



**Nolwenn Bouchet<sup>1</sup>, Léa Frenillot<sup>1</sup>,  
Motoko Delahaye<sup>1</sup>,  
Margaux Gaillard<sup>1</sup>, Pierre Mesthé<sup>1</sup>,  
Émile Escourrou<sup>1,2,3</sup>,  
Laëtitia Gimenez<sup>1,2,3</sup>**

1. Département universitaire de médecine générale, Université de Toulouse, faculté de médecine, 133, route de Narbonne, 31063 Toulouse Cedex, France.

2. MSPU La Providence, 1, avenue Louis-Blériot, 31500 Toulouse, France.

3. CERPOP UMR 1295 INSERM, Université Toulouse-III Paul-Sabatier, faculté de médecine, 37, allées Jules-Guesde, 31000 Toulouse, France.

[laetitia.gimenez@dumg-toulouse.fr](mailto:laetitia.gimenez@dumg-toulouse.fr)

*exercer* 2023;192:184-90.

# Gestion des émotions vécues par les étudiants en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale de Toulouse au cours de la prise en charge des patients : étude qualitative

*Management of emotions experienced by general practice interns of Toulouse during patients care: a qualitative study.*

## INTRODUCTION

### Contexte

La compréhension des émotions et ressentis du patient ne doit pas faire oublier au professionnel de santé qu'il est lui-même générateur d'émotions et de sentiments qui lui sont propres<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>.

En France, les étudiants en médecine sont demandeurs d'un accompagnement à la gestion de leurs émotions dès le 1<sup>er</sup> cycle de leurs études<sup>3,4</sup>. Pourtant, leur place et leur influence au cours de la prise en soin sont peu enseignées et relèvent davantage d'un « curriculum caché »<sup>5</sup>.

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<sup>6,8</sup>, échanges entre pairs<sup>9,10</sup>, jeux de rôle<sup>11</sup>, ateliers de simulation<sup>12,13</sup>, processus artistiques divers<sup>14,15</sup>, pour la plupart d'entre eux sous forme de programmes pilotes. Ces initiatives concernent en grande majorité des

étudiants de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> cycles des études médicales.

En France, au cours du 3<sup>e</sup> cycle, les départements universitaires de médecine générale (DUMG) s'appuient essentiellement sur des outils conduisant à une démarche réflexive, tels que les récits de situation complexe authentique (RSCA)<sup>16</sup>. Des temps d'échanges en groupes sont également proposés sous la forme de groupes d'échanges de pratiques (GEP)<sup>17</sup>, des groupes Balint<sup>18</sup> ou encore des groupes thématiques tutorés (GTT) sur la relation médecin-patient, comme c'est le cas à Toulouse.

Une étude menée auprès d'étudiants en 3<sup>e</sup> cycle (E3C) toulousains en 2017 sur les représentations de la relation médecin-patient rapportait une demande d'aide spécifique à la gestion de leur émotivité<sup>19</sup>. Ils jugeaient cette dernière parfois trop grande face à des situations conflictuelles, pouvant entraîner des réactions émotionnellement fortes et des stratégies d'évitement, de mise à distance ou la recherche de lieux d'expression intimes et bienveillants.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les différents moyens utilisés par les E3C 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.

### Liens d'intérêts :

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Les liens d'intérêts éventuels de chacun des auteurs sont disponibles sur <https://www.transparence.sante.gouv.fr/>

## MÉTHODE

### Type d'étude, population, recrutement

Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, inspirée de la théorisation ancrée, a été menée par deux chercheuses.

Les critères d'inclusion de notre étude étaient : être étudiant inscrit dans l'une des trois années du DES de médecine générale ou en formation spécialisée transversale (FST) dans la subdivision de Toulouse. Les critères d'exclusion étaient : être étudiant de 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> cycle des études médicales ; être étudiant dans une autre subdivision que Toulouse ; ne pas pouvoir donner son consentement écrit et oral et ne pas pouvoir suivre un entretien en langue française.

Le recrutement des participants s'est effectué par deux moyens : *via* Facebook®, en postant une publication présentant succinctement le sujet du travail sur les trois groupes de promotions des étudiants en cours de formation au diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale de la subdivision de Toulouse et en sollicitant directement, par téléphone ou courriel, des étudiants par l'intermédiaire du réseau des anciens maîtres de stage des universités (MSU) des deux chercheuses.

Un échantillonnage raisonné théorique a été effectué sur les critères suivants : genre, statut marital, nombre d'enfants, ville de réalisation du 2<sup>e</sup> cycle, avancée dans le DES (année et semestre en cours, terrain de stage au moment de l'entretien et degré d'autonomie dans ce stage) et la réalisation éventuelle d'une formation complémentaire au DES.

### Recueil des données

Le guide d'entretien a été évolutif au cours de l'étude (annexe 1). Les entretiens ont été réalisés par une seule chercheuse à chaque fois, en présentiel ou en visioconférence, et enregistrés respectivement sur support audio ou vidéo. Les verbatims

ont été intégralement retranscrits par la chercheuse ayant mené l'entretien, et les données ont été anonymisées. Un formulaire de consentement a été signé au préalable par chaque participant (annexe 2).

### Analyse des données

Les étapes de codage ont été réalisées de manière itérative : descriptif ouvert, axial et sélectif. Afin d'assurer la triangulation des données, chaque étape du codage a été effectuée par chaque chercheuse de façon indépendante, puis les codes ont été mis en commun. Les chercheuses ont sollicité l'avis d'une troisième chercheuse 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 dans le codage, tout en ayant effectué une variabilité de l'échantillon. La théorie issue de ces données a été modélisée par un schéma intégratif.

### Aspects éthiques et réglementaires

L'étude a obtenu un accord réglementaire de conformité à la MR-004 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) *via* le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse et un avis favorable du comité d'éthique du Collège national des généralistes enseignants (CNGE) sous le numéro 070121236 (annexe 3).

## RÉSULTATS

La suffisance des données a été considérée comme atteinte au bout de 11 entretiens, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires. Au total, 13 entretiens ont été réalisés d'octobre 2020 à juillet 2021. Les entretiens ont duré de 28 à

70 minutes, 8 ont été réalisés en présentiel et 5 en visioconférence. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau.

### Trouver la juste posture dans sa pratique

#### Rechercher la juste implication émotionnelle

Les participants étaient en quête d'une juste implication émotionnelle dans la prise en soin des patients. Si tous étaient d'accord pour dire que la posture empathique enseignée dans la relation médecin-patient était positive, ils ne la définissaient pas de la même façon en fonction de la place qu'ils souhaitaient réserver à leurs émotions dans leur exercice : « *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) ou à l'inverse : « *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).

#### La posture idéale du médecin, entre injonctions et idéaux

Les participants identifiaient des injonctions de la part de la société et de l'enseignement facultaire, notamment à contrôler l'expression de leurs émotions : « *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 démuné* » (E1). Certains MSU les encourageaient à toujours paraître solides et inébranlables : « *Il y en avait un [MSU] qui nous avait dit on est censé être le mât d'un bateau* » (ED).

Plusieurs ont soulevé un tabou autour de l'expression des souffrances vécues lors de l'exercice professionnel : « *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*



Étudiant	Âge (ans)	Genre	Statut marital, enfants	Ville de 2 <sup>e</sup> cycle d'études	Année de DES, semestre	Terrain de stage, degré d'autonomie
E1	27	F	En couple Pas d'enfant	Autre	3 <sup>e</sup> année 5 <sup>e</sup> semestre	SASPAS Supervision indirecte
E2	26	F	En couple Pas d'enfant	Toulouse	3 <sup>e</sup> année 5 <sup>e</sup> semestre	SASPAS Supervision indirecte
E3	33	M	En couple Pas d'enfant	Toulouse	2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> semestre	Médecine adulte Supervision directe +/- indirecte
E4	25	M	Célibataire Pas d'enfant	Toulouse	1 <sup>re</sup> année 3 <sup>e</sup> semestre	Médecine d'urgence Supervision directe
E5	27	F	En couple, 2 enfants	Toulouse	2 <sup>e</sup> année 6 <sup>e</sup> semestre	SFSE Observation
E6	26	M	En couple Pas d'enfant	Toulouse	3 <sup>e</sup> année 6 <sup>e</sup> semestre	SASPAS Supervision indirecte
E7	25	F	Célibataire Pas d'enfant	Autre	1 <sup>re</sup> année 2 <sup>e</sup> semestre	PN1 Supervision directe
EA	32	F	En couple Pas d'enfant	Toulouse	2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> semestre	SFSE Observation
EB	27	F	En couple Pas d'enfant	Autre	2 <sup>e</sup> année 3 <sup>e</sup> semestre	Médecine adulte Supervision directe +/- indirecte
EC	25	M	En couple Pas d'enfant	Autre	1 <sup>re</sup> année 1 <sup>er</sup> semestre	Médecine d'urgence Supervision directe
ED	29	F	En couple Pas d'enfant	Autre	3 <sup>e</sup> année 8 <sup>e</sup> semestre	SASPAS Supervision indirecte
EE	26	F	Célibataire Pas d'enfant	Autre	2 <sup>e</sup> année 4 <sup>e</sup> semestre	Médecine adulte Supervision directe ± indirecte
EF	26	M	En couple Pas d'enfant	Toulouse	2 <sup>e</sup> année 4 <sup>e</sup> semestre	Médecine adulte Supervision directe ± indirecte

**Tableau** - Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon.

F : féminin ; M : masculin ; PN1 : stage pratique de niveau 1 ; SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée ; SFSE : stage en santé de la femme et santé de l'enfant

assez facilement, mais quand ça dépasse un certain point c'est plus difficile » (E4). Ils percevaient toutefois une évolution dans les mentalités allant vers une libération progressive de la parole.

### Mettre en place des stratégies de gestion des émotions

#### Les stratégies personnelles

La verbalisation apparaissait comme la principale stratégie mise en place pour se détacher des émotions vécues et leur donner du sens : « Je peux pas vivre avec, donc faut que ça sorte et une fois que c'est

sorti ça va mieux » (EE). La majorité des participants adoptaient une posture réflexive spontanée face à leurs émotions pour les analyser, particulièrement pour les émotions perçues comme négatives, telle que la tristesse. Cette démarche réflexive nécessitait du temps : « Il y a des fois où elles arrivent, tu comprends pas trop pourquoi et t'as besoin d'un petit temps de réflexion pour comprendre ce que tu ressens » (E3). L'évitement, en se plongeant dans le travail, et la rationalisation permettaient de faire face aux émotions de trop

grande intensité telles que le deuil, les pathologies graves et les échecs thérapeutiques, et de les dissocier de la prise en charge médicale. Il paraissait primordial de tenir à distance les émotions professionnelles de la vie personnelle : « 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). Les activités sportives, sociales, culturelles, de loisir et la pratique de méthodes de relaxation aidaient à se changer les idées et à évacuer le bagage émotionnel.

### Les personnes-ressources

Dans la sphère personnelle, les participants trouvaient du réconfort auprès de leurs proches. Amis et coétudiants se confondaient souvent et offraient également des conseils pratiques. Dans la sphère facultaire, les MSU apparaissaient comme des ressources phares. Ils légitimaient les doutes et redonnaient confiance. Le lien de proximité se cultivait par le compagnonnage quotidien et par le partage de temps informels, comme les repas de midi : « *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). Dans les stages hospitaliers, les MSU étaient beaucoup moins identifiés comme des ressources. Les coétudiants prenaient alors le relais dans la réassurance sur les prises en charge.

Les tuteurs étaient perçus comme des ressources de second recours, en cas de difficultés en stage. Les participants disaient ne pas assez les côtoyer pour aborder avec eux le vécu émotionnel. Les membres de l'association locale représentative des E3C et du DUMG étaient perçus comme des ressources de troisième ligne, en cas de difficultés personnelles ou professionnelles pouvant impacter leur cursus.

### Les outils pédagogiques

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 : « *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). Ce constat était indépendant de l'avancée dans le DES.

D'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 groupes thématiques tutorés (GTT) et les groupes d'échanges de pratiques (GEP) étaient plébiscités par tous. Ils étaient perçus comme des espaces de parole libre et sans jugement : « *Tout le monde était à l'écoute, il n'y a pas de jugement (...). Le GTT, c'est bienveillant, et je pense que c'est important* » (E2). Ils offraient un enrichissement par le partage d'expériences : « *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 respect du temps et des conditions de travail apparaissait nécessaire pour le bien-être des participants. Disposer de temps libre personnel était perçu comme un moyen de faciliter la gestion des émotions professionnelles.

### Vécu et attentes des étudiants en matière d'accompagnement

Les participants se disaient aidés par les outils pédagogiques déjà en place et concevaient que l'apprentissage à la gestion émotionnelle se faisait en grande partie par l'expérience pratique et la maturité d'âge progressivement acquise. Ils confiaient toutefois que cette gestion des émotions vécues en tant que soignants était oubliée dans l'approche centrée sur le patient et la posture empathique enseignées dans la formation : « *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 sélectionné sur ça, ni on apprend ça* » (EA).

Ils souhaitaient voir enrichie la formation initiale par une valorisation des compétences humaines et une formation à la gestion émotionnelle du soignant et du soigné. Pour cela, ils proposaient le développement de jeux de rôle et la mise en place d'ateliers de simulation axés sur la relation médecin-patient. Ils évoquaient l'intervention de psychologues dans les groupes d'échanges pour l'apprentissage d'outils d'aide à la gestion des émotions.

Ils souhaitaient aussi voir renforcé l'accompagnement en stage, attendant que le MSU encourage explicitement l'exploration du vécu émotionnel au cours des débriefings.

Ils réclamaient enfin une amélioration du dépistage en matière de santé mentale. Plusieurs acteurs étaient identifiés comme ayant un rôle à jouer : les MSU, de par leur lien de proximité, puis les tuteurs, les membres du DUMG et de l'association locale représentative des E3C et les services de santé universitaires. La médecine du travail était perçue comme un acteur-clé, dont ils regrettaient pourtant le manque de présence en pratique. Certains se questionnaient sur une éventuelle formation spécifique à destination des MSU et des tuteurs.

### Schéma intégratif

La théorie issue de nos données a été modélisée par un schéma intégratif suivant la métaphore de l'alpinisme (**figure**). Le premier alpiniste de la cordée représente l'E3C. Il gravit la pente symbolisant son parcours pour devenir docteur en médecine. Durant son ascension, il est 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 exercice, et les nuages gris illustrent les émotions vécues comme négatives et les situations difficiles qu'il rencontre sur sa route. Il est suivi sur la cordée par un deuxième alpiniste représentant les personnes-ressources auprès desquelles il peut trouver écoute et



réassurance. 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. Le panneau de signalisation suggère les ressources disponibles en cas de détresse lors de son ascension.

### DISCUSSION

#### Forces et limites de l'étude

Le format semi-directif des entretiens a permis aux participants de s'exprimer sans crainte de jugement sur la question intime de leurs émotions. La diversité de l'échantillon a été assurée par le recrutement d'étudiants des trois années du DES. Le choix de l'enregistrement par visioconférence des entretiens menés à distance a permis de conserver une bonne qualité d'échanges, notamment des éléments du langage non verbal. L'étude a été rédigée selon les critères de la grille COREQ, pour en consolider la rigueur méthodologique<sup>20</sup>.

Une des limites de notre schéma intégratif est que nous avons choisi de simplifier la métaphore de l'alpiniste en considérant que la « quête de la légitimité et de la juste implication émotionnelle » était une ligne droite avec un coefficient directeur l'assimilant à une ascension. En réalité, cette « quête » n'est probablement pas linéaire, puisque soumise à de multiples facteurs et aux aléas des événements de vie personnelle et professionnelle.

#### Le vécu d'émotions dans la pratique

Les émotions sont une source d'information, un facilitateur de l'action, un support au processus décisionnel<sup>21</sup>. 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, théorisée par Gardner et popularisée par Goleman en 1995 dans son livre *L'Intelligence émotionnelle*<sup>22</sup>. Elle correspond à la « capacité à comprendre, à gérer et à utiliser ses émotions (et celles d'autrui) ». C'est également ce que Damasio développe à partir de 1994 : il existerait un mécanisme par lequel les émotions guideraient le comportement et la prise de décision<sup>23</sup>. 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<sup>21</sup>.

Le vécu de situations difficiles dans la pratique était aussi bien retrouvé chez les E3C d'autres subdivisions que chez les médecins généralistes installés<sup>24</sup>. Il en était de même pour la confrontation à l'incertitude et aux limites des compétences, ainsi que pour la recherche permanente de la juste distance émotionnelle. Ces problématiques semblent donc être durables au cours de l'exercice, et ce malgré l'acquisition d'expérience<sup>24</sup>. L'association d'une forte responsabilité et d'un pouvoir décisionnaire faible inhérente au statut particulier de l'E3C était un facteur de risque du syndrome d'épuisement professionnel clairement établi<sup>25</sup>. La quête de légitimité et la pression induite par les injonctions diverses ont été retrouvées auprès d'E3C d'autres subdivisions<sup>26</sup>.

#### Les stratégies de gestion émotionnelle

La verbalisation est retrouvée dans la littérature aussi bien chez les E3C au travers des groupes d'échanges que chez les médecins en exercice au sein des groupes de pairs et des groupes Balint<sup>24</sup>. Le tabou sur la souffrance des soignants reste tout de même

un réel frein à l'expression libre des émotions<sup>25</sup>.

Dans cette étude, le MSU était perçu comme une des principales personnes-ressources, surtout dans les stages ambulatoires. Ce constat était retrouvé dans la subdivision de l'océan Indien<sup>26</sup>. Le rôle de soutien assuré par la famille a lui aussi été plusieurs fois documenté.

Le nombre limité de rencontres avec le tuteur et son rôle identifié de correcteur de traces écrites en faisaient une personne-ressource secondaire. Il apparaît pourtant que le tuteur pourrait avoir un rôle essentiel à jouer dans l'accompagnement du vécu émotionnel des E3C et dans le repérage de leurs souffrances<sup>27</sup>.

L'étendue de la région a conduit le DUMG de Toulouse à privilégier des groupes pédagogiques de proximité (GPP), conduisant à un changement de tuteur à chaque semestre, présent sur le département de stage. Ces modalités de tutorat peuvent influencer la qualité du lien. Le tutorat de groupe 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<sup>27,28</sup>.

#### Les perspectives

Concernant les outils pédagogiques, la grande majorité des participants disaient apprécier l'espace d'expression offert par les GEP et les GTT, qu'il semble donc important de pérenniser. 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 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<sup>19</sup>.

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<sup>10</sup>.

Les GEP et GTT pourraient être enrichis par une généralisation des initiations aux groupes Balint déjà proposées dans certains départements de médecine générale.

La perception des RSCA était, quant à elle, mitigée. Son potentiel réflexif était bien identifié, mais les participants avaient du mal à le mettre en pratique du fait des contraintes rédactionnelles imposées. Les RSCA sont des outils utiles pour explorer des thématiques telles que la difficulté, l'empathie, la culpabilité, la peur, la tristesse, la colère, l'incompréhension dans la relation médecin-patient. Leur validité pédagogique n'est plus à prouver<sup>16</sup>. Pourtant, il semblerait que la disparité au sein des différentes subdivisions dans leur définition, leur rédaction et leur évaluation rende parfois obscur leur intérêt pédagogique auprès des E3C<sup>29</sup>. La grille d'évaluation des RSCA proposée par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) est un premier outil d'accompagnement pédagogique, mais un consensus sur leur présentation et le développement de ressources pédagogiques pourraient aider à mieux s'en saisir. La formation des tuteurs à l'accompagnement des E3C dans la rédaction de traces d'apprentissages, et notamment des RSCA, semble majeure pour mieux valoriser leur intérêt dans l'acquisition d'une posture réflexive et limiter leur vécu comme contrainte universitaire.

Le développement des jeux de rôle et d'ateliers de simulation centrés sur la relation médecin-patient permettrait de mieux préparer les étudiants à la confrontation aux situations difficiles et à la prise en soin des souffrances psychologiques des patients.

Concernant la prévention des risques psychosociaux, une commission IMGeD (Internes de médecine générale en difficulté) a été mise en place au sein de la subdivision de Toulouse<sup>30</sup>. Elle peut intervenir auprès d'un E3C en difficulté, quel qu'en soit

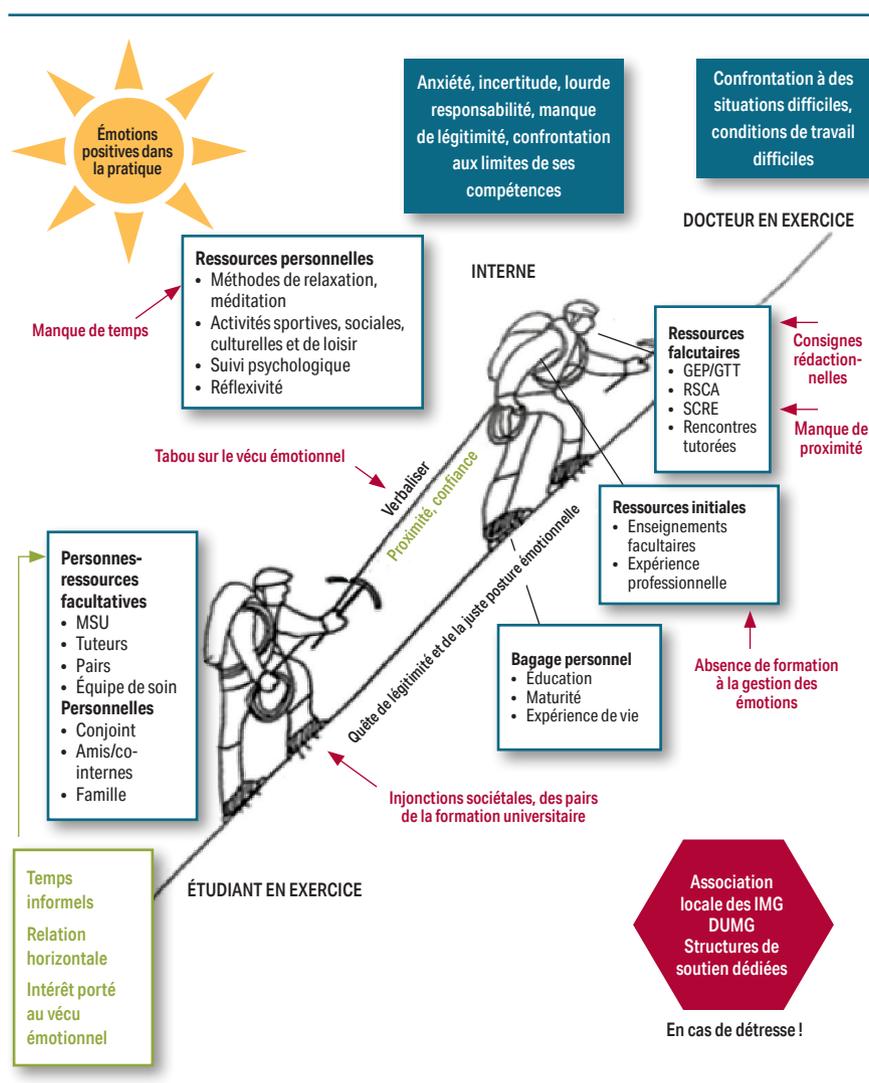


Figure - Schéma intégratif de la théorisation. Mots et flèches en rouge : facteurs limitant une gestion adaptée des émotions. Mots et flèches en vert : facteurs favorisant une gestion adaptée des émotions.

le type, et peut faire le lien entre les différents acteurs accompagnant l'E3C dans son parcours selon les besoins : la direction et la coordination du DUMG, l'équipe pédagogique du DUMG, le doyen de la faculté de médecine, l'association locale représentative des E3C, la médecine du travail, les référents des groupes pédagogiques de proximité, les tuteurs et les MSU. Cette commission n'a pas été citée par les participants de l'étude du fait de sa récente création, mais pourrait venir combler ce besoin en termes de prévention et de dépistage des difficultés rassemblant l'ensemble des acteurs locaux.

## CONCLUSION

Cette étude a permis d'identifier les multiples stratégies de gestion des émotions mises en place par les E3C de la subdivision de Toulouse au cours de la prise en soin des patients, à la fois dans les sphères personnelles, professionnelles et facultaires. Des études plus approfondies sur les mécanismes psychologiques et sociologiques de gestion des émotions pourraient être menées auprès des E3C ainsi que des études auprès des MSU et tuteurs permettant de préciser leurs attentes en matière de formation à l'accompagnement. ◆



## Résumé

**Contexte.** La profession de médecin confronte à des émotions intenses. Leur place dans la prise en soin est peu enseignée, relevant davantage d'un « curriculum caché ». L'objectif principal de ce travail était d'explorer les différents moyens utilisés par les étudiants en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale 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 individuels semi-dirigés réalisés par deux chercheuses auprès d'étudiants en 3<sup>e</sup> cycle de médecine générale de la subdivision de Toulouse. Analyse intégrale selon une méthode inspirée de la théorisation ancrée et modélisation par un schéma intégratif.

**Résultats.** Treize entretiens ont été réalisés entre octobre 2020 et juillet 2021. Le statut d'étudiant en 3<sup>e</sup> cycle générant 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 soutien et réconfort et dans leur entourage professionnel pour trouver réassurance et légitimité. Ils avaient aussi recours à des stratégies personnelles : 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 situation par l'intermédiaire de jeux de rôle et d'ateliers 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.

**Conclusion.** La gestion des émotions faisait appel à des stratégies multiples, personnelles et professionnelles. Des études plus approfondies sur les mécanismes psychologiques et sociologiques de gestion des émotions pourraient être menées auprès des étudiants en 3<sup>e</sup> cycle ainsi que des études auprès des MSU et tuteurs permettant de préciser leurs attentes en matière de formation à l'accompagnement.

→ **Mots-clés** : médecine générale ; internat et résidence ; enseignement médical ; émotions ; recherche qualitative.

## Abstract

**Context.** Being a physician involves intense emotions. Their place in care is little taught, being more of a "hidden curriculum". The main objective of this study was to explore the different means used by general practice interns in the Toulouse subdivision to manage, by themselves or with others, the experience of their emotions when caring for patients during their internship.

**Method.** Qualitative study by individual semi-directed interviews were carried out by two researchers with general practice interns from the Toulouse subdivision. An integral analysis using a method inspired by grounded theory and modelling using an integrative scheme were carried out.

**Results.** Thirteen interviews were conducted between October 2020 and July 2021. Being an intern generated anxiety and frustration linked to the conditions of practice, uncertainty and confrontation with the limits of competence. To manage their emotions, the participants essentially resorted to verbalisation and reflective posture. They identified resource persons in their personal environment to find support and comfort, and in their professional environment to find reassurance and legitimacy. They also used personal strategies: sports, social, cultural and leisure activities. They expressed expectations: enrichment of the initial training by valuing human skills; role-playing and simulation workshops; training in relaxation methods; reinforcement of support during internships; improvement of mental health screening for students and development of proposed preventive measures.

**Conclusion.** Managing emotions involved multiple personal and professional strategies. More in-depth studies on the psychological and sociological mechanisms of emotion management could be carried out among interns, as well as studies among university internship supervisors and tutors to clarify their expectations in terms of support training.

→ **Keywords**: General practice; internship and residency; medical education; emotions; qualitative research

## Références

- Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux 2002;29:213-37.
- Even G. Les « deux têtes » du médecin. Paris : L'Harmattan, 2017.
- Le Hong, M. Représentations du métier de médecin généraliste chez les étudiants en médecine en DFGSM2 à la faculté de Nice. Thèse de médecine : Université de Nice, 2013.
- Marseille J, Cunin M, Bayen S. Le vécu émotionnel des étudiants en médecine dans leurs premières expériences en stage : une modélisation. *exercer* 2020;161:106-13.
- Mahood SC. Formation médicale. *Can Fam Physician* 2011;57:e313-5.
- 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* 2019;43:171-4.
- Cowen VS, Kaufman D, Schoenherr L. A review of creative and expressive writing as a pedagogical tool in medical education. *Med Educ* 2016;50:311-9.
- Wilson H, Warmington S, Johansen ML. Experience-based learning: junior medical students' reflections on end-of-life care. *Med Educ* 2019;53:687-97.
- 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* 2019;43:375-80.
- Farley S, Manger J. Emotion sharing: implications for trainee doctor well-being. *Med Educ* 2016;50:798-800.
- Deflieux X, Faivre E, Frydman R, Senat MV. Enseigner la relation médecin-malade en gynécologie obstétrique par des séances de jeu de rôle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37:291-8.
- Romotzy V, Galushko M, Düsterdiek A, et al. «It's Not that Easy»-Medical Students' Fears and Barriers in End-of-Life Communication. *J Cancer Educ* 2015;30:333-9.
- Fraser K, McLaughlin K. Temporal pattern of emotions and cognitive load during simulation training and debriefing. *Med Teach* 2019;41:184-9.
- Hayes P, Cantillon P, Hafler M. Discovering emotional honesty through devised theatre. *Clin Teach* 2014;11:84-7.
- 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* 2015;15:180.
- Jaillot S, Savall A, Plotton C, Gocko X. Les récits de situation complexe authentique sont-ils des outils pédagogiques valides ? *exercer* 2019;156:381-2.
- 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 de médecine : Université de Nîmes-Montpellier, 2018.
- Bégot MP, Huas D. 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 de médecine : Université de Tours, 2012.
- Choplin M, Ricard S. Représentations des internes en médecine générales de Haute-Garonne concernant la notion de « relation médecin-patient ». Thèse de médecine : Université de Toulouse, 2017.
- Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-57.
- Mikolajczak M, Quidbach J, Kotsou I, Nelis D. Les compétences émotionnelles. Malakoff : Dunod, 2020.
- Goleman D. L'intelligence émotionnelle : Intégrale. Paris : J'ai Lu, 2014.
- Damasio AR. L'erreur de Descartes : la raison des émotions. Paris : Odile Jacob, 2010.
- Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? Thèse de médecine : Université de Grenoble, 2017.
- 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 de médecine : Université de Toulouse III, 2018.
- 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. Thèse de médecine : Université de l'océan Indien, 2020.
- Pithon M, Brel B. Stratégie d'accompagnement des internes en difficulté : étude qualitative auprès des tuteurs du département de médecine générale de Clermont-Ferrand. Thèse de médecine : Université de Clermont-Ferrand, 2020.
- Basileu T, Renoux C. Tutorat individuel et tutorat en groupe : représentations des internes de la région Centre. *exercer* 2014;111:40-6.
- Buschini L, Vartanian C, Brabant Y, et al. Récits de situation complexe et authentique : quelle utilisation dans les départements universitaires de médecine générale français ? *exercer* 2019;152:182-3.
- Chicoulaa B, Durrieu F, Gimenez L, et al. Repérage et prise en charge des étudiants de médecine générale en difficulté. *exercer* 2022;184:280-6.