.

« Donc déjà qu'on nous apprenne à nous, gérer nos émotions quand, au premier plan quand on est face au patient à les cacher et ensuite derrière réussir à nous les gérer. Peut-être pourquoi pas en nous disant bah faites ceci, allez voir, parlez à quelqu'un, faites de la sophrologie j'en sais rien mais quelque chose comme ça. Et après que la fac nous dise aussi hein, nous donne des techniques pour répondre aux gens. Enfin moi je pars toujours sur le versant psychologique parce que c'est là où je pêche mais qu'on nous dise comment gérer la souffrance des gens aussi. Qu'on nous donne des outils parce que concrètement moi je trouve qu'on a rien. » - EE

Ils se montraient donc demandeurs d'une formation à la gestion émotionnelle du soignant et du soigné. Perçue comme complexe et propre à chacun, ils s'accordaient à dire que l'apprentissage à cette gestion ne pouvait se réduire à un simple enseignement théorique ou à la mise en place d'un dispositif spécifique unique.

Plusieurs d'entre eux souhaitaient voir mis en place des ateliers de simulation ou des jeux de rôles sur le relationnel médecin-patient, les situations complexes rencontrées et sur la prise en charge des souffrances psychologiques pour s'entraîner à la confrontation à la fois de leurs propres émotions mais aussi à celles des patients et de leur entourage. Ils avaient le sentiment que cela leur

permettrait d'y être mieux préparés et ainsi de diminuer l'anxiété réactionnelle à leur manque de compétences ressenti dans la pratique.

« Je sais que les externes ils ont ça maintenant. Des ateliers de simulation en fait finalement, de relationnel. [...] Ils ont des acteurs qui viennent mimer des patients et ils sont assez forts apparemment. On leur donne un topo et ils sont vraiment capables de s'identifier à tel profil de patients. [...] En médecine générale ça pourrait être pas mal de faire des ateliers de simulations. Ça pourrait être un petit peu comment hmm euh comment on réagirait, comment on ferait et euh ouais, ça ça pourrait être pas mal des ateliers de simulation euh basés, enfin axés sur le côté relationnel. » - E6

« Je pense qu'avoir un jeu de rôles aussi. Savoir expliquer à la famille quoi dire quand on suspecte un cancer chez le patient euh... Quand il y a la famille au téléphone derrière qui veut les explications. Je pense que ça c'est aussi pas mal. » - EC

Plusieurs participants souhaitaient également bénéficier de l'intervention d'un psychologue pour l'apprentissage d'outils d'aide à la gestion des émotions aussi bien personnelles que celles du patient. Ils l'envisageaient soit au sein de groupes de parole spécifiquement dédiés soit au cours d'un enseignement thématique.

« Des groupes de paroles. On revient un peu sur les GTT mais peut-être pas avec un maître de stage. Avec un psychologue, avec un sophrologue, ou des gens qui peuvent nous aider à gérer nos émotions. Sans parler du côté médical, [...] avec quelqu'un qui nous dise bon ben là ce que tu peux faire c'est aussi souffler, ou euh voilà. » - E2

Enfin, l'intervention d'un soignant de soignants a été évoquée pour une sensibilisation à la prévention des risques psycho-sociaux au travail.

« Savoir ce qui peut être dangereux enfin voilà pour nous, savoir se protéger, avoir des outils, des méthodes pour nous aider à gérer ces émotions. [...] Parce que je pense qu'on en parle pas trop entre nous quand ça va trop loin. Ça se ferme assez vite. [...] Donc peut-être des gens qui du coup entendent tous les jours ces situations difficiles, ben ça peut être pas mal d'avoir leur retour général sur ça. » - E4

Renforcer l'accompagnement en stage

Les MSU étaient identifiés comme ayant un rôle à jouer dans la formation à la gestion des émotions sur le terrain de stage, par l'accompagnement des situations vécues. Certains participants se sont

vus conseiller par leurs MSU des méthodes de gestion émotionnelle telles que l'écriture réflexive ou la méditation. Ils apprenaient à leur côté à recevoir et à gérer les plaintes et les émotions des patients. Les participants étaient donc demandeurs d'axer davantage les débriefings sur leur vécu émotionnel dans les prises en charge, pour le partager, recevoir des conseils afin de le légitimer et mieux apprendre à le gérer. Par ailleurs, il était attendu des MSU que ce soit eux qui invitent précisément à explorer la question du vécu émotionnel de l'interne.

Une des participantes suggérait une fiche guide pour accompagner les MSU ou les tuteurs. Elle proposerait des questions ouvertes à poser aux internes pour explorer leur bien-être.

« Qu'il y ait, peut-être voilà une fiche de travail. [...] Plus personnel, avec des questions déjà orientées, en fait. Qu'ils aient, pas une fiche de poste mais une sorte de quelque chose, bon, faut demander ça à l'interne. Après je sais pas si tout le monde est à l'aise avec ce genre de conversation hein mais [pause] après ça laisse le choix à l'interne de répondre ou pas. » - E2

D'autres trouvaient important que les MSU et les tuteurs bénéficient d'une formation spécifique à l'accompagnement émotionnel des internes.

« Je sais pas si eux ont dans leur formation de DU de MSU ils ont ce volet accompagner l'interne dans le relationnel dans la consultation. Non pas que médical mais gestion émotionnelle et relationnelle. Je sais que j'ai certains MSU qui étaient sensibilisés à ça, mais je pense que c'est plus par leur expérience personnelle que par leur formation de maîtres de stage. » - E6

Améliorer le dépistage en santé mentale des étudiants

La gestion des émotions appelait à questionner la santé mentale des étudiants. C'est ainsi que plus de la moitié des participants souhaitait voir renforcer le dépistage en santé mentale au cours de la formation.

« Quand même un truc que pourrait faire le DUMG ou l'université de manière générale, [...] c'est que, en fait, il n'y a pas assez de dépistage de signes de dépression, de burn-out, d'addiction. Et ça c'est dommage ! C'est le seul truc où je trouverais pertinent qui, enfin un minimum de choses de faites parce qu'il y a du gâchis, il y a des gens qui gardent des traces, il y a... c'est, ça c'est triste à voir. [...] et là, là je suis dans le domaine de la gestion médicale de l'émotion qui est arrivée à un stade insupportable. Ça pour ça, il faut un outil. » - E3

Les MSU étaient identifiés comme ayant un rôle clé à jouer dans le dépistage systématique des risques psycho-sociaux au travers des temps d'échanges quotidiens partagés. Bien que cité en

deuxième position du fait de son image de correcteur de traces écrites, le tuteur était pourtant lui aussi perçu comme acteur dans cet accompagnement. Ainsi, les rencontres tutorées étaient perçues comme un temps pour explorer concrètement le bien-être global de l'interne, autrement que par des questions superficielles.

« Que de temps en temps ce soit systématique que les tuteurs et les maîtres de stage demandent si ça va, d'abord sur le plan perso pour après tirer les ficelles, tirer la sonnette d'alarme s'il y a quelque chose à faire derrière. » - E4

« Plus « bon comment ça va ». On nous demande ça mais j'ai plus tendance à répondre du côté médical, ce qui m'est arrivé. Bon « mais toi, est-ce que, qu'est-ce que t'as ressenti ? Est-ce que ça se passe bien ? Et à la maison ça se passe comment ? » parce qu'on parle du côté professionnel mais je pense que quand ça va pas bien du côté personnel ça peut aussi empiéter et finalement personne nous demande comment ça va sur le côté personnel. Et je pense que ça peut aider. » - E2

La pandémie de Covid-19 a mis en lumière une grande souffrance chez les soignants en général. Bien qu'ils n'aient pas éprouvé le besoin de les solliciter, les participants ont accueilli positivement les mails et les publications sur Facebook de la part de l'association locale représentative des internes à ce sujet. Les participants voyaient au travers des révélations amenées par la crise sanitaire une dynamique de libération de la parole autour du mal-être des soignants à entretenir pour l'avenir.

« On a eu pas mal de mails, de choses comme ça. Même l'AIMG communiquait beaucoup par rapport à tout ça. [...] Peut-être que grâce au Covid des choses vont être mises en place, on parlera plus facilement de la souffrance des soignants et maintenant ça va devenir quelque chose de régulier donc tant mieux ! » - EE

La médecine du travail était identifiée comme une structure importante en matière de dépistage de risques psycho-sociaux et de repérage d'éventuelles souffrances psychologiques au travers des visites systématiques instaurées en début de deuxième et de troisième cycles. Ce dépistage devait à leurs yeux être consolidé et plus rigoureux.

« Ça serait bien d'avoir un vrai entretien en médecine du travail. [...] enfin moi j'ai pas vu le médecin, j'ai vu l'infirmière : bon vous savez ce que c'est la dépression, vous connaissez les signes, et elle est passée à autre chose. Vous êtes déprimée ? Elle m'a posé la question je crois. J'ai dit bah non, enfin j'aurais pu mentir, j'aurais pu être au fond du seau et avoir envie de me pendre et personne n'en sait rien. [...] Il y en a peut-être qui ont déjà eu des soucis et qui ont besoin de parler de ça avant même de commencer l'internat. » - EB

Une communication fluide entre tous ces systèmes d'accompagnement semblait nécessaire pour parvenir à un dépistage efficace.

« Ces différentes structures ne se parlent pas forcément. Ou alors ne se parle pas régulièrement. [...] Je pense surtout DUMG et AIMG ils travaillent beaucoup ensemble ça je sais hein... euh ça oui. Après dès que ça sort un peu de ce duo on va dire, euh... c'est un peu plus compliqué. » - ED

Qu'il s'agisse d'un accompagnement dans la formation théorique, pratique ou dans le cadre du suivi de santé universitaire, les participants insistaient surtout sur l'importance de disposer de multiples recours, d'identifier plusieurs portes ouvertes en cas de besoin. Enfin, il apparaissait très important aux participants que cette démarche exploratoire ne soit pas imposée.

« Et puis si le contact se passe pas très bien et que l'interne se voit pas de se livrer, c'est compliqué de l'obliger à le faire je pense. Donc euh... ouais c'est quelque chose de plutôt naturel et je suis pas sûre que ce soit une bonne idée, ouais je sais pas trop si ce serait utile d'obliger, de dire il faudrait faire tant d'entretiens ou un entretien tous les mois avec votre MSU pour être sûr que tout se passe bien... » - E1

C.2.4.3. Les acteurs identifiés

Plusieurs acteurs ont donc été identifiés comme responsables de la mise en place d'un meilleur accompagnement à la gestion des émotions.

Les membres du DUMG étaient les premiers cités en qualité de responsables de la formation au cours du DES.

« Comme je le disais que le DUMG nous aide à gérer tout ça. Qu'il fasse des cours exprès pour ça. Et euh en présentiel [...] parce qu'on a aucun outil et être formés sur le tas là-dessus c'est trop important pour nous laisser tout seul. Donc nan faut oui, clairement là il y a un énorme truc à faire. » - EE

Deux des participants ont d'ailleurs relevé le souhait d'une plus grande souplesse de la part du DUMG face aux internes présentant des profils de forte sensibilité émotionnelle.

« Dès que tu as un problème, que tu rentres pas dans les clous ben on t'invalide. Parce que voilà ben t'es compliqué, tu poses problème, t'as des émotions autres, t'as des problèmes de santé, t'as une sensibilité...je trouve ça aberrant, il faut que tout le monde soit pareil. Et sinon ben la fac elle t'aide pas [pause]. » - E3

L'association locale représentative des internes était identifiée comme un acteur complémentaire, notamment pour proposer des ateliers d'initiation à différentes méthodes de relaxation.

« Après l'AIMG ils peuvent mettre en place comme fait le Tutorat pour les PACES, ben là on a un atelier sophro. Mais voilà, [...] comme ils font des cours de néphro, des cours de fiscalité, ils peuvent proposer des outils comme ça. » - E2

L'association jouait aussi un rôle de canal de diffusion, en communiquant aux internes par mail ou sur les réseaux sociaux, les différentes ressources et structures d'accompagnement existantes comme le service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SIMPPS), PRISM31 ou MOTS², des associations d'entraide et de soutien psychologique. Les participants précisaient que, bien qu'informés, ils n'avaient pas pour autant ressenti le besoin de les solliciter.

« On est plutôt bien sensibilisés à tout ça je crois, enfin. Moi j'ai jamais cherché mais je sais que je vois régulièrement passer sur les réseaux sociaux ou quoi que ce soit les numéros d'aides à appeler si besoin donc dans ces choses-là je pense que si on a besoin on peut trouver facilement de l'aide. » - E1

Les MSU occupaient une place prépondérante dans le dépistage des souffrances. Le tuteur pourrait voir ce rôle revalorisé si son image de correcteur venait à être nuancée par des rencontres et des échanges plus réguliers et moins centrés sur le Portfolio.

L'importance de l'ancrage territorial des ressources a été rappelée, pour bénéficier au cours du semestre d'une proximité géographique avec elles. Les acteurs départementaux ont été évoqués comme un appui intéressant pour développer de tels réseaux sur les différents bassins.

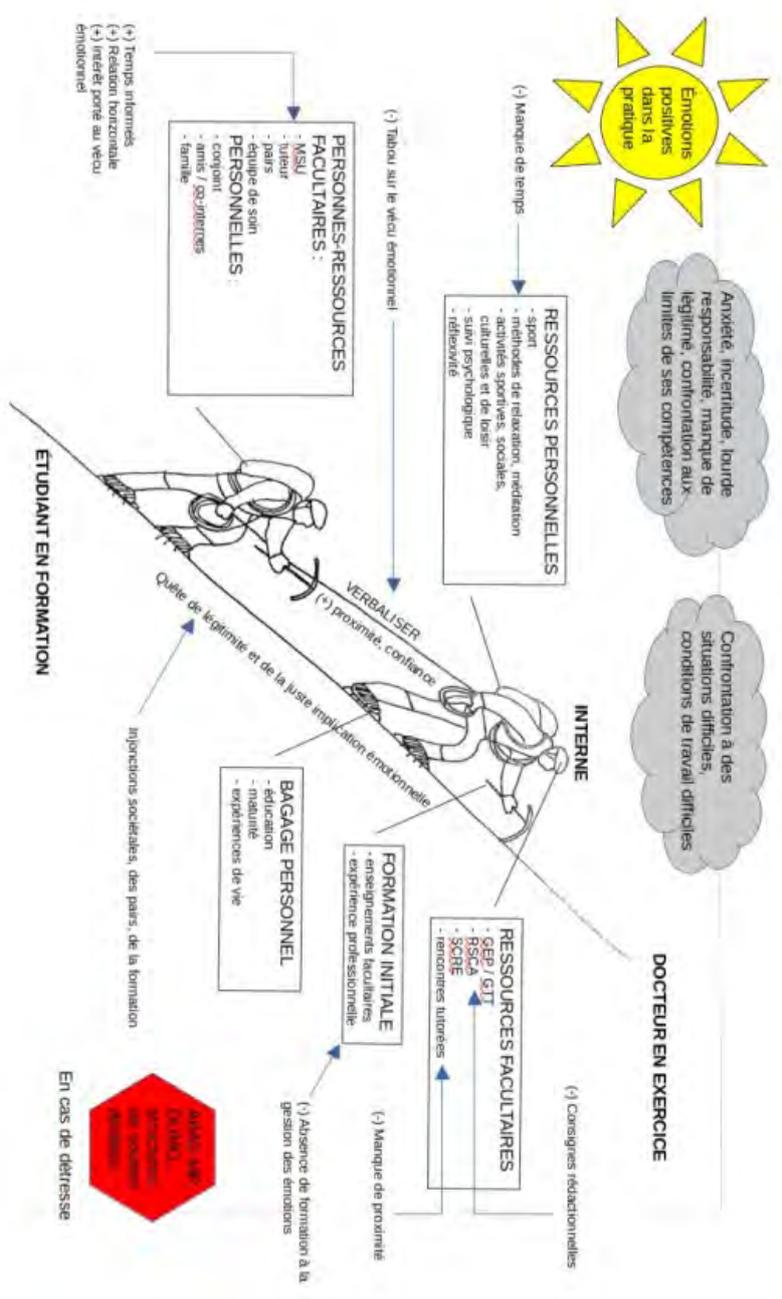
« Je pense qu'il faut que ce soit le DUMG qui l'organise avec les départements, parce que c'est les départements qui vont connaître des acteurs locaux. Parce qu'il faut que ce soient des acteurs locaux. » - E2

C.3. Schéma intégratif

Pour illustrer nos résultats, nous avons choisi la métaphore de l'alpinisme. Le premier alpiniste de la cordée représente l'interne. Il gravit la pente symbolisant son parcours pour devenir docteur en médecine. Il est, tout au long de cette ascension, en quête de sa légitimité et de la juste posture à adopter dans sa pratique. Le soleil représente les émotions vécues comme positives, moteur de son

² PRISM31 est un dispositif mis en place par l'université Toulouse 3 proposant des groupes de paroles entre pairs étudiants : MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) est une unité clinique d'écoute, d'assistance et de recherche-action destinée avant tout à la prévention et à la prise en charge de l'épuisement personnel et professionnel des médecins sur 8 régions de France : <https://www.association-mots.org/>

exercice, les intempéries illustrent quant à elles les émotions vécues comme négatives et les situations difficiles qu'il rencontre sur sa route, mettant parfois en péril sa progression. L'interne s'appuie tout au long de son cheminement sur plusieurs ressources pour gérer ses émotions vécues dans la pratique. Tout d'abord, il est suivi sur la cordée par un deuxième alpinisme représentant les personnes-ressources auprès desquelles il peut trouver écoute et réassurance. Ensuite, son équipement : il est équipé de crampons illustrant son bagage personnel, issu de son éducation et de ses expériences de vie. Son piolet représente les compétences acquises dans la formation initiale et son casque les ressources facultaires. Son sac à dos contient ses différentes ressources personnelles. Enfin, il existe au loin un hélicoptère qui illustre les ressources disponibles en cas de détresse lors de son ascension.



D. Discussion

D.1. Forces et limites de l'étude

D.1.1. L'échantillon

L'échantillon a compté des étudiants de tous les niveaux d'avancée dans le DES de médecine générale, permettant d'améliorer la diversité de l'échantillon. Les étudiants de première année de DES ont toutefois été moins représentés.

Une possible limite est à considérer du fait d'un échantillonnage initial effectué par convenance, atténuée par un recrutement secondairement dirigé par les hypothèses intermédiaires émergentes.

D.1.2. Les investigatrices

La subjectivité des chercheuses, inhérente à leur statut d'étudiantes encore en cours de DES pour l'une et tout juste achevée pour l'autre, a été limitée par un travail d'auto-questionnement. Il a été mené par chacune avant de débiter l'investigation afin de déconstruire leurs a priori personnels (32).

Des liens d'intérêt sont à mentionner : l'une des chercheuses a été membre de l'association représentative des étudiants de troisième cycle de la subdivision et a donc à ce titre eu l'occasion de travailler avec le DUMG sur la question de l'accompagnement des étudiants. Au moment de l'étude, la directrice de thèse était cheffe de clinique universitaire au sein du DUMG de la subdivision.

D.1.3. Le guide d'entretien

Nous nous sommes attachées à formuler des questions de manière la plus neutre possible afin de ne pas orienter les réponses des participants, notamment pour laisser la place à tous les types d'émotions possibles.

D.1.4. Les entretiens

Certains des entretiens ont été menés à distance d'une part du fait des contraintes sanitaires liées à la pandémie de Covid-19 en vigueur pendant une période de l'étude et d'autre part du fait de l'éloignement géographique de l'une des chercheuses. Cette procédure a fait perdre la richesse de l'échange présentiel, mais a permis une plus grande neutralité. Le choix de l'entretien par visioconférence plutôt que par téléphone a quant à lui permis de conserver un contact visuel.

L'enregistrement vidéo a offert une meilleure analyse lors de la retranscription des entretiens concernés, notamment des éléments du langage non verbal.

D.1.5. La méthode

La méthode qualitative inspirée de la théorisation ancrée était adaptée au sujet pour recueillir un panel de données riche et diversifié et aboutir à un modèle explicatif. Le format semi-directif des entretiens a permis aux participants de s'exprimer sans retenue ni crainte de jugement sur la question intime de leurs émotions. Le canevas à questions ouvertes a été privilégié pour explorer plusieurs thèmes tout en laissant un cadre d'expression ouvert.

D.1.6. La validité interne

Il s'agissait d'un premier travail de recherche pour les deux investigatrices. Les ateliers de méthodologie proposés par le DUMG et les conseils de leur directrice ont permis d'en guider la rigueur scientifique. L'une des deux chercheuses a également participé au séminaire d'initiation à la recherche qualitative organisé par la french association of young researchers in general practice (FAYR-GP) dans le cadre de son école d'automne en septembre 2020.

L'étude a été rédigée en s'appuyant sur les critères de la grille COREQ (annexe 9) pour en consolider la rigueur méthodologique.

D.1.7. La validité externe

L'originalité du sujet a laissé une grande liberté à la délimitation de son champ d'exploration. Une seule étude portant sur cette même thématique a été retrouvée lors de la mise à jour bibliographique finale, au moment de clore la rédaction des résultats. Les conclusions du travail de Charlotte André sur l'exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles a permis de corroborer la plupart de nos hypothèses dans une autre subdivision que celle de notre étude (33).

D.2. Comparaison des résultats à la littérature

D.2.1. Le vécu d'émotions fortes dans la pratique

L'exercice de la profession de médecin confrontait les participants de notre étude à des émotions intenses. Cette réalité semble reconnue à la fois par les internes de médecine générale, mais aussi par les médecins généralistes installés. La tristesse, l'anxiété, mais aussi la colère et la culpabilité sont des émotions qui peuvent être intenses et durables allant parfois jusqu'à impacter la vie

personnelle. Beaucoup de situations difficiles génératrices d'émotions identifiées aussi bien par les médecins que par les internes telles la confrontation à la mort, à des pathologies graves, ou à la souffrance psychologique, induisent alors essentiellement de la tristesse chez le praticien. La confrontation aux limites de ses compétences, ou à des incertitudes de prise en charge induit quant à elle plutôt des sentiments de culpabilité et d'anxiété avec une peur commune de l'erreur médicale (33,34).

Ainsi, le sentiment d'une lourde responsabilité dans l'exercice semblait peser aussi bien sur les internes (33,35) que sur les médecins généralistes installés (34). La persévérance de ce ressenti dans le temps est intéressante à souligner, car plusieurs des participants à notre étude semblaient envisager, sinon une disparition, au moins une diminution de son intensité avec les années d'exercice.

Les participants ressentaient aussi très souvent des émotions vécues comme positives. Elles étaient d'ailleurs identifiées comme un moteur dans l'exercice. Elles n'appelaient pas de méthode de gestion particulière. Cela expliquerait probablement la faible proportion de leur représentation dans notre travail.

D.2.2. Des facteurs favorisant le vécu émotionnel intense

Certains facteurs communs à ceux relevés par les participants de notre étude semblaient favoriser la survenue d'émotions perçues comme négatives ou rendre plus difficile leur gestion. Ainsi la charge de travail et certaines conditions d'exercice, notamment l'urgence, mais aussi l'identification au patient, son jeune âge, ou l'attachement qui lui est porté rendraient les émotions plus intenses (33,34).

De ce fait, le respect du temps de travail était un critère bien identifié par les participants comme garant d'un équilibre de vie nécessaire à une bonne gestion de ses émotions. En effet, les congés étaient perçus par l'interne comme des temps de repos nécessaires pour être plus disposé au travail, et le temps libre était essentiel pour pouvoir se consacrer à des activités extra-professionnelles permettant de se ressourcer (33). La fatigue et la surcharge de travail sont des facteurs de risque d'anxiété, de dépression et de syndrome d'épuisement professionnel déjà bien documentés dans la littérature (35,36).

D.2.3. L'ambiguïté de la posture de l'interne : entre étudiant et professionnel

La double casquette de l'interne, à la fois étudiant en formation et professionnel en exercice, suscitait une recherche permanente de légitimité et de validation, à la fois dans la pratique et dans

les ressentis des participants (33). Les travaux de Roger en ex-Midi-Pyrénées sur les suggestions des internes pour lutter contre la souffrance psychologique encouragent une meilleure reconnaissance des étudiants par leurs pairs et supérieurs. L'ambiguïté du statut d'interne, associant une grande responsabilité et une faible latitude décisionnelle, était d'ailleurs identifiée comme un réel facteur de risque de syndrome d'épuisement professionnel.

Les travaux de André en Océan Indien font eux aussi état de cette souffrance dû au manque de reconnaissance, à la fois en tant qu'individu et en tant que médecin. Ces données viennent renforcer la quête de légitimité retrouvée dans notre étude. Qui plus est, les internes se voyaient parfois mis en difficulté dans la communication avec leurs encadrants notamment lors de divergences de points de vue. Ils déclaraient aussi tous avoir été confrontés à un moment de leur formation à un manque d'encadrement les laissant alors vulnérables en situation difficile (33,35).

D.2.4. Les risques psycho-sociaux inhérents à la profession

En 2017, une enquête sur la santé mentale des jeunes et futurs médecins français réalisée par l'ANEMF, l'ISNAR-IMG, l'ISNI et l'ISNCCA rapportait des chiffres préoccupants : 66,2% d'anxiété, 27,7% de dépression chez les étudiants en médecine et les jeunes médecins, 23,7% d'idées suicidaires dont 5,8% dans le mois précédant l'enquête (36).

En 2017, le rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé (QVES) rédigé par le Dr Donata Marra à la demande du ministère des solidarités et de la santé est venu appuyer ce besoin en matière de prévention des risques psycho-sociaux (37).

En 2018, les travaux de Roger ont permis d'objectiver que 49% des internes de médecine générale d'ex-Midi-Pyrénées interrogés avaient éprouvé des difficultés qualifiées de difficilement surmontables au cours de leur internat (35).

Dans cette dynamique, plusieurs dispositifs sont en cours de structuration à la faculté de Toulouse. Le DUMG de Toulouse a mis en place depuis 2021 une cellule d'accompagnement des internes en souffrance : la commission IMGED (internes de médecine générale en difficulté). Elle peut intervenir auprès d'un interne en difficulté, quel qu'en soit le type, et peut faire le lien entre les différents acteurs accompagnant l'interne dans son parcours selon les besoins : la directrice et le coordonnateur du DUMG, l'équipe pédagogique du DUMG, le doyen de la faculté de médecine, l'association locale représentative des internes, la médecine du travail, les référents des groupes pédagogiques de proximité (GPP), les tuteurs et les MSU. De même, un accompagnement personnalisé de tous les étudiants à partir de la 2e année des études médicales par des professionnels

impliqués dans la formation verra le jour à partir de l'an prochain. Ce tutorat des enseignants dédié aux étudiants en médecine (TENDEM) prévoit, selon l'année, une à deux rencontres annuelles minimum pour verbaliser ses doutes, interrogations, difficultés et renforcer le dépistage en matière de risques psycho-sociaux.

D.2.5. La relation médecin-patient

La relation médecin-patient était un point central lorsqu'on parle de la gestion des émotions dans la profession. Trouver la juste distance émotionnelle avec le patient dans la prise en charge était ainsi une question à laquelle tentaient encore de répondre aussi bien les internes que les médecins installés (33,34). Les travaux de Soulard et Stamer portant sur des médecins généralistes installés, retrouvaient tout comme chez les participants à notre étude, une grande variabilité dans la place qu'ils réservaient à leurs émotions et à celles des patients. Les médecins installés avaient tendance à exprimer leurs émotions de colère à leur patients, surtout lorsque leur comportement en était à l'origine. À l'inverse, les participants à notre étude la réprimaient complètement. Ceci peut s'expliquer par le manque de légitimité qu'ils conféraient à leur statut.

Bien que les internes interrogés retenaient la posture empathique enseignée, chacun la traduisait en pratique par des degrés d'implication émotionnelle personnelle variables, allant de l'approche strictement centrée patient à un réel partage des émotions. À l'inverse, les travaux d'André retrouvaient l'idée d'une formation incitant à une franche mise à distance des émotions, qui ne devaient « pas être prises à cœur ». Cette distance émotionnelle était d'ailleurs difficilement applicable par les internes qui ne se retrouvaient pas dans cette pratique (33).

D.2.6. Les différentes stratégies de gestion des émotions

D.2.6.1. La verbalisation des émotions

La verbalisation des émotions était spontanément citée comme la première et principale méthode de gestion des émotions. Cette stratégie est aussi bien retrouvée chez les internes que chez les médecins en exercice. Cette verbalisation pouvait se faire auprès d'une ou de plusieurs personnes identifiées comme ressources, mais aussi en groupe de pairs, ou comme certains médecins le suggéraient, en groupe Balint (33,34). Exprimer ses émotions n'était pourtant pas chose facile. Comme le retrouvait André dans son travail cela nécessitait de dépasser le tabou existant sur la souffrance des soignants particulièrement dans le domaine médical (33).

Auprès des personnes-ressources

Les participants de notre étude citaient deux ressources humaines principales : les conjoints et les MSU. Les MSU étaient considérés comme des figures de réassurance dans la sphère professionnelle, pouvant légitimer les ressentis de par le vécu d'une expérience commune. Ce constat est corrélé aux résultats des travaux de André qui exploraient le vécu émotionnel des internes de la subdivision de l'Océan Indien. La communication était perçue de meilleure qualité avec les MSU des stages ambulatoires qu'avec les seniors encadrants des terrains de stages hospitaliers qui étaient rarement perçus comme ressources par les internes. La relation de proximité se vivait essentiellement avec les MSU ambulatoires, le compagnonnage étant bien moins identifié avec les MSU hospitaliers.

Les conjoints étaient cités comme oreilles privilégiées dans la sphère personnelle pour partager le vécu émotionnel. Venaient ensuite les amis et co-internes, souvent confondus d'ailleurs. Cela marque une différence avec les travaux de André qui mentionnent les co-internes comme ressources principales. Cette différence notable pourrait s'expliquer par la prévalence des terrains de stages hospitaliers dans la maquette de la subdivision de l'Océan Indien et la prévalence des terrains de stages ambulatoires dans la maquette de la subdivision de Toulouse.

La famille occupait aussi une grande place de soutien parmi les personnes-ressources des participants surtout en soutien lors de situations difficiles plutôt que pour une réassurance dans leurs pratiques. Ce constat est aussi retrouvé dans les travaux de Roger où 66,9 % des internes avaient fait appel à leur famille pour les aider lors de difficultés difficilement surmontables au cours de leur internat (33,35).

Le tuteur était bien identifié comme ressource disponible mais pourtant peu sollicité. Il en était de même dans le travail d'André. Le nombre limité de rencontres et son rôle identifié de correcteur de traces écrites en étaient les principaux freins (33).

Dans la subdivision de Toulouse, le tutorat est individuel et l'interne change de tuteur à chaque semestre. Certaines facultés proposent un tutorat de groupe sur l'ensemble des trois années de DES. À Tours, ce format favoriserait une meilleure qualité relationnelle, une meilleure perception du rôle d'accompagnateur du tuteur et de fait, une influence positive dans la compréhension et la production des traces écrites (38).

Les travaux de recherche de Pithon et Brel menés auprès des tuteurs de la subdivision de Clermont-Ferrand exploraient leurs stratégies dans l'accompagnement des internes en difficulté.

L'absentéisme aux groupes d'échanges, aux rencontres tutorées ou encore le retard dans la production des traces écrites étaient des indicateurs de souffrance (39). Ainsi, bien que perçu comme une ressource secondaire par les participants, il apparaît que le tuteur pourrait avoir un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement du vécu émotionnel des internes et le repérage de ses souffrances.

Dans les groupes d'échanges

La grande majorité des participants disait apprécier l'espace d'expression offert par les GEP et les GTT. Ils attachaient une grande importance à l'atmosphère bienveillante et dénuée de jugement de ces espaces de parole. Ils y trouvaient une écoute et une entraide. Ces valeurs étaient retrouvées dans les travaux de Wisniewski et Deleplanque qui exploraient les ressentis des internes lillois à propos des GEP. Ils ont identifié trois piliers garants de leur bonne dynamique : la motivation, la communication, la confiance et l'esprit d'équipe (40).

Ces groupes d'échanges inspirés des groupes de pairs ont pour principal objectif la formation pratique dans le cadre du paradigme d'apprentissage mais ne répondent pas explicitement au besoin d'espace de verbalisation du vécu ressenti. C'est donc à la suite des travaux de Choplin et Ricard qu'ont été mis en place à partir de 2017 dans la subdivision de Toulouse les GTT, des groupes tutorés thématiques autour de la relation médecin-patient. Les participants les considéraient comme bienvenus pour pouvoir échanger précisément sur leur vécu. Une même initiative a pris forme à l'université de Paris-13 : les groupes d'enseignement à la relation thérapeutique (GEART) (41). De même, ces groupes d'échanges se concentrent sur l'aspect relationnel et permettent d'explorer des questionnements sur l'attitude du médecin dans des situations singulières sur le plan émotionnel (31).

La recherche de points de vue extérieurs afin de trouver des conseils et de légitimer les vécus émotionnels personnels se retrouvait de façon commune dans notre étude et les travaux de André (33).

Ces échanges offrent aussi la possibilité de construire une identité professionnelle et un sentiment d'appartenance à un groupe, favorisant l'intégration, le bien-être et l'assurance dans son corps de métier (20,42,43).

D.2.6.2. La réflexivité au travers des traces écrites

La perception des RSCA était mitigée. Son potentiel réflexif était bien identifié, mais les participants avaient du mal à le mettre en pratique du fait des contraintes rédactionnelles imposées.

Ces traces écrites étaient alors perçues comme une simple charge de travail. Les RSCA sont des outils utiles pour explorer des thématiques telles la difficulté, l'empathie, la culpabilité, la peur, la tristesse, la colère, l'incompréhension dans la relation médecin-patient (44). Leur validité pédagogique n'est plus à prouver (26). Pourtant, il semblerait que la disparité au sein des différentes subdivisions dans leur définition, leur rédaction et leur évaluation rendent obscur leur intérêt pédagogique auprès des internes (27). La grille d'évaluation des RSCA proposée par le CNGE (45) est un premier outil d'accompagnement pédagogique, mais un consensus sur leur présentation et le développement de ressources pédagogiques pourrait aider à mieux s'en saisir.

D.2.6.3. Les autres techniques d'enseignement

Avant de mener ces travaux de thèse, l'une des chercheuses a réalisé dans le cadre de son mémoire de DES un état des lieux des dispositifs de prise en compte des émotions dans la formation initiale des étudiants en médecine en France et à l'international. Ce travail a permis de recenser un ensemble d'initiatives novatrices. Bien que le travail d'écriture réflexive, les groupes d'échanges entre pairs et les jeux de rôles apparaissent les deux outils principaux, d'autres approches émergent.

La médecine narrative, bien que présentée comme une approche des soins de santé centrée sur le patient, permet d'explorer ses propres émotions (46). Rita Charon, directrice du programme de médecine narrative à l'université Columbia de New York, la décrit comme « *une médecine exercée avec une compétence narrative permettant de reconnaître, d'absorber, d'interpréter les histoires de maladie, et d'être ému par elles* ». Au travers du récit du patient, le soignant est invité à occuper un rôle actif et à prendre ainsi conscience de tout ce qui se joue dans la prise en soin. Cet outil n'était pas connu de nos participants. Toutefois, il fait partie des outils réflexifs en essor dans les pays anglo-saxons et américains (47).

Les procédés d'expression artistique sont un des autres moyens proposés. Les étudiants se tournent spontanément vers les écrits libres et la poésie. La peinture, la littérature, la musique et le théâtre sont autant d'autres supports d'exploration. L'approche du vécu intérieur par une voie symbolique et extérieure offre un accès parfois facilité à une réalité intime, sensible et complexe. Ces dispositifs présentés restent essentiellement développés à l'attention des étudiants de premier ou de deuxième cycle d'études médicales. Une grande proportion d'entre eux ont été soumis à une évaluation de satisfaction. Pour chacun, il en est ressorti un accueil enthousiaste et des résultats positifs à leur pérennisation voire à leur extension (24,25,48,49).

D.2.6.4. L'activité physique

Pratiquer une activité physique était évoquée comme une méthode de gestion émotionnelle par plusieurs participants de notre étude. Il en va de même dans le travail de Roger qui retrouvait l'activité physique comme aide lors de difficultés psychologiques chez 26,3 % des internes interrogés. Le sport était par ailleurs la première proposition de soutien retenue par les internes de Midi-Pyrénées dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel (35). Le travail de Dripaux retrouvait lui aussi le sport comme activité mis en place pour la régulation du stress chez 55 % des internes de médecine générale ou médecin généraliste non thésés (50). La pratique d'une activité physique modérée à élevée était par ailleurs corrélée à une meilleure qualité de vie chez les internes dans le travail de Lavergne et Lafargue (51).

D.2.6.5. Les méthodes de relaxation

La pratique de méthodes de relaxation telles que la méditation, le yoga et la sophrologie est revenue plusieurs fois. La méditation de pleine conscience a montré ses effets en matière de réduction du stress et de régulation émotionnelle. Les travaux de Dripaux au sein de la subdivision de Toulouse renforcent cette dynamique et rapportent que les internes sont demandeurs d'une formation à la méditation de pleine conscience au cours de leur cursus (50).

D.2.6.6. Les activités sociales, culturelles ou de loisirs

Plusieurs participants à notre étude ont évoqué diverses activités sociales ou de divertissements tels que les jeux de société, les jeux vidéo, le visionnage d'un film ou une sortie entre amis comme moyens de gestion émotionnelle. Les travaux de Dripaux trouvaient aussi la pratique de ces activités chez 31 % des internes ou des médecins non thésés de médecine générale en Midi-Pyrénées comme moyens mis en place pour la gestion du stress (50).

D.2.6.7. Frein à la mise en place des moyens personnels de gestion émotionnelle

Que ce soit dans les travaux de Dripaux, de Roger ou de Lavergne et Lafargue, le premier frein à la mise en place ou au maintien d'une activité sportive ou de loisir était le manque de temps. Cela souligne une fois de plus l'importance du respect du temps de travail pour permettre aux étudiants une mise en application de leurs méthodes de gestion émotionnelle (35,50,51).

D.2.7. Les dispositifs et structures d'accompagnement

La volonté d'un accompagnement psychologique a été mentionnée à plusieurs reprises dans notre étude, soit dans le cadre d'un suivi personnel soit d'une intervention d'un psychologue dans des groupes d'échanges. Cette initiative commence à se développer dans certaines facultés (52).

Les participants à l'étude avaient connaissance des différents dispositifs d'accompagnement existants. Néanmoins, dans le cadre universitaire, le SIMPPS n'a jamais été sollicité. Dans le cadre professionnel, la médecine du travail était perçue comme manquant à sa mission de prévention en matière de santé mentale. Les visites imposées à chaque début de cycle d'études étaient vécues comme des formalités ne proposant pas d'espace de parole et au cours desquelles la question du bien-être psychologique n'étant que très rapidement abordée. Les associations départementales et régionales d'entraide et d'écoute téléphonique telles que PRISM31 ou MOTS n'ont jamais été utilisées, malgré une sensibilisation systématiquement réalisée chaque nouveau semestre par le DUMG et l'association locale représentative des internes. Ces constats étaient retrouvés en Océan Indien : les structures de soutien seraient perçues comme de derniers recours en cas de détresse psychologique majeure ou de situations insurmontables seul (33).

Le tabou sur les souffrances au travail et sur l'expression de l'incertitude retrouvée dans notre étude se retrouve dans la littérature (31,33). La minimisation et la banalisation des difficultés situationnelles et émotionnelles vécues par les participants s'expliqueraient en grande partie par ce tabou enseigné dans le « curriculum caché » des études médicales (53). Décrit dans l'univers pédagogique par Perrenoud, le curriculum caché désigne « ce qui est transmis à l'insu du formateur, plutôt non-dit et partiellement non-pensé qu'activement caché ». En prenant l'exemple de l'erreur médicale, il s'appuie sur les travaux de Mizrahi aux Etats-Unis : « les médecins exigent d'eux-mêmes de hauts standards d'excellence. Ils sont souvent idéalistes, perfectionnistes et évoluent dans un contexte concurrentiel et hiérarchique. Patients comme autres soignants attendent d'eux qu'ils soient infaillibles. Les internes veulent apparaître comme compétents et sont ainsi dissuadés de rapporter leurs erreurs. Ils craignent d'être critiqués voire disqualifiés par leurs enseignants et leurs collègues ». Cette réalité crée une discordance entre les aspirations et le vécu des internes. Les injonctions de la formation, de la société et parfois même des pairs, conduisent à la mise en place de mécanismes de défense responsables de souffrances (53).

D.2.8. Les perspectives

D.2.8.1. Pour la recherche

À notre connaissance, les stratégies mises en place et attentes en matière de gestion émotionnelle est un sujet qui n'a pas encore été étudié en dehors des subdivisions de l'Océan Indien et de Toulouse. Ce sujet mériterait d'être exploré dans d'autres subdivisions pour comparer les différentes stratégies de gestion émotionnelle mises en place par les étudiants et recenser les initiatives locales existantes en matière d'accompagnement. L'étude des représentations et attentes des tuteurs et des MSU en matière de formation à l'accompagnement serait aussi intéressante.

D.2.8.2. Pour l'enseignement et la formation des étudiants

Les participants n'étaient pas en attente d'une formation spécifique à la gestion de leurs émotions, mais plutôt de la voir intégrée dans leur formation globale.

Pérenniser les espaces de paroles

Ainsi, ils étaient surtout demandeurs d'un espace de parole et d'écoute bienveillante pour aborder leurs questionnements, leurs doutes, leurs difficultés. La pérennisation des GEP et des GTT semble être souhaitée par les internes. Il pourrait être intéressant de les développer dès le deuxième cycle des études médicales dans un objectif de sensibilisation à l'intérêt du soutien apporté par les groupes de pairs dès le début du cursus.

Les groupes et les psychodrames Balint sont d'autres espaces d'expression. Modérés par des médecins ou des psychanalystes, ils permettent de poser un nouveau regard réflexif afin de mieux comprendre ce qui s'est joué dans la relation médecin-patient lors de situations choisies (54). Une initiation à de tels groupes pourrait être intéressante à mettre en place au cours de la formation. Un accueil positif a par ailleurs été retrouvé dans les travaux de Bégot et Gourrin au sein des subdivisions de Tours et de Bordeaux (30,55).

Mises en situation par les jeux de rôles et les ateliers de simulation

Les jeux de rôles et les ateliers de simulation à la relation médecin-patient étaient très demandés par les participants.

Bien que les jeux de rôles soient déjà mis en place dans certains séminaires du DES de médecine générale de Toulouse, aucun des participants de notre étude n'a mentionné le souvenir de leur utilisation au cours des enseignements suivis. Ils sont pourtant vus comme de bons moyens pour se

préparer à la gestion de situations difficiles et se former à la communication avec le patient et son entourage (31).

La simulation en santé a également son rôle à jouer dans cet apprentissage. Selon la haute autorité de santé (HAS), elle correspond « à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé, pour reproduire des situations ou des environnements de soins, pour enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et permettre de répéter des processus, des situations cliniques ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels ». Deux de ses objectifs sont d'« acquérir et de réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ainsi que d'analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing » (56). Que ce soit dans le domaine de la psychologie médicale, de la coopération en équipe, de la relation médecin-patient ou dans la réalisation d'annonce diagnostique, cette méthode d'enseignement est perçue par les participants comme positive voire essentielle. Son utilisation semble favorable dès les premières années de la formation mais aussi chez les médecins en exercice. Les participants se trouvent alors renforcés dans leur capacité de communication, se sentent mieux préparés en cas de nouvelle confrontation à une situation complexe et apprécient d'avoir un retour sur leur pratiques, notamment grâce au rétro-visionnage et aux débriefing en fin de séance (57–60).

Formation à des méthodes de relaxation

Les participants souhaitent être formés aux méthodes de relaxation. Les travaux de Dripaux conduits en 2019 retrouvaient une attente similaire de formation à la méditation de pleine conscience. Comme ils le suggéraient, la mise en place d'un séminaire de découverte et d'expérimentation de la méditation de pleine conscience, co-organisé par le DUMG et l'association locale représentative des internes pourrait être intéressante à concrétiser (50).

Revaloriser la place du RSCA dans le travail de réflexivité

L'intérêt des RSCA dans le développement de la posture réflexive n'est plus à prouver. Toutefois, il semblerait nécessaire de clarifier les objectifs de cet outil pédagogique encore trop flous et d'interroger un assouplissement de ses contraintes rédactionnelles. La présentation de la grille d'évaluation élaborée par le CNGE pourrait aider à en préciser les attentes. Aborder en GEP le RSCA d'un des participants pourrait être une autre piste de clarification.

D.2.8.3. Pour la formation des MSU et des tuteurs

Les participants ont questionné à plusieurs reprises l'existence d'une éventuelle formation des MSU et des tuteurs à leur accompagnement émotionnel. Dans la subdivision de Toulouse, il existe un DU de pédagogie adaptée à la maîtrise de stage. Il est organisé par le DUMG et le département de formation continue de la faculté de Rangueil. Organisé en six journées de formation, ses objectifs sont d'« acquérir les connaissances sur le parcours professionnalisant des internes et les compétences pour exercer les fonctions de maître de stage et de tuteur ». À l'heure actuelle, il n'aborde que peu l'accompagnement au vécu émotionnel des étudiants.

Une sensibilisation des MSU à l'accompagnement du vécu émotionnel des internes dans la pratique et une disponibilité d'écoute apparaît cruciale pour les internes. Une formation dédiée pourrait s'intégrer au DU de pédagogie adaptée à la maîtrise de stage. Elle pourrait aussi être imaginée au sein d'un nouveau module de formation dédié, à raison d'une fois par an pour chaque MSU et son binôme interne afin de les sensibiliser tous deux au rôle des émotions et leur impact sur le soignant et la relation de soins. La participation d'un psychologue ou d'un autre professionnel formé à cette thématique pourrait en enrichir les apports.

La place du tuteur dans l'accompagnement est encore à préciser. Envisager de revenir à un système de suivi de l'interne par un même tuteur tout au long du cursus permettrait peut-être de renforcer la relation de confiance et de proximité exprimée comme nécessaire à l'exploration de l'intimité des émotions vécues et favoriserait une libération de la parole.

D.2.8.4. Pour la prévention des risques psycho-sociaux

L'engagement sur le repérage et l'accompagnement des étudiants en souffrance doit se poursuivre. Les structures émergentes au sein de la subdivision, telles l'IMGeD ou TENDEM, s'inscrivent dans une dynamique encourageante et gagnent à être soutenues et consolidées. Il apparaît important de ne pas multiplier les instances au risque de voir les forces se disperser, mais plutôt de sensibiliser chaque acteur de terrain et de les fédérer tous autour de structures identifiées et pérennes dans le temps. Le DUMG, l'association locale représentative des internes et la médecine du travail ont un rôle clé à jouer dans cet engagement.

Il semble fondamental de promouvoir une approche préventive du soutien psychologique afin de briser définitivement le tabou de la souffrance au travail des soignants. À l'heure où fleurit de toutes parts dans la société la quête d'un épanouissement personnel, il est temps de lever le voile sur le curriculum caché des études médicales.

E. Conclusion

Ce travail a permis de mettre en lumière les différentes stratégies mises en place par les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse pour gérer le vécu de leurs émotions lors de la prise en soin des patients et leurs attentes en matière d'accompagnement.

Les participants à l'étude s'accordaient unanimement pour dire que la profession exposait à des émotions intenses. Les injonctions implicites de la société et de la formation offraient peu de place à la considération des émotions du médecin. Le statut d'interne, à la fois étudiant en formation et professionnel en exercice, entraînait une remise en question constante de sa légitimité de soignant. Les groupes d'échanges mis en place au cours de la formation permettaient de s'exprimer dans un cadre bienveillant auprès de pairs vivant les mêmes expériences.

À côté de cette nécessité d'expression émotionnelle, ils recouraient aussi à des pratiques diverses telles que l'activité physique, des méthodes de relaxation, des activités sociales, de loisir ou culturelle pour se ressourcer en dehors du temps de travail.

Ils étaient demandeurs d'un enrichissement de la formation initiale par une revalorisation des compétences humaines et de la place des émotions dans la profession. Ils souhaitaient la mise en place des jeux de rôles et des ateliers de simulation portant sur la relation médecin-patient et la gestion de situations complexes. Certains aimeraient bénéficier d'un apprentissage aux méthodes de gestion émotionnelle telles que de la sophrologie ou d'autres techniques de relaxation. Ils attendaient aussi un accompagnement plus spécifique en stage, notamment par leurs MSU. Ils souhaitaient enfin une amélioration du dépistage et de l'accompagnement en santé mentale.

Des études similaires dans d'autres subdivisions permettraient de recenser les différentes initiatives locales et les attentes des internes. De même, des études auprès des MSU et tuteurs permettraient de préciser leurs attentes en matière de formation à l'accompagnement.

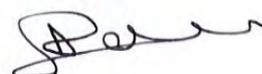
Vu
Toulouse le 29/09/21



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse le 30/09/21

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



F. Références bibliographiques

1. Larousse É. Définitions : émotion - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9motion/28829>
2. Claudon P, Weber M. L'émotion. Contribution à l'étude psychodynamique du développement de la pensée de l'enfant sans langage en interaction. *Devenir*. 23 mars 2009;Vol. 21(1):61-99.
3. ECN - Collège national des universitaires de psychiatrie [Internet]. [cité 10 sept 2021]. Disponible sur: <https://cnup.unistra.fr/enseignement/ecn/>
4. Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nélis D. Les compétences émotionnelles. Dunod; 2014. (Psycho sup).
5. L'intelligence émotionnelle. Intégrale - Daniel Goleman [Internet]. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livres/l-intelligence-emotionnelle-9782290100653.html>
6. *L'Erreur de Descartes : la raison des émotions*. In: Wikipédia [Internet]. 2018 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=L%27Erreur_de_Descartes:_la_raison_des_%C3%A9motions&oldid=154885987
7. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
8. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine.
9. Présentation du D.E.S [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/
10. Definition of General Practice / Family Medicine | WONCA Europe [Internet]. [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>
11. Cortes L, Chaboche A (1984-, Yana J (1987-20, UPEC. Les effets objectivables de l'empathie en médecine: une revue systématique de la littérature. France; 2017.
12. Vannotti M. L'émpathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002;no 29(2):213-37.
13. LES « DEUX TÊTES » DU MÉDECIN, Guy Even - livre, ebook, epub [Internet]. [cité 23 août 2020]. Disponible sur: https://www.editions-harmattan.fr/index_harmattan.asp?navig=catalogue&obj=livre&no=53596
14. Canneva A-C. La relation médecin-patient, représentations chez les étudiants en médecine: étude en PCEM2 à la faculté de médecine de Rennes [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
15. Marseille J. Le vécu émotionnel des étudiants en médecine dans leurs premières expériences en stage: une modélisation [Thèse d'exercice]. [2018-...., France]: Université de Lille; 2019.

16. Whitmore CA, Sakai J, Mikulich-Gilbertson SK, Davies RD. A Four-Week Reflective Writing Program in the Psychiatry Clerkship: Testing Effects on Reflective Capacity. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. avr 2019;43(2):171-4.
17. Cowen VS, Kaufman D, Schoenherr L. A review of creative and expressive writing as a pedagogical tool in medical education. *Med Educ*. mars 2016;50(3):311-9.
18. Wilson H, Warmington S, Johansen M-L. Experience-based learning: junior medical students' reflections on end-of-life care. *Med Educ*. 2019;53(7):687-97.
19. Gold JA, Bentzley JP, Franciscus AM, Forte C, De Golia SG. An Intervention in Social Connection: Medical Student Reflection Groups. *Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry*. août 2019;43(4):375-80.
20. Farley S, Manger J. Emotion sharing: implications for trainee doctor well-being. *Med Educ*. août 2016;50(8):798-800.
21. Deffieux X, Faivre E, Frydman R, Senat M-V. Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle. *Wwwem-Premiumcomdatarevues036823150037000307004279* [Internet]. 6 mai 2008 [cité 18 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/159941/resultatrecherche/60>
22. Romotzky V, Galushko M, Düsterdiek A, Obliers R, Albus C, Ostgathe C, et al. « It's Not that Easy »--Medical Students' Fears and Barriers in End-of-Life Communication. *J Cancer Educ Off J Am Assoc Cancer Educ*. juin 2015;30(2):333-9.
23. Fraser K, McLaughlin K. Temporal pattern of emotions and cognitive load during simulation training and debriefing. *Med Teach*. 2019;41(2):184-9.
24. Hayes P, Cantillon P, Hafler M. Discovering emotional honesty through devised theatre. *Clin Teach*. avr 2014;11(2):84-7.
25. McBain L, Donnelly S, Hilder J, O'Leary C, McKinlay E. « I wanted to communicate my feelings freely »: a descriptive study of creative responses to enhance reflection in palliative medicine education. *BMC Med Educ*. 23 oct 2015;15:180.
26. S.Jaillot , A.Savall , C.Plotton , X.Gocko. Les récits de situation complexe authentiques sont-ils des outils pédagogiques valides ? [Internet]. *EXERCER n°156*, p381 - 382. 2019 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=rsca#revueArticleModal>
27. L.Buschini , C.Vartanian , Y.Brabant , L.Goronflot , P.Arnould , Y.Zerbib , M.Bayen , L.Compagnon , L.Letrilliart. Récits de situation complexe et authentique : quelle utilisation dans les départements universitaires de médecine générale français ? [Internet]. *EXERCER n° 152*, p182-183. 2019 [cité 1 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/search?s=rsca>
28. Perez A, Sinca E. Perception des récits de situations complexes et authentiques (RSCA) par les internes de médecine générale de Midi-Pyrénées: étude qualitative par focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.

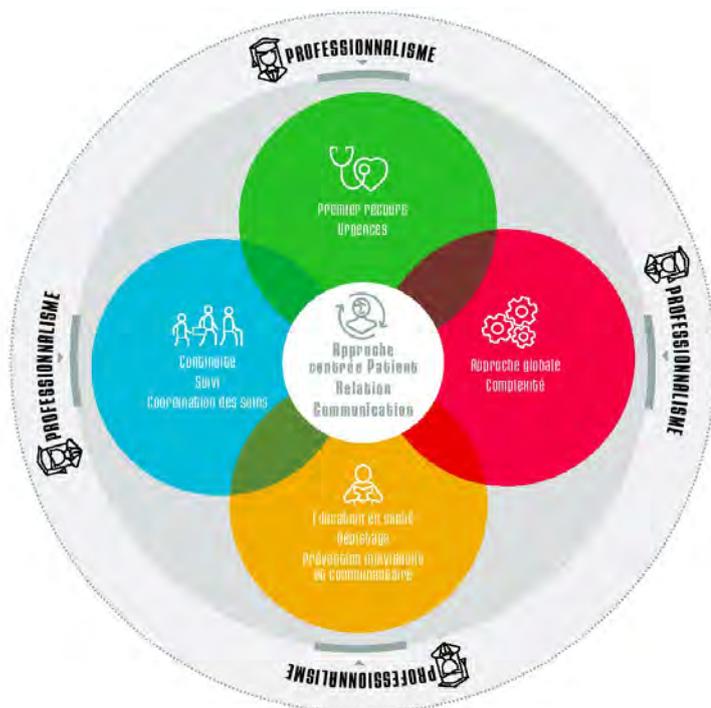
29. Marquet M. Perception des groupes d'échange de pratiques tutorés par les internes de médecine générale: construction active des connaissances, soutien des pairs, autonomisation et acquisition de compétences pour la pratique future [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
30. Bégot MP. Perception de la formation à la relation médecin-patient à travers la pratique de groupes Balint chez les internes de médecine générale de la région Centre: étude qualitative de type entretiens semi-dirigés menée auprès des internes de médecine générale de la région Centre [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2012.
31. Choplin M, Ricard S. Représentations des internes en médecine générales de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient » [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1872/>
32. www.unitheque.com. Initiation à la recherche qualitative en santé [Internet]. Unithèque. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.unitheque.com/initiation-recherche-qualitative-sante/wolters-kluwer-health-france/Livre/359725>
33. André C. Exploration des besoins et des attentes des internes de médecine générale de l'Océan Indien en matière d'accompagnement à la gestion de leurs émotions en situations professionnelles [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Réunion. UFR Santé; 2020 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03066694>
34. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion ? [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017.
35. Roger F. Étude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2018.
36. ESMJM_Dossier_de_presse.pdf [Internet]. [cité 21 juin 2020]. Disponible sur: https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/ESMJM_Dossier_de_presse.pdf
37. Rapport-QVES-MARRA-03-04-18.pdf [Internet]. [cité 9 sept 2021]. Disponible sur: <https://cna-sante.fr/wp-content/uploads/2020/04/Rapport-QVES-MARRA-03-04-18.pdf>
38. Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentations des internes de la région Centre. Exercer. janv 2014;25(111):40-6.
39. Pithon M, Brel B, Cambon B. Stratégies d'accompagnement des internes en difficulté: étude qualitative auprès des tuteurs du département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand [Internet]. 2017-2020, France; 2020 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03247767/document>
40. Wisniewski P. Les Groupes d'Echanges de Pratiques: le ressenti des internes de médecine générale lillois [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.
41. Mazet J. Évaluation des enseignements du DES de médecine générale par les étudiants. Exercer. févr 2016;27(124):24-5.

42. Perrot C, Pelissier C, Arbuz G, Buisson A, Gonthier R, Ojardias E, et al. Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression. Wwem-Premiumcomdatarevues16366522unassignS163665222030043X [Internet]. 9 avr 2020 [cité 19 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com-s.docadis.ups-tlse.fr/article/1359335/resultatrecherche/244>
43. Bynum WE, Adams AV, Edelman CE, Uijtdehaage S, Artino AR, Fox JW. Addressing the Elephant in the Room: A Shame Resilience Seminar for Medical Students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2019;94(8):1132-6.
44. Subocz L, Rémond D. RSCA: identification et analyse des différentes thématiques développées par l'étudiant et des différentes réactions affectives qui en découlent [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2012.
45. CNGE. Grille d'évaluation du RSCA [Internet]. Disponible sur: https://cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Grille_%C3%A9valuation_RSCA.pdf
46. Goupy F, Abgrall-Barbry G, Aslangul E, Chahwakilian A, Delaitre D, Girard T, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade ? *Presse Médicale.* janv 2013;42(1):e1-8.
47. Rossi S. Médecine narrative [Internet]. Érès; 2019 [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-page-236.htm>
48. Byars LA, Stephens MB, Durning SJ, Denton GD. A curricular addition using art to enhance reflection on professional values. *Mil Med.* avr 2015;180(4 Suppl):88-91.
49. Potash JS, Chen JY, Tsang JPY. Medical student mandala making for holistic well-being. *Med Humanit.* mars 2016;42(1):17-25.
50. Dripaux A, Gimenez L, Driot D. État des lieux des connaissances et de l'intérêt des internes de médecine générale et médecins généralistes non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la méditation de pleine conscience en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions [Internet]. France; 2019 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2583/>
51. Lavergne C, Lafargue M. Impact de l'activité physique sur la qualité de vie des internes en médecine de Midi-Pyrénées [Internet]. France; 2019 [cité 1 sept 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2642/>
52. Even G. Enseigner la relation médecin-malade Présentation d'une expérience pédagogique développée à la faculté de médecine de Créteil. *Pédagogie Médicale.* 29 2006;7(3):165-73.
53. Galam E. [Becoming doctor: Highlight the hidden curriculum. Medical error as an example]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. avr 2014;43(4 Pt 1):358-62.
54. L'AFB et Michael Balint | Association de Formation Balint [Internet]. [cité 13 sept 2021]. Disponible sur: <https://formation-balint.fr/afb-michael-balint/>

55. Gourrin E. Apports d'une initiation au groupe Balint dans la formation à la relation médecin-patient des étudiants en SASPAS en DES de Médecine Générale: étude qualitative par entretien semi-directif [Thèse d'exercice]. [2014-....., France]: Université de Bordeaux; 2014.
56. Haute Autorité de Santé - Simulation en santé [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_930641/fr/simulation-en-sante
57. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale: une expérience nancéenne utilisant la simulation [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2017 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2017_BOURGEOIS_GUILLAUME.pdf
58. Breillad M, Chapel S. Annonce de diagnostic complexe: vécu des médecins et apport d'une formation à la communication par simulation [Internet] [Thèse d'exercice]. [2016-2019, France]: Université Grenoble Alpes; 2017 [cité 6 sept 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671926/document>
59. Faure-Pontier J-N. Place de la simulation dans le cursus universitaire de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2015.
60. Dumot P. Impact d'un enseignement de la relation médecin-patient par jeux de rôle sur la compétence communication des étudiants en médecine: étude d'une cohorte prospective d'étudiants en médecine de diplôme de formation générale en sciences médicales 3 assistant aux enseignements dirigés de sciences humaines et sociales de la faculté de médecine de Tours [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.
61. Missions, organisation | CNA Santé [Internet]. [cité 11 sept 2021]. Disponible sur: <https://cna-sante.fr/missions-organisation>
62. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 4. paperback printing. New Brunswick: Aldine; 2009. 271 p.

G. Annexes

G.1. Annexe 1 : Référentiel métier et compétences des médecins généralistes, CNGE



Référentiel métier et compétences des médecins généralistes

Cette marguerite représente les 6 compétences principales de la spécialité médecine générale.

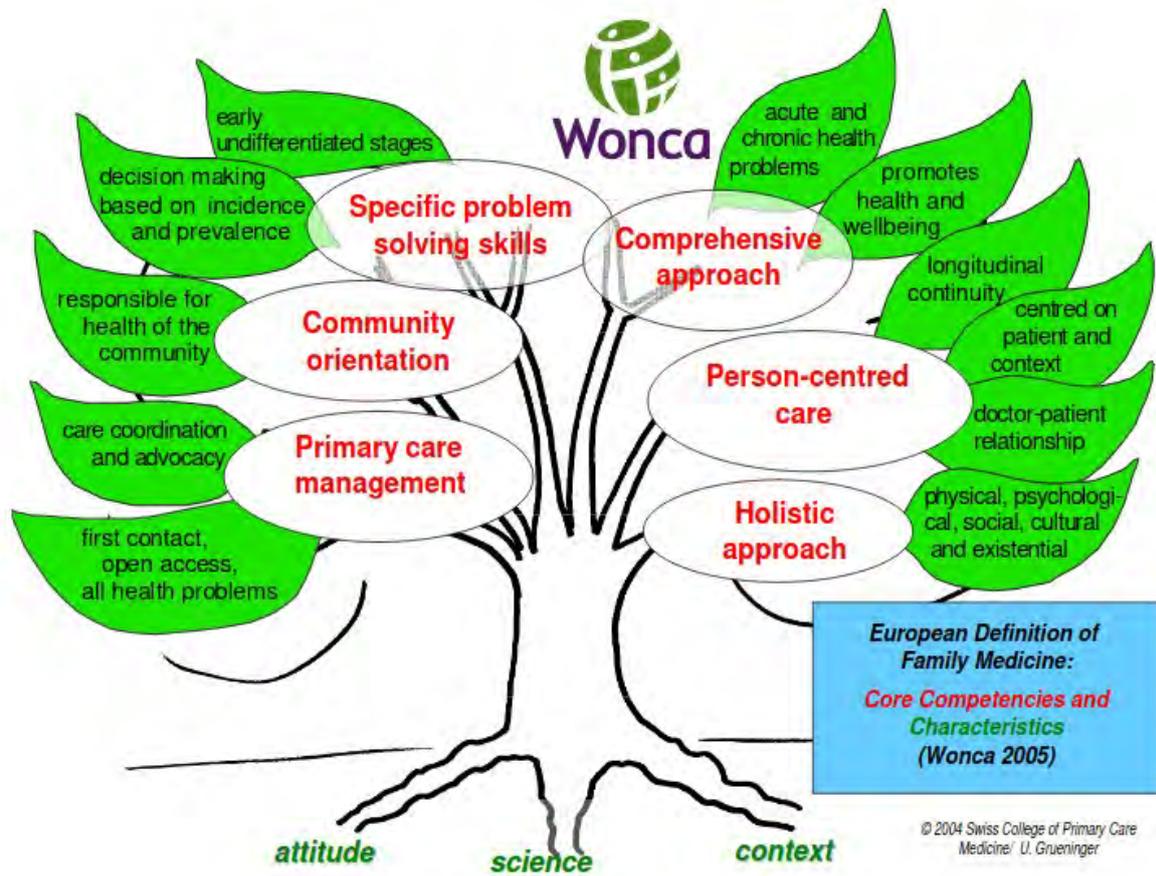
Chaque cercle illustre les ressources nécessaires à mobiliser pour son exercice. La spécialité médecine générale est une discipline centrée sur la personne qui s'appuie sur trois dimensions fondamentales : scientifique, comportementale et contextuelle.



SOURCES : d'après C. ATTALI, P. BAÏL et al. groupe « niveaux de compétences » du CNGE

Document communiqué par le Collège National des Généralistes des Exercices

G.2. Annexe 2 : Arbre des caractéristiques et des compétences de la médecine générale, WONCA



G.3. Annexe 3 : Version 1 du guide d'entretien

Question brise-glace : Pourrais-tu me décrire une émotion forte que tu as ressentie ces derniers jours ?

Comment tu l'as gérée ?

De façon générale, comment laisses-tu tes émotions s'exprimer dans ton quotidien ?

Quelle attention prêtes-tu à tes émotions ? Qu'est-ce qui te fait dire ça ?

Cette attention est-elle la même à propos d'une émotion que tu perçois comme positive ou négative ?

Maintenant, je te propose que nous nous concentrons un peu plus sur la relation médecin-patient. Peux-tu me parler des émotions que tu vis au cours de la prise en charge de tes patients ?

C'est peut-être difficile de répondre de façon aussi générale. Tu peux essayer de te remémorer une situation émotionnellement forte, positive ou négative, vécue au cours de la prise en charge d'un patient pendant ton internat.

De façon générale, quelle place aimerais-tu réserver à tes émotions dans la prise en charge des patients ?

Qu'est-ce que tu fais de ces émotions vécues dans la prise en charge des patients ?

Dans ta vie quotidienne ?

Que penses-tu des moyens proposés au cours de notre formation (les débriefings avec tes MSU en stage, les GEP/GTT, les traces écrites, les échanges avec ton tuteur, les enseignements et les séminaires) ?

Qui, selon toi, pourrait être un interlocuteur privilégié et pourquoi ?

Quel type d'outil (ou moyen) pourrais-tu imaginer pour mieux t'aider à gérer les émotions vécues au cours de la prise en charge des patients ?

Comment tu l'envisages ?

En vois-tu à mettre en place dans les échanges avec tes MSU ou ton tuteur ?

G.4. Annexe 4 : Version 2 du guide d'entretien

Question brise-glace : Pourrais-tu me partager une émotion forte que tu as ressentie ces derniers jours ?

Comment tu l'as gérée ?

De façon générale, comment laisses-tu tes émotions s'exprimer dans ton quotidien ?

Quelle attention prêtes-tu à tes émotions ? Qu'est-ce qui te fait dire ça ?

Cette attention est-elle la même à propos d'une émotion que tu perçois comme positive ou négative ?

Maintenant, je te propose que nous nous concentrons un peu plus sur la relation médecin-patient. Peux-tu me parler des émotions que tu vis au cours de la prise en charge de tes patients ?

C'est peut-être difficile de répondre de façon aussi générale. Tu peux essayer de te remémorer une situation émotionnellement forte, positive ou négative, vécue au cours de la prise en charge d'un patient pendant ton internat.

De façon générale, quelle place aimerais-tu réserver à tes émotions dans la prise en charge des patients ?

Qu'est-ce que tu fais de ces émotions vécues dans la prise en charge des patients ?

Dans ta vie quotidienne ?

Que penses-tu des moyens proposés au cours de notre formation (les débriefings avec tes MSU en stage, les GEP/GTT, les traces écrites, les échanges avec ton tuteur, les enseignements et les séminaires) ?

Qui, selon toi, pourrait être un interlocuteur privilégié et pourquoi ?

Quel type d'outil (moyen) pourrais-tu imaginer pour mieux t'aider à gérer les émotions vécues au cours de la prise en charge des patients ?

Comment tu l'envisages ?

En vois-tu à mettre en place dans les échanges avec tes MSU ou ton tuteur ?

G.5. Annexe 5 : Fiche des soutiens locaux

Besoin d'en parler ? Ne reste pas seul(e) !

Notre échange autour de l'exploration des émotions a pu en soulever chez vous. N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions ou de besoin d'orientation.

Léa FRENILLOT

Téléphone : 06 95 59 61 85

Mail : lea.frenillot@gmail.com

Nolwenn BOUCHET

Téléphone : 06 58 37 71 26

Mail : nolwenn@bouthon.fr

Voici également une liste de soutiens référents :

L'AIMG-MP (Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées)

Mail : contact@aimg-mp.com

Site internet : <https://www.aimg-mp.com/index.php/contact-2/>

Le DUMG (Département Universitaire de Médecine Générale)

Professeur Motoko Delahaye, Directrice du DUMG

Mail : motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr

Le service de médecine du travail du CHU

Référent : Dr HERIN

Mail : herin.f@chu-toulouse.fr

Téléphone : 05 61 77 21 52 ou 05 61 77 21 57

Les psychologues du travail

- **Mme Anne-Sophie RIGOLINI**
Mail : rigolini.as@chu-toulouse.fr
Téléphone : 05.61.77.20.06 ou 06.04.54.39.73
- **Mme Laurence MERCIER**
Mail : mercier.lau@chu-toulouse.fr
Téléphone : 05 61 77 20 62 ou 07 75 11 97 75

Le SIMPPS (Service interuniversitaire de médecine préventive et de promotion de la santé)

Cellule de soutien pour les étudiants de l'UT3.

Téléphone : 05 61 55 73 67

Accueil infirmier : 05 61 55 73 59

L'association PRISM31

Propose des espaces de parole entre pairs pour le public étudiant organisés par l'UT3.

Mail à adresser en précisant NOM, Prénom, et numéro de téléphone. L'association se charge de recontacter les étudiants pour constituer les groupes.

Mail : association.prisme31@gmail.com

L'association MOTS

Cellule d'aide psychologique pour les médecins en difficulté à Toulouse. Elle propose une consultation téléphonique anonyme avec un médecin effecteur de l'association

Téléphone : 06 08 28 25 89

Site internet : <https://www.association-mots.org/>

La maison de la psychologie

Organisme indépendant du CHU pour les agents ne souhaitant pas faire appel aux acteurs internes au CHU. La prise de RDV se fait directement auprès de la maison de la psychologie.

Plateforme d'orientation : 09 70 44 72 73

Numéro dédié au CHU : 06 46 57 18 20

Site internet : <http://maisondelapsychologie.org/>

G.6. Annexe 6 : Formulaire d'information

Formulaire d'information

Nous réalisons un travail de recherche, encadré par le Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse, qui a pour objectif d'explorer les émotions vécues par les internes de médecine générale de notre subdivision. Merci de porter de l'intérêt et d'accepter de participer à notre étude.

Ce recueil d'informations est anonyme. Votre identité ne sera divulguée à personne. Les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier. Votre participation est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous. Si vous acceptez de participer, vous pourrez décider de quitter la discussion à tout moment sans conséquence. De même, il vous sera possible de refuser de répondre à l'une de nos questions si vous ne le souhaitez pas.

Déroulement

Nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences. Nous ne jugerons aucune de vos paroles. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Sentez-vous libre d'exprimer tout ce que vous souhaitez. Notre entretien durera de trente minutes à une heure suivant ce que vous allez nous dire. Si vous ne comprenez pas bien l'une de nos questions, n'hésitez pas à nous en faire part. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser. Nous essaierons d'y répondre, si possible à la fin de l'entretien, pour vous laisser entièrement la parole avant.

La personne présente sera : Nolwenn BOUCHET / Léa FRENILLOT (interne chercheuse).

Les entretiens se dérouleront de façon privilégiée en présentiel dans le respect strict des mesures sanitaires relatives à la pandémie Covid-19, auquel cas la séance sera enregistrée sur dictaphone. Si des contraintes s'imposent, l'entretien sera conduit en visioconférence via la plateforme JitsiMeet©. Ce, afin que nous puissions par la suite retranscrire notre échange le plus fidèlement possible et l'analyser. Nous ne ferons écouter ces enregistrements à aucune personne extérieure à l'étude. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des informations que vous partagez, tous les entretiens recueillis au cours de ce travail de recherche seront pseudonymisés. Les enregistrements seront hébergés jusqu'à publication sur un cloud sécurisé partagé par les deux chercheuses et la directrice de thèse (Nextcloud©). Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez.

La participation à cette étude n'est pas rémunérée. Une collation vous sera proposée pendant la séance, si elle se tient en présentiel. Si vous souhaitez recevoir par mail les résultats de cette étude une fois celle-ci terminée, vous pouvez nous en faire part et nous vous les adresserons.

Nous restons disponibles par mail pour toute question ou sollicitation en lien avec notre échange et notre travail de recherche en général :

Nolwenn BOUCHET : nolwenn@bouthon.fr ; Léa FRENILLOT = lea.frenillot@gmail.com.

Déclaration des conflits d'intérêts

Les chercheuses Léa FRENILLOT et Nolwenn BOUCHET déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

G.7. Annexe 7 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Si vous êtes d'accord pour participer à cette étude, pouvez-vous nous dire ce que vous avez compris à propos du déroulement de l'entretien et de la garantie de votre anonymat ?

Avez-vous des questions concernant le déroulement de l'entretien ou la garantie de votre anonymat ?

La personne qui réalise l'enquête va signer pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom de la chercheuse :

Signature :

Vous allez signer pour attester de votre consentement à participer à cette enquête après avoir été informé(e) des conditions de son déroulement.

J'accepte de participer à l'étude.

Date, lieu, heure :

Nom et Prénom du participant :

Signature :

G.8. Annexe 8 : Avis du comité d'éthique du CNGE



Comité Ethique du CNGE

155 rue de Charonne 75011 PARIS

Courriel : comite-ethique@cngc.fr

Tél : 01 75 62 22 90

A Paris, le 26/01/21,

Objet : Avis du Comité Ethique du CNGE concernant l'étude " Gestion par les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse de leurs émotions vécues dans la prise en charge des patients – Étude qualitative "

AVIS 070121236

Avis favorable

Ce dossier ne semble pas poser de problème éthique majeur.

Pour rappel : votre recherche doit être en conformité avec le RGPD en vigueur en matière de protection des données, rapprochez-vous du DPO (délégué à la protection des données) de votre institution le cas échéant, si ce n'est pas déjà fait.

Quelques remarques qui ne remettent pas en cause l'avis favorable :

Posture des étudiants investigateurs vis-à-vis des populations interrogées ? biais déclaratif ?

Possibilité d'étudiants authentiquement mis en difficulté : qu'est ce qui est prévu dans ce cas ?

Afin d'enrichir votre travail et vos postulats : pensez à consulter les 100 ans de psychanalyse et de Balint disponibles qui questionnent ce même champ.

Quelle référence donne-t-on aux émotions en santé éprouvées par le médecin : domaine des sciences cognitives très documentées depuis très longtemps : beaucoup de littérature à consulter sur le sujet, très ambitieux.

Revoir la formulation de la note d'information : « Vous ne gagnerez pas d'argent » ? = étude non rémunérée – y ajouter le contact des chercheurs.

Commentaires supplémentaires :

Au vu des données récoltées dans la partie talon sociologique du guide d'entretien, on ne peut pas dire que le recueil d'information est anonyme. Il faudrait corriger la formulation (pseudonymisation) et retirer les informations qui ne sont pas indispensables à la recherche (la ville d'externat, par exemple).

La question brise-glace invite d'emblée l'interne à rapporter une émotion forte (de même ce caractère d'émotion forte est mobilisé dans une question ultérieure focalisé sur la prise en charge médicale) : cela pose la question de l'impact psychologique que pourrait avoir la réminiscence de situations émotionnellement chargées (que ce soit personnelle ou professionnelle) pour l'interne et d'un aspect potentiellement délétère que pourrait avoir cette recherche sur les participants. Cette problématique n'est pas adressée dans les documents fournis.

Le formulaire de consentement est curieusement formulé. Sur le formulaire d'information il n'y a pas de coordonnées pour contacter les chercheurs.

Une déclaration auprès de la CNIL via le DPO est mentionnée sur le protocole. A noter qu'il est mentionné que les enregistrements seront partagés sur un cloud sécurisé. Il n'est pas précisé combien de temps les données seront stockées et quand elles seront détruites (les enregistrements audios étant des données identifiantes ne faudrait-il pas les supprimer après retranscription plutôt que de les mettre sur un cloud ?).

Cédric RAT
Pour le Comité Ethique du CNGE

G.9. Annexe 9 : Grille COREQ

Dossier

M. Gedda

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple, numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et réglées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing, politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécu, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹ GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr

H. Abstract

Context : To be a doctor faced with intense emotions. Their influence during care is little taught and more of a “hidden curriculum”. The main objective of this work was to explore among the general medicine residents of Toulouse the different means used, by themselves or supported, how they live their emotions during patients care.

Method : Qualitative study by semi-structured interviews conducted by two researchers among the general medicine residents of Toulouse. The data analysis used the principle of grounded theory. The triangulation data be afforded all along the analysis.

Results : 13 interviews were realized between october 2020 and july 2021. The internship generated anxiety and frustration related to the practice conditions, uncertainty and facing with the skills limits. To manage their emotions, the participants mainly used verbalization and reflective posture. They identified resource person in their private circle to find support and comfort, in their professional circle to find reinsurance and legitimacy. The discussion groups offered free and benevolent space for talking. They also used various personal strategies: sport, social, cultural and entertainment activities. They formulated expectations: an enrichment of the initial training by an enhancement of human skills, a development of role plays and simulation workshops, training about relaxation methods; strengthening of internship support; an improvement in the mental health screening of students and a development of the preventive measures proposed in the subdivision.

Discussion : Managing emotions involved several strategies, both personal and professional. Studies should be carried out in other subdivisions among residents, seniors and tutors in order to identify the various local initiatives and clarify their expectations.

Key-words : general practice ; resident ; emotion ; qualitative research

**Gestion des émotions vécues par les internes de médecine générale de la subdivision
de Toulouse au cours de la prise en charge des patients
Étude qualitative par entretiens semi-dirigés**

Résumé

Contexte : La profession de médecin confronte à des émotions intenses. Leur place et leur influence au cours de la prise en soin sont peu enseignées et relèvent davantage d'un « curriculum caché ». L'objectif principal de ce travail était d'explorer les différents moyens utilisés par les internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse pour gérer, par eux-mêmes ou accompagnés, le vécu de leurs émotions lors de la prise en soin des patients au cours de leurs stages.

Méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés par deux chercheuses auprès d'internes de médecine générale de la subdivision de Toulouse. Retranscription des verbatim et analyse intégrale selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée : codage descriptif, axial, thématique et modélisation d'un schéma intégratif. Triangulation des données assurée à chaque étape de l'analyse.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés entre octobre 2020 et juillet 2021. Le statut d'interne générait de l'anxiété et de la frustration liées aux conditions d'exercice, à l'incertitude et à la confrontation aux limites des compétences. Pour gérer leurs émotions, les participants recouraient essentiellement à la verbalisation et à la posture réflexive. Ils identifiaient des personnes-ressources dans leur entourage personnel pour trouver du soutien et du réconfort, dans leur entourage professionnel pour trouver réassurance et légitimité. Les groupes d'échanges proposés étaient perçus comme des espaces d'expression libre et bienveillants. Ils avaient aussi recours à des stratégies personnelles diverses : activités sportives, sociales, culturelles et de loisir. Ils formulaient des attentes : un enrichissement de la formation initiale par une valorisation des compétences humaines, des mises en situations par l'intermédiaire de jeux de rôles et d'atelier de simulation, un apprentissage aux méthodes de relaxation ; un renforcement de l'accompagnement en stage ; une amélioration du dépistage en santé mentale des étudiants et un développement des mesures préventives proposées dans la subdivision.

Conclusion : La gestion des émotions faisait appel à un panel de stratégies multiples, à la fois personnelles et professionnelles. Des études seraient à mener dans d'autres subdivisions auprès des internes, des MSU et des tuteurs afin de recenser les différentes initiatives locales et de préciser leurs éventuelles attentes.

Mots-clés : médecine générale ; interne ; émotion ; recherche qualitative