



Directeur d'enseignement Professeur Jean-Marc SOULAT Directeur d'enseignement Professeur Éric GALAM

# DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 26 novembre 2021

Par Melody ETIENNE, interne de médecine générale

## LES SITUATIONS MARQUANTES DANS LE CURSUS DE L'INTERNAT DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Caractéristiques et impact sur les internes

## Membres du jury:

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

## **RÉSUMÉ**

Depuis quelques années, la santé des étudiants en santé est un sujet d'inquiétude.

Le 3 avril 2018, Dr Donata MARRA écrit un rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé à l'intention des décideurs en santé (1).

Plus récemment, les représentants étudiants (ISNI, ANEMF et ISNAR) ont envoyé, en mai 2021, à l'ensemble des internes de médecine de France, un questionnaire pour évaluer leur santé mentale. Quelles particularités des étudiants en médecine les fragilisent-ils autant ? Pourquoi s'intéresser à leur santé ?

L'une des réponses est la mise en lumière des suicides réguliers, enfin dévoilés au grand public, d'étudiants en médecine, dans la fleur de l'âge, sans raison apparente de souffrance. Ce choc entre le soignant héros en haut de l'échelle sociale, et la détresse qui le pousse à un passage à l'acte suicidaire n'est ni compréhensible ni tolérable.

Mais alors pourquoi une telle souffrance?

Pour essayer de trouver des réponses, je propose dans ce mémoire de catégoriser les situations à risque pour la santé mentale des internes en médecine. Ces situations "marquantes" que vivent les internes sont-elles pourvoyeuses d'une détresse ? Quel est leur impact sur les étudiants ? Comment les gèrent-ils ?

Cette étude qualitative a pour but de répertorier les caractéristiques des situations marquantes vécues par les internes en médecine générale de l'Université de Paris. Pour ce faire, des entretiens semi-dirigés ont été conduits, retranscrits puis analysés via la méthode d'analyse induite générale.

## **ABSTRACT**

In recent years, the health of healthcare students has been a concern.

On April 3, 2018, Dr. Donata MARRA wrote a report on the Quality of Life of Healthcare Students for health policy makers (1).

More recently, student representatives (ISNI, ANEMF, and ISNAR) sent a questionnaire in May 2021 to all medical residents in France to assess their mental health.

What particularities of medical students make them so fragile? Why should we be interested in their health?

One of the answers is the regular suicides, finally revealed to the general public, of medical students in the prime of their lives, for no apparent reason of suffering. This clash between the heroic caregiver at the top of the social ladder and the distress that drives them to commit suicide is neither understandable nor tolerable.

But then why such suffering?

To try to find answers, I propose in this thesis to categorize the situations at risk for the mental health of medical residents. Do these "striking" situations experienced by medical residents cause distress? What is their impact on students? How do they deal with them?

The purpose of this qualitative study is to identify the characteristics of striking situations experienced by medical residents in general medicine at the University of Paris. In order to do so, semi-directed interviews were conducted, transcribed and analyzed using the general induced analysis method.

Translated with www.DeepL.com/Translator (free version)

## INTRODUCTION

Le temps s'arrête, on passe en pilote automatique. Il faut rester professionnel, finir la consultation, ne pas montrer qu'on est touché par l'histoire qui vient de nous être confiée. Par respect pour la personne qui se confie à nous, par fierté personnelle ou pour complètement endosser le rôle de celui qui apporte le soin. Peut-être les 3 à la fois. Ne pas flancher, encore quelques minutes, après on pourra craquer.

Mais après ? Et la consultation qui vient ? Comment assurer la journée ? C'était la consultation de 9h30, je finis à 19h, comment je vais pouvoir être disponible pour mes autres patients? On m'avait pas prévenue, j'étais pas prête, c'était pas prévu que la dernière question du "avez-vous des questions?" se termine comme ça. Comment font les autres médecins ? Bon pas le choix il faut que je débrief.

C'était mon état d'esprit la première fois qu'une patiente m'a raconté son histoire personnelle . Je la voyais régulièrement en consultation, toutes les 2 semaines, pour soutien psychologique. Les consultations étaient un moment agréable pour moi, j'avais l'impression de l'aider, elle allait de mieux en mieux de consultation en consultation. En plus le contact passait bien, elle était pleine de ressources et se donnait pour aller mieux.

Et puis il y a eu cette consultation, où après 30 minutes, la patiente hésitante se dévoile à moi : " Docteur, je voulais vous le dire quand même, je n'en ai jamais parlé à personne avant, c'était quand j'avais 7 ans, j'ai été violée par ma soeur". Je n'entre pas dans les détails, mais la patiente m'explique pendant de longues minutes son calvaire répété.

Ah... en fait, l'inceste ça existe vraiment, et les patients que je vois qui paraissent aller bien, pas de troubles psychiatriques majeurs ou autres, ont quand même pu subir ça, et l'avoir gardé pour eux après tant d'années. Un mélange de rage, de stupeur, de tristesse s'empare de moi mais ce n'est pas le moment de les laisser s'exprimer, il faut ravaler tout ça. J'arrive, je crois, à dire "ah ... ce serait bien de prendre plus de temps pour en parler" en fait je ne sais même plus ce que j'ai dit. J'ai reçu comme un violent battement de cœur dans les oreilles, et ça m'a paralysée. Je m'étais attachée à cette patiente et j'étais révoltée par ce qui lui était arrivé. D'un autre côté j'étais fière d'avoir pu lui faire exprimer cela, moi, petite remplaçante même pas thésée, après 40 ans de silence. Un mélange extraordinaire d'émotions trop violentes pour être contenues, je suis allée voir une collègue. J'ai pu en discuter avec elle, répétant presque inlassablement les mots qui m'avaient le plus choquée. Peut-être pour partager ma souffrance, peut-être pour la voir exprimée sur le visage de quelqu'un et valider que c'est vraiment normal que je sois dans un état aussi perturbé.

Et puis j'ai continué. Je l'ai raconté à ma remplacée, à mon copain, à ma psy, jusqu'à ce que ça aille mieux. J'attendais beaucoup du debriefing avec ma remplacée, et finalement, elle n'est pas plus armée que moi face à ces situations: "ouais bah j'en parle avec des collègues, ça fait du bien, il faut en parler". Ok, j'avais eu le bon réflexe mais on n'a rien d'autre pour se protéger? Se prémunir? Éviter ces situations? Et si on m'en avait parlé avant, à la fac, est-ce que ça aurait pu changer la donne sur l'instant? J'aurais peut-être été préparée et j'aurais mieux accueilli la situation? J'avais besoin d'alerter mes co-internes du danger que je venais d'identifier à mes dépends.

Et c'est comme ça que m'est venue l'idée de ce travail de recherche: comment préparer les internes aux situations marquantes qu'ils rencontrent? Mes co-internes rencontrent-ils aussi ce genre de situations ou est-ce mon vécu qui parle et me plonge dans ces situations difficiles, qui ne le seraient peut-être pas pour un autre collègue? Comment réagissent-ils?

Mais avant tout, il faut d'abord savoir de quoi on parle pour ensuite trouver des solutions. Ce travail se donne ainsi comme objectif d'identifier quelles sont les caractéristiques de ces situations marquantes.

#### **CONTEXTE**

#### 1) État de santé des internes

La dépression

"Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide".

C'est l'information glaçante que titre l'ISNI (InterSyndicale Nationale des Internes) le 16/04/2021, dans un article choc, qui sera repris dans la presse nationale par la suite. (7)

L'état de santé du futur de la médecine en France est ainsi depuis plusieurs années un sujet d'intérêt. Mais pourquoi tant de suicides chez des étudiants qui ont réussi le fameux concours de la première année et seront bientôt diplômés du respectable titre de "docteur en médecine" ?

Déjà en 2017, plusieurs syndicats représentant les étudiants en médecine ont réalisé une enquête sur la santé mentale des jeunes médecins et les résultats sont alarmants (3). **21 768** réponses comprenant des internes, des externes, des jeunes médecins et des étudiants du premier cycle. Rien que pour les **idées suicidaires**, **23.7%** des répondants déclarent en avoir eues, dont 5.8% dans le mois précédent. En comparaison, environ **4%** des personnes âgées de 20 à 34 ans ont des idées suicidaires dans la population générale. (3)

Face à ces constats, des facteurs protecteurs et des facteurs de risques sont mis en évidence dans cette même enquête concernant la dépression (*figure 1*) et l'anxiété (*figure 2*).

### Laboratoire ou Antécédénts psychiatriques unité de recherche Homme •Être en couple Soutien des Avoir des enfants Soutien des supérieurs pairs hiérarchiques **Facteurs** environnementaux Facteur Violences **Fatigue** de psychologiques risque Ressources Temps Facteur matérielles protecteur d'échange suffisantes

figure 1

#### L'anxiété

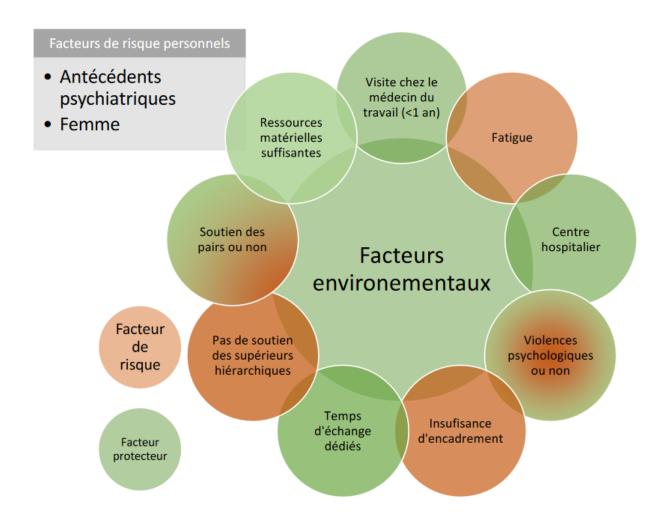


figure 2

Compte-tenu de ce constat et de ma situation actuelle d'interne de médecine générale, la population que je choisis d'étudier est la **population des internes de médecine générale de mon Université**.

On identifie bien des facteurs environnementaux et personnels, mais rien sur les contextes particuliers des situations qui sont au cœur de notre métier de soignant. Ces situations qu'on ne peut comparer à d'autres, et que l'on vit pourtant tous en tant que soignant. Des erreurs médicales, des histoires touchantes, des parcours de soin chaotiques autant pour le soigné que pour le soignant. Cet effacement du soignant dans l'histoire, alors qu'il fait partie intégrante de la prise en charge, n'est qu'un leurre quant à l'impact que les situations peuvent avoir sur lui. On utilise le terme de **seconde victime** notamment lors d'évènements indésirables graves pour désigner le soignant. Mon axe d'approche dans ce contexte est de rechercher dans la pratique courante médicale de l'internat, s'il y a des situations rencontrées par les internes qui pourraient favoriser leur mal-être.

Mon hypothèse est donc que l'identification de ces situations par leurs caractéristiques permettrait de les détecter, les éviter, les prévenir ou les traiter correctement. De cette façon, on pourrait espérer diminuer une des causes du mal-être chez les étudiants.

Première étape donc dans ce travail : identifier les caractéristiques des situations marquantes.

## 2) A priori

Avant de mener les entretiens, il est important d'identifier les a priori de l'investigateur, qui peuvent biaiser son jugement.

Étant le seul investigateur des entretiens menés, voici mes a priori avant de mener mon travail de recherche:

- Ayant connu une situation marquante, je pense qu'une grande proportion de mes co-internes ont été confrontés à une telle situation, si ce n'est tous.
- Je pense trouver des situations marquantes similaires à la mienne, plutôt avec un **impact négatif** et un retentissement sur le travail.
- Je pense que l'impact négatif de ces situations peut entraîner une remise en question, une souffrance voire une détresse, et peut être une des causes de la surreprésentation de la dépression et de l'anxiété chez les internes.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

#### 1) Objectifs

L'**objectif principal** est de répertorier les caractéristiques des différentes situations marquantes vécues par les internes de médecine générale de l'Université de Paris

Les **objectifs secondaires** sont d'identifier l'impact de ces situations sur la santé des internes, et d'identifier les stratégies mises en place pour y faire face.

## 2) Méthode

Il s'agit d'une étude qualitative utilisant l'approche d'analyse inductive généralisée. Les entretiens menés sont individuels, semi-dirigés.

#### 3) <u>Le guide d'entretien</u>

Ci-dessous *figure 3*, le guide d'entretien rédigé en vue de réaliser le premier entretien

#### **GUIDE D'ENTRETIEN:**

- Quel âge avez-vous?
- Etes-vous en couple?
- Avez-vous des enfants?
- Quel est votre semestre actuel dans l'internat?
- Êtes-vous déjà passé en stage de médecine générale pendant l'internat?
- Je vais vous poser quelques questions sur votre vécu en tant qu'interne, dans l'activité de soin, lors de situations qui ont pu être marquantes, vous affecter, pendant lesquelles vous avez pu vous sentir en difficulté ou en souffrance.
- Seriez-vous d'accord pour partager une ou plusieurs de ces situations avec moi? Ou bien de discuter des thématiques qui en ressortent?
- Si vous deviez repérer un élément qui a fait de cette/ces situation(s) particulière(s) une/des situation(s) marquante(s), quel serait-il?
- Comment avez-vous réagi?
- Comment avez-vous géré cette situation?
- Si vous aviez pu la gérer autrement, comment auriez-vous souhaité que cette situation soit gérée?
- Quel impact ont eu ces situations sur vous?
- sur votre santé mentale? sur votre santé physique?
- Avez-vous des commentaires, des questions?

Le guide d'entretien est composé de 13 questions dont 5 questions brise-glace qui permettent de consigner les informations socio-démographiques du participant.

## 4) Population

La population cible est celle des internes du DES de médecine générale de l'Université de Paris Descartes.

Les participants sont inclus à partir du moment où ils donnent leur accord pour participer à l'étude, et qu'une date est fixée pour l'entretien.

Chaque participant inclus est intitulé P (participant) suivi du numéro chronologique de recrutement : P1 = Participant recruté en premier.

Les participants sont inclus selon 2 critères:

- être en cours de DES de médecine générale
- être interne à l'Université de Paris.

#### 5) Entretiens

Les entretiens sont enregistrés sur mon téléphone personnel avec information orale et accord oral de chaque participant. L'information est également donnée que ces entretiens seront supprimés par mes soins après publication des travaux qui les nécessitent.

Chaque entretien est transcrit anonymisé mot à mot, sans modifier les propos du participant, pour ne pas en altérer le sens. Seuls les noms cités et les lieux de stage sont remplacés par "hôpital X" ou "Monsieur Y" pour garder l'anonymat des situations. Ils sont enregistrés au format "entretienN", où "N" est le numéro de recrutement du participant : P1 est lié à l'entretien1.

J'ai eu recours au logiciel Dragon pour 2 entretiens, ainsi qu'au site internet <a href="https://otranscribe.com">https://otranscribe.com</a> pour faciliter la transcription.

## 6) <u>Le codage et l'analyse des données</u>

Le **verbatim** (citations exactes des participants) est d'abord extrait de chaque entretien, et consigné sur un tableur excel.

A chaque verbatim est associé un code. Ces codes sont ensuite regroupés en 6 catégories. Enfin, les verbatim sont classés par code selon chaque catégorie pour donner les résultats finaux.

## RÉSULTATS

## 1) <u>Données socio-démographiques:</u>

_									
	durée	date	cadre	sexe	âge	situation	enfants	semestre actuel	nb de stage en méd gé
entretien 1	13'14	25/06/2021	bar	F	27	en couple	0	6	2
entretien 2	48'13	29/06/2021	salle de cours	F	29	célibataire	0	6	2
entretien 3	37'43	06/09/2021	box de médecine	F	25	en couple	0	4	1
entretien 4	25'27	16/09/2021	box de médecine	Н	29	en couple	0	4	1
entretien 5	29'23	16/09/2021	chez P5	F	27	en couple	0	6	2
entretien 6	0	0	sms	F			0	5	2

Les **participants** inclus étaient au nombre de 6, tous en cours de cursus de DES de médecine générale. Les entretiens se sont déroulés sur 4 mois, entre le 25/06/2021 et le 16/09/2021. Les entretiens ont duré entre 13 min et 48 min, avec une moyenne de 30 min.

Il y a un homme inclus pour 5 femmes, aucun des internes n'a d'enfants.

Les internes ont pour la plupart évoqué un cas, certains 2.

Le **cadre** des entretiens s'est ajusté petit à petit. Les entretiens 1 et 2 sont très parasités par les bruits alentour et ont subi plusieurs interruptions délétères au bon déroulement des entretiens tout comme l'entretien 4.

Le meilleur cadre est le box de médecine à la PASS de l'Hôtel Dieu, avec accord du service. Un participant a également proposé de faire l'entretien chez elle (P5).

On remarque que seuls des **internes de phase d'approfondissement** sont inclus (entre 2 et 3 années d'internat passées sur 3 au total).

C'est principalement dû au fait que les internes les plus facilement recrutables sont des internes proches de moi, et majoritairement donc de la même promotion.

Cela permet d'un autre côté d'avoir un regard plus complet sur l'internat vécu, plutôt que d'interroger des internes qui débutent leur premier semestre.

#### 2) Evolution du guide d'entretien

Le guide d'entretien a subi quelques modifications consignées ci-dessous:

#### le 07/09/2021:

1/ Proposition de réfléchir aux situations marquantes avant l'entretien sur suggestions du 2e et 3e entretien

méthode:

envoi d'un SMS ou message whatsapp au participant dans les 7 jours qui précèdent l'entrevue :

"pour l'entretien je te propose de réfléchir à une ou plusieurs situations marquantes que tu as rencontrée(s) pendant l'internat, dans ton activité de soin, et pendant lesquelles tu t'es senti(e) en difficulté ou en souffrance"

2/ Modification de la question formulée singulier/pluriel en singulier simple:

#### - le 16/09/2021 :

retour à l'ancienne méthode, pas de SMS préalable.

Annonce plus précise du sujet abordé avant l'entretien, mais seulement de vive voix, et ajusté selon la personnalité de la personne.

Au total, seuls les participants P4 et P6 ont reçu un SMS préalable. Il a été très bénéfique pour P4 d'après son témoignage, mais ce fût le contraire pour P6.

#### 3) <u>Le 6e non-entretien</u>

La particularité du 6e entretien est qu'il a été annulé la veille de l'entretien, suite à l'envoi du SMS sur la préparation en amont des situations. L'interne a insisté sur le fait qu'il était trop difficile d'évoquer ces souvenirs douloureux, d'où le refus de mener l'entretien.

Cette situation est à la fois dommage par son manque d'informations précieuses et en même temps elle montre à quel point certains internes se retrouvent dans des situations traumatisantes, qui restent marquantes, à tel point qu'elles les empêchent même d'en parler sereinement a posteriori. C'est à la suite de cette situation que je me suis rendue compte de l'impact que pouvait avoir mon entretien qui me paraissait jusqu'alors anodin. Il montre par son silence éloquent l'intérêt de mon travail de recherche pour mettre en lumières ces difficultés que l'on a du mal à partager.

#### 4) Analyse des résultats

Les résultats sont disponibles en annexe 1 sous forme de tableaux récapitulatifs par catégorie. Chaque verbatim extrait est indexé de la page du transcrit dont il provient (ex: P2 (p1) : verbatim extrait de la première page de la transcription (p1) de l'entretien de P2).

Ce que l'on retrouve comme résultats des entretiens menés, c'est qu'il y a d'une part un <u>contexte</u> particulier favorisant:

- l'**isolement** est évoqué par 3 participants: "les chefs étaient très pris" P1, "évidemment c'était au mois d'août, dans un service où y avait pas de chef en présentiel" P3
- la **surcharge de travail** concerne 3 participants "c'était l'hiver y avait beaucoup de passage tout le monde devait être occupé" P5 , "on avait toute une salle à gérer tout seul" P1 et notamment chronique sur le stage en lui-même "c'était très fatigant, j'avais jamais fait de stage fatigant comme ça, là j'étais exténué quasiment tous les jours sur le plan physique" P4
- un **dysfonctionnement entre les services hospitaliers** est évoqué par un participant "il y avait un clash déjà entre le service de radiologie et le service des urgences et c'était pas nouveau" P4

<sup>&</sup>quot;Seriez-vous d'accord pour partager une situation avec moi?"

- la **première rencontre** avec ce type de situation est évoquée spontanément par 2 internes concernant 3 situations au total "si j'avais pas vécu cette première expérience là" P5
- la **gravité de la pathologie** est évoquée par 3 participants, notamment la prise en charge palliative "*la fin de vie*" P1, ou bien une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à moyen ou court terme "*y a quand même un pronostic vital à moyen terme qui est engagé*" P3
- la violence physique est évoquée par un participant "t'es littéralement pris à la gorge" P5
- une **sous-évaluation des risques** est rapportée par un participant "*j'avais un peu pris la confiance avant qu'il me mette la main au cou.*" P4

Ces situations marquantes ont déclenché un <u>ressenti</u> fort chez les participants:

- de la **solitude** chez 2 d'entre eux "*je me suis sentie très très seule*" P1
- un **mal être** chez 4 internes "la partie de mal-être est apaisée du fait d'avoir parlé aux gens" P3 "j'avais plus envie de retourner aux urgences j'étais pas bien" P4
- une **auto-dévalorisation** chez 4 participants "je me suis senti vraiment vraiment lamentable" P4 "j'étais un très mauvais docteur" P5
- une **détresse** chez 3 d'entre eux "gérer leur détresse quand la mienne aussi était assez palpable" P1
- de la **tension** "pendant la consultation je ressens une tension énorme" P2
- de la **colère** chez un participant "un petit peu en colère contre moi, beaucoup contre l'hôpital, et plus le temps a passé moins je m'en veux" P4
- de la **frustration**, de l'**impuissance** chez 2 d'entre eux "frustration de pas avoir moi-même pallié à ce manque." P4
- de la **culpabilité** exprimée par 2 participants "*clairement moi pour moi c'est de ma faute*" P4
- un **manque de reconnaissance** de la part des patients "ils sont pas demandeurs d'aide ils sont demandeurs de certificat, ils se croient au supermarché tout ça." P2, ou du senior "je suis juste là pour bosser, pour être rentable" P2
- une **dévalorisation** par un collègue chez 2 d'entre eux "jusqu'à ce qu'il me crie dessus l'autre et là d'un coup j'avais eu super honte de ma prise en charge" P5 voir un sentiment d'**humiliation**
- une **désillusion** chez 2 participants "désillusion sur le métier et déception de la patiente" P3
- une **déception** du patient "j'ai été eu comme une bleue lamentablement et elle m'a menti tout du long pour avoir sa dose." P3

- un **conflit de valeur** pour 2 des internes "abusive cette demande" P2
- une **gêne** "face à "dire non", je dis non quand même, et je suis gênée" P2

#### Les <u>relations</u> interpersonnelles jouent pour certains un rôle important:

- la relation à **l'entourage du patient** pour 2 internes "gérer les proches" P1
- la relation avec le **patient**,
  - soit sous une forme de **surinvestissement de la relation** pour 3 internes "pas avoir pris de distance moi-même" P1
    - "je crée un lien dans la relation thérapeutique avec plein d'espoir" P2,
  - sous forme de culpabilité "le fait de me sentir mal vis-à-vis de la patiente" P4
  - ou bien les relations difficiles "les difficultés relationnelles" P2
- la relation avec le **senior** "je suis juste là pour bosser, pour être rentable" P2

#### Pour faire face à ces situations, les participants utilisent diverses <u>ressources</u>:

- 3 prennent sur eux, et font preuve de **résilience** "j'ai essayé de ne pas du tout montrer mon désarroi à la famille, c'est à dire rester le plus professionnel" P1, "prendre sur soi je fais ça assez bien" P4 "je me ferme, pour me protéger je pense, et je finis la consultation en me taisant, ou en disant rien" P2
- 2 participants ont pu **sortir de la situation** pour se protéger"L'un des premiers trucs que j'ai fait quand même c'est de fuir la zone, les urgences, et aller dans le bureau médical, je trouvais ça protégeant d'être parmi mes pairs" P5, ou s'apaiser "je suis descendue j'étais genre hystérique, après je me suis posée" P2.
- 4 d'entre eux en ont parlé avec **leur entourage personnel** "le soir je crois que j'en avais parlé, j'avais dû le raconter à ma mère, à mon copain" P5, "quand vraiment y' a des trucs qui me trottent dans la tête j'en parle à mes amis" P2
- 4 également ont pu en **discuter avec un senior** "j'ai tout de suite été voir le chef ce qui m'a permis de digérer l'information plus facilement je pense." P4, "appeler la sénior" P3, "j'en parle avec mes maîtres de stage" P2
- 2 ont pu partager avec **l'équipe paramédicale** "y a aussi des infirmiers qui étaient venus me voir" P5
- 2 en ont discuté avec **un médecin extérieur** au service "l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital avec qui j'ai pu échanger" P1
- 3 sont suivis par un professionnel **psychiatre ou psychologue**, dont un participant suite à cette situation marquante "*j'ai choisi de consulter une psychiatre qui m'a mis sous traitement antidépresseur*" P1

L'impact à moyen et long terme de ces différentes situations marquantes est plus ou moins important, et concerne plusieurs plans.

D'un côté négatif:

- une réelle **souffrance psychologique** pour 2 internes "je pensais sans cesse au travail, que j'étais épuisée à la fois physiquement et psychologiquement et que ... ben... en fait j'arrivais plus du tout à avoir aucune activité autre que travailler rentrer à la maison, ... pleurer, travailler ..." P1
- une **atteinte physique** directe "c'était un peu une marque physique, une atteinte physique sur moi" P5
- un **épuisement professionnel** pour 2 internes "ça a vraiment un impact sur mon travail j'ai de plus en plus de mal à m'engager pour mes patients" P3
- une **désillusion du métier** ou de son souhait professionnel pour 3 participants "pas envie de travailler dans ce genre de populations ça c'est une grosse conséquence" P2, "désillusion vis à vis du patient, et que les patients pouvaient être méchants je dirais" P3, parfois jusqu'à une **méfiance des patients** "plus de méfiance sur les patients, le patient peut être fourbe consciemment" P3
- un **désinvestissement** du patient "désengagement et désinvestissement du patient, [...] alors que c'est quelque chose qui me tenait à coeur avant." P3

Mais les participants ont d'un autre côté par plusieurs fois évoqué le caractère **formateur** de ces expériences qui leur ont permis :

- de comprendre la nécessité **de se protéger** et de l'appliquer, aussi bien d'un point de vue **médico-légal** pour P4 "plus travailler le médico-légal du coup pour me protéger" mais aussi **physiquement** "j'ai appris que ton intégrité physique elle compte plus que un patient qui a pas envie d'être aidé à ce moment-là et que souvent t'as d'autres façons de faire." P5
- d'être plus **mature** "moins de naïveté" P3
- d'acquérir de la **confiance en soi** "asseoir mes positions, et d'appuyer mes demandes plus fermement." P4

Enfin, en faisant imaginer aux participants une situation idéale, plusieurs pistes d'améliorations possibles sont suggérées:

- un **renforcement du compagnonnage** est évoqué par 2 internes "*j'aurais bien aimé avoir un senior qui m'accompagne face à cette situation*" P1

- **débriefer avec un senior** lorsque ça n'a pas pu être fait "*j'aurais bien aimé en discuter au moins avec un senior*" P1
- profiter d'un **débriefing émotionnel** "échanger plus sur le ressenti" P1
- des **recommandations officielles** "j'aurais aimé qu'il y aie des recommandations claires"
  P2
- partager plus facilement avec ses **confrères** "facilitation de l'accès médecin hôpital" P2
- Renforcer l'éducation des patients "l'éducation des patients" P2

#### DISCUSSION

### 1) Les limites

La population d'étude ne contient que 6 internes, et la saturation des données n'a probablement pas été atteinte. Les individus sont peu diversifiés avec par exemple une majorité écrasante de femmes. On peut donc se poser la question de la représentativité de cet échantillon.

Par ailleurs, le codage n'a été fait que par un intervenant ce qui pose la question de la fiabilité du codage.

#### 2) Des situations moins négatives que prévues

Mon a priori sur la question était de trouver des situations marquantes avec des défauts à repérer pour ensuite proposer une amélioration afin de les éviter au maximum.

Mais j'ai découvert que plusieurs internes ont appris de ces expériences qui ont entériné chez eux des conduites fortes, protectrices, qu'ils mettent naturellement en place dans leur pratique médicale depuis lors.

Par exemple, l'un des internes a par la suite affirmé ses positions et ses avis et n'a pas rencontré de nouveau un problème similaire.

### 3) Des situations inévitables

Ces situations marquantes sont **inévitables**, comme l'a si justement fait remarquer P4 lors de son entretien. Je rajouterai même qu'elles font partie intégrante de la formation :

"peut-être que si j'avais pas vécu cette première expérience là, je me serais dit que c'était mon devoir de médecin d'y aller quand même, alors qu'en fait **j'ai appris que ton intégrité physique elle compte plus** que un patient qui a pas envie d'être aidé à ce moment-là "

La question n'est donc plus comment les éviter, mais comment faire pour empêcher leur impact sur la sérénité d'exercice des internes? Ma réflexion est donc modifiée, enrichie par ces entretiens : Il apparaît nettement que c'est la **réaction des pairs** et notamment des seniors qui encadrent les internes qui modifie l'impact pour eux des situations marquantes qu'ils vivent.

#### 4) La réaction des pairs qui change tout

La prise en charge de ces situations par l'équipe encadrante est primordiale, et le **compagnonnage** et le soutien est un point crucial de l'impact associé à ces situations.

Si l'on compare schématiquement 2 situations vécues par 2 internes:

- L'une a été soutenue par toute l'équipe, a pu bénéficié d'un débriefing avec un chef de clinique, a pu prendre un temps pour elle avant de pouvoir retourner travailler sereinement. Elle ne témoigne pas d'impact négatif suite à cet épisode marquant d'agression physique et n'a ainsi gardé que les éléments formateurs de la situation.
- La seconde n'a pas pu profiter de débriefing avec un senior du service et se sentait extrêmement isolée face à une prise en charge difficile de type palliative. Elle a gardé un souvenir marquant de

cette situation qui l'a mise dans une grande souffrance avec nécessité d'une intervention extérieure psychiatrique et médicamenteuse.

Ces 2 exemples sont trop schématiques, mais typiques de ce que j'ai découvert au fur et à mesure des entretiens. Les situations marquantes sont souvent des **premières expériences de vie** (la prise en charge palliative, la violence physique d'un patient...).

Face à ce genre d'expériences, il est naturel de copier ses pairs expérimentés, et c'est là que le compagnonnage est particulièrement important. Ainsi, une situation qui paraît traumatisante qui pourrait faire présager un fort impact dans la sérénité d'exercice de l'interne, peut être désamorcée avec une écoute bienveillante et du soutien.

#### 5) Perspectives

Face à ces situations, notamment aux urgences où elles sont fréquentes, il existe déjà des **debriefing émotionnels**, extrêmement bien expliqués par exemple dans la vidéo créée par l'association Tuto'Tour dont une diplômée du DIU fait partie Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU (4).

■ Le premiers secours émotionnel après un événement grave

Ces debriefing émotionnels, simples dans leur mise en place, pourraient répondre aux attentes des internes et diminuer le risque d'impact négatif de situation marquantes.

Dans un autre exemple de vidéos, il y a également le **débriefing immédiat** après un événement indésirable qui peut être utilisé comme outil.



Une autre perspective avancée par un des participants serait de débriefer de ces situations en groupes de pairs, comme ceux déjà organisés par l'Université de Paris. La modification à réfléchir serait de pouvoir se réunir lors de ces groupes pendant les stages hospitaliers qui sont particulièrement à risque. Ce cadre est en effet particulièrement soutenant, on y retrouve des co-internes du même DES, lorsqu'à l'hôpital on est entouré de spécialistes. En petit comité, ce lieu est privilégié pour partager entre pairs les difficultés du stage et les débriefer.

Ces **groupes d'échanges de pratique** (GEP) sont actuellement proposés (en tous cas ils l'étaient pour les internes interrogés avant la fusion Paris Descartes - Paris Diderot) lorsque les étudiants sont en stages chez le praticien du premier et 2e niveau.

Dans cette optique, ces groupes pourraient être ajoutés pendant les périodes de stage hospitaliers, avec une thématique en plus centrée sur le soignant, par exemple: "les situations de soins vécues comme marquantes".

#### CONCLUSION

Le soin aux soignants est depuis la pandémie un sujet plus brûlant que jamais.

Mise en évidence depuis plusieurs années, l'omerta se lève doucement et les médecins sont de plus en plus incités à tomber leur cape de super-héros infaillible et sans faute. Les soignants sont humains, ils souffrent et peuvent faire des erreurs. C'est normal. Ces situations sont **inévitables** et font parties intégrantes de la formation. Mais ces situations, bien que difficiles, ne sont pas vouées à plonger inexorablement ceux qui les subissent dans la tourmente.

Des solutions existent, elles sont connues et doivent être appliquées et répandues pour former au mieux des soignants en bonne santé, conscients d'eux-même et de leurs limites. Ils peuvent se **soutenir** entre eux, en parler autour d'eux notamment à des associations de soin aux soignants (ex: MOTS Médecin Organisation Travail Santé (10)). Un **compagnonnage bienveillant** est une des clefs pour les former dans de bonnes conditions et préserver leur santé mentale.

Pour continuer ce travail de recherche, il faudrait arriver à saturation des données en recueillant davantage de données. On pourrait également élargir le panel des internes concernés en incluant tous les internes de médecine générale d'île de France.

Enfin, à l'aide des caractéristiques détaillées des situations marquantes, on peut imaginer un travail de recherche dont l'objectif serait de quantifier au niveau national la fréquence d'occurrence des situations marquantes et leur impact sur les internes de médecine générale.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1. DICOM\_Jocelyne.M, Rapport du Dr Donata Marra sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <a href="https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante">https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante</a>
- 2. GALAM E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. La Presse Médicale. avr 2014;43(4):358-62.
- 3. FUHRMAN J. Enquête santé mentale des jeunes médecins [Internet]. [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <a href="https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/">https://www.anemf.org/blog/2017/06/13/enquete-sante-mentale-des-jeunes-medecins-2/</a>
- 4. TutoTour Des Soignants. Le premiers secours émotionnel après un événement grave [Internet]. 2021 [cité 26 oct 2021]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=TrXbly-nOmA
- 5. Thibault M. Le médecin malade [Internet]. [cité 12 sept 2021]. Disponible sur: https://agora.qc.ca/documents/Medecin--Le\_medecin\_malade\_par\_Maurice\_Thibault
- 6. Leopold Y. Le suicide dans la population médicale [Internet]. Lavoisier; 2010 [cité 12 sept 2021]. Disponible sur:

https://www.cairn.info/suicides-et-tentatives-de-suicide--9782257203984-page-227.htm?contenu=resume

- 7. Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide [Internet]. ISNI. 2021 [cité 31 oct 2021]. Disponible sur: <a href="https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/">https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/</a>
- 8. Sandra B. THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE. :130.
- 9. Galam E. Prendre soin de ceux qui nous soignent : une stratégie nationale et un investissement de chacun dans la durée. Médecine, 2017, 293-6
- 10. Association d'aide psychologique aux médecins à Toulouse [Internet]. [cité 2 nov 2021]. Disponible sur: <a href="https://www.association-mots.org/">https://www.association-mots.org/</a>

## **ANNEXE 1: RESULTATS PAR CATEGORIES**

	contexte		
page	verbatim	catégorie	
P1 (p1)	les chefs étaient très pris		
P3 (p1)	évidemment c'était au mois d'août, dans un service où y avait pas de chef en présentiel		
P3 (p1)	être seule en charge de quelque chose d'assez lourd	isolement	
P4 (p2)	j'ai eu l'impression de pas avoir été entouré pour aller dans le bon sens		
P1 (p2)	on avait toute une salle à gérer tout seul		
P1 (p1)	à la fois je devais gérer []		
P1 (p2)	c'était très difficile aussi d'être disponible		
P1 (p3)	charge de travail supplémentaire		
P4 (p2)	ma cheffe par contre c'était plus lié à la surcharge de travail et elle pouvait pas m'écouter plus qu'elle pouvait écouter son autre collègue c'est juste qu'elle était débordée	surcharge de travail - indisponibilité	
P4 (p8)	c'était déjà dans un contexte où les urgences c'était très fatiguant, j'avais jamais fait de stage fatiguant comme ça, là j'étais exténué quasiment tous les jours sur le plan physique	F	
P5 (p4)	c'était l'hiver y avait beaucoup de passage tout le monde devait être occupé		
P3 (p1)	y a quand même un pronostic vital à moyen terme qui est engagé	gravité de la	
P4 (p5)	la gravité de la pathologie de la patiente	pathologie	
P3 (p2)	C'est une des premières fois où c'est autant personnifié, où c'est moi qui suis en charge aussi.		
P3 (p4)	une des premières consultations où j'ai vu ce que ça pouvait être de faire de la médecine générale et d'être un bon médecin généraliste	première fois	
P5 (p5)	si j'avais pas vécu cette première expérience là		
P4 (p3)	on demandait des scans injecté et ils étaient non injectés trois fois sur quatre	défaut	
P4 (p10)	il y avait un clash déjà entre le service de radiologie et le service des urgences et c'était pas nouveau	d'organisation du service	
P5 (p4)	j'avais un peu pris la confiance avant qu'il me mette la main au cou.	sous-évaluation des risques	
P1 (p3)	contexte covid qui rajoutait du stress	covid	
P5 (p3)	t'es littéralement pris à la gorge	violence	
P5 (p3)	la violence	physique	

	ressenti				
page	page verbatim		catégorie		
P1 (p1)	je me suis sentie très très seule	solitude			
P2 (p5)	on se trouve seul face à tout		somude		
P1 (p1)	moi j'étais pas très bien	mal être			
P1 (p2)	je le vivais très mal intérieurement				
P3 (p2)	la partie de mal-être est apaisée du fait d'avoir parlé aux gens				
P4 (p7)	un mal-être est-ce que c'est psychologique ou physique, c'est mixte je sais pas, c'est un sentiment de mal-être				
P4 (p2)	j'avais plus envie de retourner aux urgences j'étais pas bien				
P5 (p1)	moi je suis un petit peu chamboulée				
P1 (p1)	j'avais l'impression de pas être assez professionnelle	auto- dévalorisation			
P1 (p4)	je me culpabilisais d'être peut-être pas assez douée dans mon travail				
P2 (p6)	sentiment de mal faire la chose				
P2 (p2)	je me suis sentie comme si je servais à quelque chose				
P4 (p2)	j'avais énormément le seum, j'étais dégoûté j'avais l'impression de faire de la merde,				
P4 (p2)	je me suis senti vraiment vraiment lamentable				
P5 (p2)	j'étais un très mauvais docteur				
P1 (p2)	complètement désemparée				
P1 (p1)	gérer leur détresse quand la mienne aussi était assez palpable	177			
P2 (p7)	gros stress, burn out presque		détresse		
P5 (p2)	Et là je m'étais effondrée, j'avais pleuré				
P2 (p6)	ils sont pas demandeurs d'aide, ils sont demandeurs de certificat, ils s'croient au supermarché tout ça.	patient manque de			
P2 (p1)	je suis juste là pour bosser, pour être rentable	senior	reconnaissance		
P5 (p2)	jusqu'à ce qu'il me crie dessus l'autre et là d'un coup j'avais eu super honte de ma prise en charge	dévalorisation par un			
P4 (p3)	j'ai pas grand-chose d'autre à dire que fait attention la prochaine fois là ça pourrait te tomber sur la gueule	collègue			

P2 (p2)	on n'a pas de retour des patients, on sait pas ce qui se passe	_		
P2 (p2)	J'ai l'impression de dire des choses mais que ça sert à rien	frustration		
P4 (p8)	frustration de pas avoir moi-même pallié à ce manque.			
P4 (p5)	la colère et la frustration			
P4 (p8)	Colère vis-à-vis de de mon entourage qui pour moi était pas assez présent,	colère		
P4 (p4)	un petit peu en colère contre moi, beaucoup contre l'hôpital, et plus le temps a passé moins je m'en veux			
P2 (p3)	ce qui est attendu en tant que médecin c'est que je les aide à perdre du poids	D.C. III		
P3 (p4)	chute d'une hauteur vertigineuse	Désillusion		
P3 (p5)	désillusion sur le métier et déception de la patiente			
P2 (p 4)	je n'aime pas parce que je sais que ça sert à rien mais j'essaye			
P2 (p9)	abusive cette demande	conflit de valeur		
P3 (p1)	"mais qu'est-ce que vous faites là"			
P2 (p8)	pendant la consultation je ressens une tension énorme	tonsion nomeons		
P2 (p6)	je suis descendue j'étais genre hystérique, après je me suis posée	tension nerveuse		
P3 (p4)	explosion de joie interne, mon dieu c'est donc ça être médecin généraliste	frantá		
P5 (p4)	j'avais un peu pris la confiance avant qu'il me mette la main au cou.	fierté		
P5 (p2)	je me rappelle en plus ouais d'avoir eu un peu honte d'avoir pleuré	houto		
P5 (p3)	mélange de honte, de peur	honte		
P4 (p7)	clairement moi pour moi c'est de ma faute			
P1 (p 4)	je me culpabilisais d'être peut-être pas assez douée dans mon travail	culpabilité		
P5 (p2)	l'humiliation	humiliation		
P4 (p2)	l'impuissance	impuissance		
P3 (p4)	j'ai été eu comme une bleue lamentablement et elle m'a menti tout du long pour avoir sa dose.	déception du patient / trahison		
P2 (p4)	Face à "dire non", je dis non quand même , et je suis gênée	gêne		

relations				
page	verbatim	catégorie		
P1 (p1)	gérer les proches	relation à l'entourage		
P1 (p1)	accueillir la famille			
P5 (p4)	la présence du père aussi faisait que j'avais l'impression que j'étais pas seule avec lui,	Totalion a Totaliage		
P1 (p1)	pas avoir pris de distance moi-même			
P1 (p2)	gérer une fin de vie d'une personne que je connaissais			
P2 (p1)	on a cassé la relation de confiance et qu'elle n'avait plus envie de me voir		relation interpersonnelle avec le patient	
P2 (p2)	les situations où je me suis beaucoup investie, et où en fait le patient s'en foutait de mon investissement	surinvestissement		
P2 (p2)	je crée un lien dans la relation thérapeutique avec plein d'espoir			
P3 (p4)	j'ai tendance à croire les patients et encore une fois beaucoup d'investissement parce que c'était une consultation qui avait été dure pour moi			
P2 (p2)	peut-être que je prends trop à coeur ça			
P4 (p3)	le fait de me sentir mal vis-à-vis de la patiente qui a pas eu le droit à sa prise en charge correcte et qui a eu une perte de chance avec cinq jours de délai de prise en charge	culpabilité		
P4 (p9)	Les difficultés relationnelles	difficultés		
P2 (p1)	difficultés avec ma maître de stage,	relation interpers	onnelle avec le	
P2 (p1)	je suis juste là pour bosser, pour être rentable	senior		

	ressources				
page	verbatim	catégorie			
P3 (p2)	décharger sur mes cointernes, mon copain, mes amis, ma psy, en groupe de parole, je pense que la terre entière est au courant de cette histoire				
P2 (p8)	quand vraiment y a des trucs qui me trottent dans la tête j'en parle à mes amis				
P3 (p2)	la partie de mal-être est apaisée du fait d'avoir parlé aux gens	partage avec			
P4 (p8)	quand c'est arrivé je lui ai raconté en rentrant le soir	l'entourage			
P4 (p9)	sur la détresse du moment, moi je suis quelqu'un qui vide très facilement son sac				
P5 (p3)	le soir je crois que j'en avais parlé, j'avais dû le raconter à ma mère, à mon copain				
P4 (p6)	j'ai tout de suite été voir le chef ce qui m'a permis de digérer l'information plus facilement je pense.				
P5 (p3)	pour pas qu'il y ait trop de conséquences quoi, donc qu'il fallait débriefer.	Partage avec le senior			
P5 (p4)	j'en ai parlé pour pas que ça reste un truc pour moi				
P3 (p2)	appeler la sénior				
P2 (p8)	j'en parle avec mes maîtres de stage				
P1 (p3)	je m'aidais beaucoup de l'équipe infirmière				
P5 (p3)	y a aussi des infirmiers qui étaient venues me voir	partage avec les co-soignants			
P5 (p5)	Parce que notamment j'avais trouvé le cadre soutenant	77 Z Z Z X X			
P1 (p3)	l'équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital avec qui j'ai pu échanger	partage avec d'autres			
P3 (p2)	en parler avec une amie médecin qui a vraiment solutionné le problème	médecins			
P2 (p4)	essayer de comprendre pourquoi, essayer de trouver une solution	discuter avec le patient			
P2 (p6)	je suis descendue j'étais genre hystérique, après je me suis posée	prendre un temps			
P5 (p4)	j'ai pris un petit moment pour moi	pour soi			

P2 (p9)	je me ferme, pour me protéger je pense, et je finis la consultation en me taisant, ou en disant rien		
P1 (p2)	j'essayais de pas du tout le faire transparaître	résilience - prendre sur soi	
P1 (p2)	j'ai essayé de ne pas du tout montrer mon désarroi à la famille, c'est à dire rester le plus professionnelle		
P4 (p6)	prendre sur soi je fais ça assez bien		
P5 (p4)	je me suis mis en retrait		
P5 (p3)	un endroit où je serais plus cachée aussi.		
P5 (p3)	L'un des premiers trucs que j'ai fait quand même c'est de fuir la zone, les urgences, et aller dans le bureau médical , je trouvais ça protégeant d'être parmi mes pairs	sortir de la situation	
P2 (p8)	le temps qui passe		
P2 (p6)	je suis descendue j'étais genre hystérique, après je me suis posée		
P1 (p4)	j'ai choisi de consulter une psychiatre qui m'a mis sous traitement antidépresseur		
P1 (p4)	un endroit pour parler de mes sentiments [] sans être jugée	Recours à une aide	
P2 (p8)	J'ai essayé d'en parler à ma psy mais elle est pas bonne pour ça	professionnelle (psychologue /	
P3 (p2)	décharger sur mes cointernes, mon copain, mes amis, ma psy, en groupe de parole, je pense que la terre entière est au courant de cette histoire	psychiatre)	

impact				
page	verbatim	catégorie		
P1 (p4)	cette situation de souffrance même chez moi c'était pas commun			
P1 (p4)	je pensais sans cesse au travail, que j'étais épuisée à la fois physiquement et psychologiquement et que ben en fait j'arrivais plus du tout à avoir aucune activité autre que travailler rentrer à la maison, pleurer, travailler	souffrance psychologique		
P1 (p4)	oui je me sentais bien déprimée			
P4 (p2)	j'avais plus envie de retourner aux urgences j'étais pas bien			
P5 (p3)	c'était un peu une marque physique, une atteinte physique sur moi	atteinte physique		
P2 (p6)	fatigue à la fin de la journée parce que c'est beaucoup plus fatigant à gérer alors que du coup je voyais moins de patients			
P3 (p2)	ça a vraiment un impact sur mon travail j'ai de plus en plus de mal à m'engager pour mes patients	Epuisement professionnel		
P3 (p2)	beaucoup d'énergie pour peu de résultats, ça m'épuise			
P3 (p3)	Ca a grandement diminué ma capacité d'écoute			
P2 (p7)	pas envie de travailler dans ce genre de populations ça c'est une grosse conséquence			
P4 (p6)	si je me bats pas personne va se battre pour moi			
P3 (p4)	désillusion vis à vis du patient, et que les patients pouvaient être méchants je dirai	Désillusion		
P2 (p7)	moi je voulais aller dans les populations difficiles pour les éduquer et pour à la fin que ça devienne des populations qui ont autant de chance en santé que les autres populations			
P3 (p7)	sur le plan éthique je n'ai pas avancé sur ma réflexion personnelle			
P3 (p2)	dilemme éthique de savoir qu'est-ce qui prévaut est-ce que c'est la vie ou la survie du patient, quel qu'il soit et qui il soit, ou est-ce que c'est la "survie de la France et des comptes de la sécurité sociale	Remise en question de ses valeurs		
P3 (p2)	désengagement et désinvestissement du patient, [] alors que c'est quelque chose qui me tenait à cœur avant.			
P3 (p3)	ce désinvestissement qui me questionne beaucoup toujours parce que c'était quelque chose qui était ma force on va dire et d'essayer de prendre en charge de manière globale les patients et solutionner pas mal de choses par la parole, l'écoute plus que par les médicaments.	Désinvestissement du patient		

P4 (p7)	plus travailler le médico-légal du coup pour me protéger,	médico-légal	
P5 (p5)	j'ai un peu plus appris à garder mes distances		n á a agait á
P5 (p5)	peut-être que si je n'avais pas vécu cette première expérience là, je me serais dit que c'était mon devoir de médecin d'y aller quand même, alors qu'en fait j'ai appris que ton intégrité physique elle compte plus que un patient qui a pas envie d'être aidé à ce moment-là et que souvent t'as d'autres façons de faire.	intégrité physique	nécessité de se protéger
P3 (p5)	moins de naïveté	maturité	
P3 (p5)	un peu difficile sur le coup mais conséquences positives	IIIatui	ite
P3 (p5)	plus de méfiance sur les patients, le patient peut être fourbe consciemment	méfiance des patients	
P4 (p5)	asseoir mes positions, et d'appuyer mes demandes plus fermement.	confiance en soi	

améliorations possibles				
page	verbatim	catégorie		
P5 (p4)	j'aurais pas dû aller dans le box toute seule			
P5 (p4)	savoir peut-être utiliser ce que les gens savaient déjà pour comment gérer ce patient			
P1 (p3)	deux médecins du service à parler à la famille	compagnonnage		
P1 (p3)	j'aurais bien aimé avoir un senior qui m'accompagne face à cette situation			
P1 (p3)	les gestions pratiques			
P1 (p3)	j'aurais bien aimé en discuter au moins avec un senior	débriefer avec un senior		
P1 (p3)	échanger plus sur le ressenti	débriefing émotionnel		
P2 (p5)	J'aurais aimé qu'il y aie des recommandations claires	recommandations officielles		
P2 (p6)	facilitation de l'accès médecin - hôpital	Partage entre confrères		
P2 (p7)	l'éducation des patients	éduquer les patients		